

Э Ф Ф Е К Т И В Н А Я

ФАРМАКОТЕРАПИЯ

1
2011

педиатрия

Люди. События. Даты

XV Конгресс педиатров России

Детская эндокринология

Научные достижения в области
фундаментальной и клинической
эндокринологии

Медицинский форум

Современный взгляд на проблемы
часто болеющих детей

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 сателлитных
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»!

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

Руководитель проекта
В. ЛОПАТКИНА
(e-mail: medbiz@webmed.ru)

РЕДАКЦИЯ ЖУРНАЛА

Выпускающий редактор
Т. ЗОРНИНА

Медицинский редактор
Л. ГОЛОВИНА

Редакторы
Н. ПРОКОПОВИЧ,
А. ЗИМЕНКОВА, А. ЛОЗОВСКАЯ

Дизайн-концепт
Е. ГУРОВ

Дизайнер
А. ВАЛЕВИЧ

Корректоры
М. БАШИРОВА, Е. САМОЙЛОВА

Фотосъемка

М. БАЛТАБАЕВ, А. ШАНИН,
Д. ЖДАНОВИЧ

Подписка и распространение
Т. КУДРЕШОВА
(e-mail: 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.



Люди. События. Даты

XV Конгресс педиатров России

Общее дело – педиатрия	2
Награды лучшим медикам страны	6
Конкурс «Лучший преподаватель медицинского вуза»	
Обучают золотые кадры	8
Новости институтов	
Последипломное медицинское образование	10
Новости компаний	
Аскорил: история успеха	11
Детская урология-андрология	
Д.И. Тарусин: «Проблемой репродуктивного здоровья мальчиков занимались все и никто»	12
Детская эндокринология	
Эндокринология – царица наук	16
Детский сахарный диабет	
Детский сахарный диабет: на передовой проблемы	22

Наука и практика

<i>Т.Л. Кураева.</i> Метформин в лечении сахарного диабета 2 типа у детей и подростков	28
<i>Т.Л. Кураева.</i> Аналоги инсулина у детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа – современный высокотехнологичный метод терапии	34
<i>В.А. Ревякина, А.С. Агафонов.</i> Этиопатогенетическая терапия риносинуситов у детей	40
<i>Е.А. Андрианова.</i> Обучение как компонент комплексного лечения сахарного диабета у детей и подростков	46
<i>Е.М. Мухаметова, С.А. Ревякина.</i> Возможности применения энтеросорбентов Фильтрум®-СТИ и Фильтрум-Сафари® в комплексном лечении вирусных кишечных инфекций в педиатрической практике	52
<i>Н.А. Геппе, Н.А. Селиверстова, М.Г. Утюшева.</i> Применение комбинированной терапии при лечении острых респираторных заболеваний у детей	58

Клиническая эффективность

<i>А.А. Пилипович.</i> Энцефабол: применение в педиатрии	63
<i>И.Н. Захарова, Л.Б. Торшхоева, А.Л. Заплатников, Н.А. Коровина, В.В. Малиновская, Т.А. Чеботарева, Н.С. Глухарева, Х.И. Курбанова, Н.С. Короид.</i> Особенности системы интерферона при острых респираторных инфекциях и клинико-иммунологическая эффективность модифицированной интерферонотерапии у детей раннего возраста	70
<i>Е.В. Дворянкова, И.М. Корсунская, А.Б. Захарова, Р.О. Жуковский.</i> Атопический дерматит, осложненный вторичной инфекцией: подходы к терапии	74

Литература

Опыт регионов

Педиатрическая служба Кемеровской области

Доверяйте своему ребенку	86
--------------------------	----

Медицинский форум

Научно-практическая конференция компании «Бионорика»

Современный взгляд на проблемы часто болеющих детей	88
---	----

Новости

Интернет-мозаика	94
------------------	----



XV Конгресс педиатров России



Дмитрий
Медведев

Уважаемые друзья!

Поздравляю вас с открытием XV Конгресса педиатров России и желаю успешной работы.

Ваш форум традиционно собирает в Москве ведущих ученых-педиатров, специалистов в области здравоохранения, практикующих врачей из разных регионов России. Во многом благодаря вашей деятельности в России удалось добиться улучшения демографической ситуации и сокращения младенческой смертности.

Охрана детства, здоровья подрастающего поколения относится к числу ключевых национальных приоритетов. Мы будем и дальше повышать доступность и качество медицинской помощи, модернизировать детские поликлиники, совершенствовать систему подготовки и переподготовки врачей-педиатров и медицинских сестер.

Все эти вопросы будут обсуждаться на вашем Конгрессе. И я рассчитываю, что его участники предложат немало полезных идей.

Желаю вам плодотворных дискуссий, здоровья и благополучия!

Общее дело – педиатрия

В послании Федеральному собранию в конце 2010 г. Президент России Д.А. МЕДВЕДЕВ подчеркнул, что «забота о будущих поколениях – это самые надежные, умные и благородные инвестиции... 26 млн детей и подростков, живущих в нашей стране, должны полноценно развиваться, расти здоровыми и счастливыми». Здоровью подрастающего поколения как раз и был посвящен прошедший в Москве 14–17 февраля XV Конгресс педиатров России «Актуальные вопросы педиатрии».

Ежегодный Конгресс – главное педиатрическое событие России. Участие в нем – это прекрасная возможность поучиться у высококлассных международных специалистов, узнать о достижениях и проблемах всех регионов страны, обменяться опытом, обсудить самые острые проблемы профессии, оглянуться назад и идти вперед, следуя девизу Союза педиатров России «Сохраним здоровье детей – спасем Россию».

Официальному открытию Конгресса предшествовало несколько значительных мероприятий. 13 февраля 2011 года крупнейшие

специалисты провели Международные мастер-классы «Трудности диагностики и лечения аллергических болезней у детей», «Антибактериальная терапия и проблема антибиотико-резистентности в педиатрии» и «Биологическая терапия в детской ревматологии». Утром 14 февраля в Зале церковных соборов Храма Христа Спасителя при поддержке Всероссийской политической партии «Единая Россия» прошел III Общенациональный форум «Здоровье детей – основа здоровья нации». Главная цель организаторов Форума – привлечение внимания госу-

дарства и общества к актуальным вопросам охраны здоровья детей России. Среди приоритетных задач Форума в прошлые годы были: подготовка предложений по реализации конкретных мер, направленных на повышение эффективности профилактики детских болезней; улучшение организации и качества питания детей, в том числе в образовательных учреждениях; увеличение и оптимизация финансирования программ по медицинскому обеспечению детей; совершенствование кадрового обеспечения педиатрической службы. Основными вопросами, вынесенными на обсуждение в этом году, стали охрана здоровья детей и роль благотворительности в сбережении здоровья детей. Свой взгляд на проблему высказали Председатель Исполкома Союза педиатров России, академик РАМН А.А. БАРАНОВ, руководитель Департамента развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздравсоцразвития России В.И. ШИРОКОВА, директор Департамента воспитания и социализации детей Минобрнауки России А.А. ЛЕ-



Актуальные вопросы педиатрии

Уважаемые коллеги!

От имени Министерства здравоохранения и социального развития РФ и от себя лично поздравляю участников с началом работы XV Конгресса педиатров России.

Совместными усилиями мы должны не только лечить больных детишек, но и выявлять будущие заболевания всеми доступными средствами, предотвращая их. Развитие профилактики заболеваний, системы активного сохранения и восстановления здоровья детей является главным стратегическим направлением на сегодняшний день. В этом году надеюсь, что мы сможем охватить практически все современные направления педиатрической науки, практики и организации детского здравоохранения в стране, что позволит нам двигаться вперед.

Уважаемые коллеги, хочу пожелать вам плодотворной работы! В рамках мероприятия предстоит не только оценить достижения медицины за последние годы, но и определить задачи по обеспечению жизни и здорового развития детей.



*Татьяна
Голикова*

ВИТСКАЯ, губернатор Ульяновской области С.И. МОРОЗОВ, епископ Орехово-Зуевский, викарий Московской епархии ПАНТЕЛЕИМОН, Председатель Комиссии Общественной палаты Российской Федерации по социальным вопросам и демографической политике Е.Л. НИКОЛАЕВА.

После форума состоялось пленарное заседание «Национальные и международные достижения в диагностике, лечении и профилактике болезней детского возраста», которое открыл руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека РФ, академик РАМН Г.Г. ОНИЩЕНКО. Его выступление было посвящено неотложным мерам по снижению инфекционной заболеваемости у детей в РФ. «Каждый ребенок имеет право на защиту от инфекций – на прививки» – такова позиция Международной педиатрической ассоциации. Эту точку зрения полностью поддерживает и Г.Г. Онищенко. В мире пока не придумано более действенного средства борьбы с инфекциями, чем вакцинация. Г.Г. Онищенко привел следующие цифры: в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» против вирусного гепатита трехкратно привито более 46 млн детей, подростков

и взрослых до 55 лет; против краснухи – около 22 млн девочек, девушек и женщин до 25 лет. Заболеваемость краснухой за последние годы благодаря прививкам снизилась в 250 раз! С 2008 г. всем детям до 1 года начаты прививки против полиомиелита инактивированной вакциной (свыше 1,5 млн детей ежегодно). Против гриппа в 2010 г. привито 27,4 млн человек – цифра выше, чем в предыдущие годы, но недостаточная. Г.Г. Онищенко подчеркнул, что прививки были сделаны актуальной вакциной. Он также поднял вопрос о совершенствовании национального календаря прививок и о том, что главное стремление всех специалистов – переход на комбинированные вакцины, чтобы снизить нагрузку на организм ребенка.

Не утрачивает остроты проблема ВИЧ/СПИДа. Самая неблагоприятная ситуация сложилась в Самаре, Иркутской и Ленинградской областях. В этих регионах сосредоточен наибольший рост ВИЧ-инфекции. За 23 года регистрации этой инфекции на счету России 587 654 случая, в том числе детей до 15 лет – 5913. И среди последних большая часть детей родилась от ВИЧ-инфицированных женщин. Известно, что если ВИЧ-инфицированная беременная будет получать необходимую терапию

во время вынашивания ребенка, если она не будет кормить новорожденного грудью, то заражения малыша можно избежать. Поэтому необходима последовательная государственная политика, просвещающая ВИЧ-инфицированных мам и требующая соблюдения правил поведения ВИЧ-инфицированной мамы с новорожденным.

Насущный вопрос модернизации детского здравоохранения подняла директор Департамента развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздравсоцразвития РФ В.И. ШИРОКОВА. Она подчеркнула, что реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» оказала значительное воздействие на развитие службы родовспоможения и детства. Улучшилась материально-техническая база учреждений родовспоможения, в 22 субъектах РФ строятся современные перинатальные центры, получила развитие медико-генетическая служба, внедрены современные технологии аудиологического скрининга, стартовал пилотный проект комплексной пренатальной диагностики нарушений развития ребенка и др. Планируются новые мероприятия по совершенствованию медицинской помощи матерям и детям в рамках модернизации здравоохранения,



XV Конгресс педиатров России

такие как реализация комплекса мер по выхаживанию новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела; создание центров поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации; диспансеризация подростков; развитие неонатальной хирургии; создание системы паллиативной помощи тяжело больным детям.

Не менее важной, можно даже сказать, болезненной для России проблеме посвятил свое выступление президент Международной педиатрической ассоциации, проф. С. КАБРАЛ (Рио-де-Жанейро, Бразилия). Тема «Табакокурение и дети» была выбрана им не случайно – примерно две трети курильщиков живут в 15 странах, среди которых и Россия, и Бразилия. Между тем употребление табака – одна из предотвратимых причин смертности в мире, избавление от которых не требует специальных лекарств и медицинских вмешательств. Однако 250 млн детей, живущих ныне, умрут от заболеваний, связанных с курением, 750 млн детей подвержены пассивному курению – как известно, не менее опасному. В табачном дыме содержится более 4000 химических веществ, 300 из которых – яды, а 63 вызывают рак. Ученые доказали, что у младенцев, которые умирают от «синдрома внезапной смерти», концентрация никотина в легких очень высока. Это значит, что женщина курила во время беременности. Пристрастие к табаку обычно начинается в подростковом возрасте. Тому много причин. Это и «действие телевидения, модных фильмов, влияние друзей-курильщиков, наконец, рекламы, на которую табачные магнаты тратят миллиарды долларов». С. Кабрал привел цитату известного производителя сигарет – «бренд должен увеличить свою долю проникновения в возрастной группе 14–24 лет, которая будет представлять сигаретный бизнес завтрашнего дня». Противостоять этой пагубной привычке и бороться с таким положением дел – задача всего общества, и особенно педиатров. Закончил С. Кабрал призывом: «Мы как

педиатры ответственны за защиту детей от болезней, которые можно предотвратить. Мы можем и мы обязаны запретить то зло, которое создано человеческими руками!»

Ч. ВАН-ЧАН – паст-президент (2007–2010) Международной педиатрической ассоциации, профессор (Гонконг) – продолжил разговор о всемирном детском здравоохранении. В сентябре 2000 г. 189 глав государств приняли Декларацию тысячелетия ООН, где были определены восемь целей развития тысячелетия, которые должны быть достигнуты к 2015 г. Среди них сокращение детской смертности, улучшение охраны материнства, борьба с ВИЧ/СПИ-Дом, малярией и другими заболеваниями. Цели развития тысячелетия стали мощной силой в борьбе за здоровье детей. Но пока сделано недостаточно. Ч. Ван-Чан привел печальные цифры: в этом году умрут 8,8 млн детей в возрасте до 5 лет, в основном от предотвратимых или легко поддающихся лечению болезней, 40% из них будут малыши, которые не выживут в первые 4 недели жизни. Почти все эти случаи будут иметь место среди бедных слоев населения в развивающихся странах. Ч. Ван-Чан говорил о том, что необходимо искоренять главные причины сложившейся ситуации – недостаточное количество рабочих рук в системе здравоохранения, отсутствие равного доступа детей к медицинскому обслуживанию, отсутствие политической воли и воли общества, «принятие» того, что дети бедняков умирают. «Дети составляют 28% населения Земли. Но это 100% нашего будущего. И мы должны бороться за их здоровье, за их жизни», – подвел итог Ч. Ван-Чан.

После пленарного заседания состоялась торжественная церемония открытия Конгресса. А.А. Баранов поприветствовал «элиту педиатрической науки и практики», поблагодарил лидеров международного здравоохранения за то, что почтили Форум своим присутствием, и предложил всем познакомиться с итогами работы Союза педиатров России в 2010 г. Был показан

документальный фильм, который рассказал о самых важных событиях, состоявшихся в педиатрическом сообществе: XIV Конгресс педиатров России, конференции в Москве и регионах, международные конгрессы, форумы, мастер-классы, в которых принимали участие отечественные специалисты. Участникам Конгресса были озвучены приветствия Президента России Д.А. МЕДВЕДЕВА, министра здравоохранения и социального развития России Т.А. ГОЛИКОВОЙ. Председатель Совета Федерации С.М. МИРОНОВ в своем обращении назвал укрепление здоровья детей – «первостепенной задачей», а Конгресс – «значимым событием научной и общественной жизни страны». Мэр города Москвы С.С. СОБЯНИН обозначил главную цель Конгресса – «сохранить традиции и внедрить новые технологии», и выразил надежду, что Конгресс послужит «стимулом к развитию науки и профессионального здравоохранения». Председатель Государственной Думы Б.В. ГРЫЗЛОВ отметил: «Дети России – это будущее России, и это будущее в ваших руках» – и поблагодарил участников Конгресса за их благородный труд. Перед педиатрами выступил руководитель российского офиса Всемирной организации здравоохранения доктор Луиджи МИЛЬОРИНИ. Он тоже говорил о Декларации тысячелетия ООН, подчеркнув, что именно педиатры каждодневным трудом приближают осуществление принятых организацией целей. После этого состоялось торжественное вручение благодарностей от Комитета Государственной Думы по охране здоровья за плодотворную работу на благо подрастающего поколения. Лучшие из лучших не раз поднимались на сцену для получения грамот и подарков. Особенно чествовали победителей конкурсов, проводимых Союзом педиатров России, – «Детский врач 2010 года» и «Детская медицинская сестра 2010 года». Закончился первый день Конгресса праздничным концертом. Все артисты, выходящие на сцену, с особой теплотой и благодарностью обра-



Актуальные вопросы педиатрии

щались к педиатрам, благодарили их за самоотверженный труд, профессионализм, добрые руки, сердца и дарили свое творчество.

Далее участников Конгресса ждало 3 дня напряженной работы. Научная программа включала пленарные, секционные заседания, мастер-классы и школы повышения квалификации. На Конгрессе обсуждались самые актуальные темы: профилактическая и клиническая педиатрия, лекарственное и кадровое обеспечение педиатрической службы, снижение предотвратимой смертности детского населения в РФ. Были затронуты такие насущные проблемы, как основные результаты реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в педиатрии, роль педиатров в реализации федеральной программы «Здоровый образ жизни», медико-социальные проблемы в педиатрии и проблемы детской инвалидности. Поднимались вопросы вакцинопрофилактики в России, неотложной детской хирургии и травматологии, охраны репродуктивного здоровья детей и подростков, медицинской помощи детям в образовательных учреждениях, этико-правовые вопросы, редкие болезни и стандарты в педиатрии. Особое внимание было уделено поддержке молодых ученых, для них традиционно был проведен конкурс. Участники приняли участие в постерной сессии, авторы лучших работ выступили с устным докладом.

Во время проведения Конгресса работали ставшие уже регулярными школы для врачей разных специальностей с выдачей сертификатов государственного (российского и международного) образца Европейского аккредитационного совета по непрерывному послевузовскому профессиональному образованию. Были организованы школы детского аллерголога-иммунолога, детского ревматолога, детского хирурга, школы по актуальным вопросам питания здорового и больного ребенка, по детской неврологии, генетике и редким болезням, по детской

гастроэнтерологии и гепатологии, школа специалиста по медицинскому обеспечению в образовательных учреждениях, школа педиатра «Общественное здоровье и здравоохранение». Все желающие могли поучаствовать в мастер-классе по детской хирургической эндоскопии, колопроктологии и детской анестезиологии-реаниматологии, который включал лекционный курс, проведение практических занятий по современным подходам к лечению хирургических болезней детского возраста, показательное проведение лапароскопических, в том числе однопортовых, а также открытых оперативных вмешательств, внутрипросветных эндоскопических исследований и обеспечение анестезиологического пособия.

Впервые в рамках Конгресса и в рамках Школы повышения квалификации детских медицинских сестер прошел Форум детских медицинских сестер, где для них были организованы мастер-классы, посвященные не только медицинским проблемам, но и этическим: как общаться с родителями, как правильно информировать о состоянии ребенка и т.д.

Обширную научную программу Конгресса украсила 18-я Международная медицинская выставка «Здоровье матери и ребенка – 2011», где были представлены свыше

100 ведущих отечественных и зарубежных компаний из 30 стран. Основные разделы выставки: лекарственные средства; медицинское оборудование; лабораторное оборудование и приборы; медицинские инструменты; медицинская мебель и оборудование для оснащения родильных домов, детских больниц, поликлиник, гинекологических кабинетов; витамины и гомеопатические средства; детское питание; средства по уходу за детьми; средства гигиены для женщин; специализированные издания и литература. Всего XV Конгресс педиатров России объединил 4500 специалистов из разных стран ближнего и дальнего зарубежья. Участие в нем выдающихся ученых и врачей обеспечило пленарным и секционным заседаниям, а также многочисленным мастер-классам высокий уровень рассмотрения актуальных теоретических и прикладных проблем науки о здоровье ребенка. Конгресс приобщил педиатров к мировым достижениям, которые пригодятся им в практической работе, что послужит залогом более эффективной реализации национальных проектов «Здоровье» и «Демография», развития профилактики, высокотехнологичной диагностики, лечения и реабилитации детских болезней. ✨

Подготовила А. Зименкова



Участники Конгресса педиатров



Награды лучшим медикам страны

Во время церемонии открытия XV Конгресса педиатров России 14 февраля 2011 г. состоялось подведение итогов и награждение победителей конкурсов Союза педиатров России «Детский врач 2010 года» и «Детская медицинская сестра 2010 года».

Результаты конкурса Союза педиатров России «Детский врач 2010 года»

В номинации «Участковый педиатр года» победителем стала Ольга Алексеевна Куковская (рабочий поселок Маркова, Иркутская область). За 25 лет работы, которые она провела на своем участке, не зарегистрировано ни одного случая младенческой смертности. Кроме того, при ней значительно повысился процент грудного вскармливания детей до 1 года, а также процент охвата детей профилактическими прививками, снизилось количество детей III группы здоровья.

Лауреатом премии конкурса в номинации «Педиатр скорой помощи службы» стала Светлана Александровна Дузь, врач-педиатр станции скорой медицинской по-

мощи (г. Ульяновск). Ее исключительный опыт и профессиональная интуиция позволяют безошибочно и четко определять объем мероприятий на догоспитальном этапе, что способствует максимально благоприятному исходу заболевания. В номинации «Организатор здравоохранения года» победителем признана Наталья Петровна Крехова, заместитель главного врача по педиатрической службе городской клинической больницы № 2 (г. Кемерово). Она стала инициатором создания специализированной помощи в детской поликлинике. При ее непосредственном участии открыты и оборудованы центр помощи детям с эпилепсией, кардиологический центр, кабинет аллерголога-иммунолога, дневной стационар. В настоящее время она является постоянным консультантом тяжелых больных в доме ребенка и Областном ожоговом отделении. В целом за последние 10 лет ее работы почти в 2 раза снизился показатель младенческой смертности в области. Лауреатом премии в номинации «Педиатр-наставник года» стала Светлана Евгеньевна Лебедева, профессор кафедры педиатрии факультета последипломного образования Государственной медицинской академии (г. Оренбург).

Она является создателем медико-генетической службы Оренбургской области и автором 17 методов диагностики критериев риска развития кардио-ревматологических болезней детского возраста. Под руководством профессора Лебедевой защищены 20 кандидатских и 3 докторские диссертации.

Премия в номинации «Педиатр-новатор года» была вручена Василе Карамовне Нуриахметовой, заведующей педиатрическим отделением городской больницы (г. Саянск). Пройдя путь от врача-ординатора до заведующей педиатрическим отделением, Васила Карамовна внесла большой вклад в практику детского здравоохранения города и региона. Благодаря ее личной инициативе и настойчивости в отделении выделены социальные койки, своевременно и комплексно решаются вопросы реабилитации беспризорных и безнадзорных детей города и региона, их устройство в дома ребенка, социальные приюты и семьи. Победителем конкурса в номинации «Врач. Ученый. Педагог» была признана Валентина Николаевна Муравьева, профессор, ректор Ставропольской государственной медицинской академии. На ее счету более 120 научных публикаций, из них 6 монографий, под ее руководством



XV Конгресс педиатров России

защищены 6 кандидатских и одна докторская диссертации. Премии в номинации «Педиатр-специалист года» были вручены сразу четырем врачам из Иркутской и Самарской областей, а также республик Башкортостан и Бурятия:

- Файруза Мунаваровна Латыпова, врач-неонатолог отделения хирургии новорожденных и детей раннего возраста республиканской детской больницы Республики Башкортостан, г. Уфа. При ее непосредственном участии создана индивидуальная программа реабилитации новорожденных детей, разработаны памятки для родителей по уходу за тяжелобольными детьми.
- Лилия Ильинична Мазур, заведующая кафедрой госпитальной педиатрии Самарского государственного медицинского университета, детский онколог. Результатом ее активной работы в области детской онкологии является снижение за последние 5 лет смертности детей от онкогематологических заболеваний на 40%.
- Пак Ки О, врач-невролог неврологического отделения Областной детской больницы, г. Иркутск. За последние 10 лет внедрил более 10 методов лечения заболеваний нервной системы у детей, в том числе щадящую методику лечения невропатий лицевого нерва (с эффективностью до 100% выздоровлений).
- Сэсэгма Октябрьевна Содномова, врач кабинета иммунопрофилактики городской поликлиники № 3, г. Улан-Удэ. Благодаря ее активной работе за последние 3 года на территории поликлиники № 3 не отмечалось случаев коклюша, дифтерии, паротита, кори.

Наконец, лауреатами премии в номинации «За верность профессии» стали Мария Васильевна Ханды, заведующая кафедрой пропедевтики детских болезней медицинского института Северо-восточного федерального университета

(г. Якутск), и Татьяна Никитична Николаева, профессор, заведующая кафедрой факультетской педиатрии с пропедевтикой детских болезней Ярославской государственной медицинской академии. Мария Васильевна Ханды имеет первый в Якутии доктором наук, профессором по специальности «Педиатрия». Она также стала одной из основоположников детской ревматологической службы в Республике Саха. По ее инициативе созданы ревмокабинеты в детских поликлиниках, внедрены новые методы диагностики и лечения ревматизма у детей. Врачебный стаж Татьяны Никитичны Николаевой составляет 48 лет, и еще в 60-е годы она организовала первичное выявление и диспансеризацию детей с врожденными пороками сердца и другой кардиологической патологией в г. Ярославле. Татьяна Никитична воспитала школу ярославских детских кардиологов. Является высококвалифицированным преподавателем курсов пропедевтической и клинической педиатрии. Имеет более 140 научных работ, в том числе 6 монографий, 3 научных сборника и 20 учебно-методических изданий

Результаты конкурса Союза педиатров России «Детская медицинская сестра 2010 года»

Лауреатом премии в номинации «Палатная медицинская сестра» стала Екатерина Викторовна Воробец, палатная медсестра отделения онкологии детской городской больницы № 1, г. Санкт-Петербург. Владея всеми новыми медицинскими технологиями и необходимыми манипуляциями в совершенстве, она является преподавателем производственной практики учащих-ся средних медицинских учебных заведений по специальности «Сестринское дело в педиатрии».

В номинации «Операционная медицинская сестра» победителем конкурса стала Татьяна Юрьевна

Бородина, операционная медсестра Областной детской клинической больницы, г. Иркутск. Она принимает непосредственное участие в ортопедических и травматологических операциях, в сложнейших операциях на головном и спинном мозге, операциях по реконструкции дефектов черепа. Непосредственно Татьяной Юрьевной были разработаны и внедрены в практику ряд инноваций с целью оптимизации деятельности операционных медицинских сестер.

Победителем конкурса в номинации «Медицинская сестра образовательного учреждения» стала Елена Анатольевна Ломакова, медсестра детского сада № 824, г. Москва. Огромный опыт в работе с детьми и ведении медицинской документации позволяет ей проводить консультации для медицинских сестер детских садов своего района.

Премия в номинации «Старшая медицинская сестра» была вручена Динаре Хуснулловне Сабитовой, старшей медицинской сестре детской поликлиники № 7, г. Казань. Она является одним из самых авторитетных наставников молодежи, членом ассоциации медицинских сестер Республики Татарстан. В 2007 году без отрыва от производства с отличием окончила Казанский медицинский колледж по специальности «Организатор сестринского дела».

Наконец, лауреатом премии в номинации «За верность профессии» стала Татьяна Анатольевна Сипягина, старшая медицинская сестра педиатрического ЛОР-отделения Областной клинической больницы, г. Иваново. Ее общий медицинский стаж в педиатрии составляет 35 лет. Татьяну Анатольевну отличают доброта, любовь к детям, целеустремленность и отличные организаторские способности. Она проводит регулярные конференции с медсестрами и младшим медперсоналом, является председателем комиссии процедурных медсестер, в рамках которой непосредственно разрабатывает методические рекомендации для процедурных сестер, проводит активную воспитательную работу. ☀



Обучают золотые кадры



NUCOMED – ЗОЛОТЫЕ КАДРЫ МЕДИЦИНЫ

Совет ректоров медицинских и фармацевтических вузов России объявил о начале проведения конкурса «Лучший преподаватель медицинского вуза» среди 55 вузов Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Партнером Конкурса выступает дирекция стипендиальной программы «Nucomed – Золотые кадры медицины».

Конкурс «Лучший преподаватель медицинского вуза» стартовал в январе 2011 года. На первом этапе – с января по март – вузы проводят внутренний конкурс. По его итогам будут названы имена представителей от каждого вуза, номини-

рованных к участию в основной части Конкурса. В течение апреля жюри будет знакомиться с заявками претендентов, а после проголосует за победителя. Третий этап – это время для подведения итогов Конкурса. В мае на заседании Президиума Совета ректоров

будут объявлены имена победителей.

Геннадий Петрович Котельников, Председатель Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России, ректор Самарского государственного медицинского университета, профессор, академик РАМН:

«Считаю проведение этого конкурса значимым событием для вузов Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, а также всего медицинского сообщества. Подобные мероприятия будут мотивировать инициативных преподавателей, стремящихся усовершенствовать образовательный процесс. По условиям конкурса победители получают грант на реализацию проектов инновационных методов обучения и воспитания, подготовку публикаций для популяризации своего опыта.

Таким образом, мы достигнем самого важного результата, а именно: выявим и распространим инновационные методы обучения и воспитания».

Справка

Совет ректоров медицинских и фармацевтических вузов России

Межрегиональная общественная организация «Совет ректоров медицинских и фармацевтических вузов России» (сайт www.sovetrekto.ru) создана в мае 2008 года и объединила ректоров 55 образовательных учреждений высшего и послевузовского профессионального образования Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Членами Совета ректоров явля-

ются: 6 академиков РАМН, 4 члена-корреспондента РАМН, 15 Заслуженных деятелей науки России, 13 Заслуженных врачей России, 3 Заслуженных работника высшей школы России, 1 Заслуженный работник культуры России, 1 Лауреат Государственной премии России, 4 Лауреата премии Правительства России.

Деятельность Совета ректоров нацелена на развитие системы отечественного высшего и послевузовского медицинского и фармацевтического образования. В вузах, возглавляемых членами Совета, обучается более 230 тыс. студентов, ежегодный выпуск врачей и провизоров – более 30 тыс.



Конкурс «Лучший преподаватель медицинского вуза»

Стать партнером Конкурса было предложено дирекции стипендиальной программы «Nuscomed – Золотые кадры медицины», с которой уже более пяти лет сотрудничают многие медицинские и фармацевтические вузы. В рамках проекта в 15 вузах посредством тестирования выявляют лучших студентов-медиков и фармацевтов, которые в течение всего учебного года получают именные стипендии Nuscomed.

Йостейн Дэвидсен, президент компании «Никомед Россия-СНГ»:

«В этом году мы отмечаем 5-летие стипендиальной программы «Nuscomed – Золотые кадры медицины». Подводя итоги в преддверии юбилея программы, мы хотим обратиться со словами благодарности к тем, кто в стенах родной Alma Mater обучает талантливых студентов-медиков и помогает им совершенствоваться профессионально. Несомненно, их обучают золотые кадры. Именно этим пре-

подавателям мы посвящаем юбилей нашей программы.

Мы с большим энтузиазмом отнеслись к идее проведения конкурса «Лучший преподаватель медицинского вуза» и окажем всестороннюю поддержку Совету ректоров в организации этого значимого мероприятия.

Всего голосование будет проходить по шести номинациям: «За подготовку научно-педагогических кадров», «За внедрение высоких технологий в образовательный процесс», «За внедрение новых методик обучения студентов», «За внедрение новых методик обучения в послевузовском образовании», «За внедрение новых методик повышения квалификации врачей и провизоров» и «За вклад в развитие студенческого самоуправления». Членами жюри выступают студенты и стипендиаты программы «Nuscomed – Золотые кадры медицины», а также профессорско-преподавательский состав вузов.



Также в Конкурсе будут представлены три специальные номинации «За верность профессии», «Лучший молодой преподаватель вуза» и «За высокий уровень руководства вузом». Претендентов для первых двух номинаций будут выбирать ректоры вузов. Самих ректоров будут оценивать приглашенные представители Министерства здравоохранения и социального развития РФ. ✨

Справка

Стипендиальная программа «Nuscomed – Золотые кадры медицины»

В сентябре 2006 года компания «Никомед Россия-СНГ» запустила целевую стипендиальную программу «Nuscomed – Золотые кадры медицины» для учащихся государственных медицинских и фармацевтических вузов России.

Стипендиальная программа «Nuscomed – Золотые кадры медицины» является приоритетным направлением в социальной деятельности компании «Никомед Россия-СНГ» и призвана поддерживать талантливых студентов, намеренных профессионально расти, развиваться в области медицины, а также желающих получать практические умения и навыки.

Важной частью Программы является финансовое стимулирование перспективных студентов, которое

дает им возможность полностью сконцентрироваться на учебе и научной деятельности. В течение учебного года 10 победителей в каждом вузе-участнике Программы ежемесячно получают именные стипендии NYCOMED.

На сегодняшний день в программе принимают участие 15 государственных московских и региональных вузов (список всех вузов-участников перечислен на сайте программы www.bestinclass.ru). С 2006 по 2011 учебный год в Программе приняли участие более 2000 студентов и аспирантов, более 500 участников стали стипендиатами Программы. В данный момент Программа развивается в области взаимодействия с ведущими учеными и специалистами и предоставления участникам Программы дополнительной информации и материалов по актуальным вопросам медицины.

Программа «Nuscomed – Золотые кадры медицины» запланирована и реализуется как долгосрочный социальный проект.



Последипломное медицинское образование

В современных условиях такое образование рассматривается как непрерывный процесс, в котором последипломное усовершенствование является одним из важнейших факторов формирования и поддержания высокого профессионального уровня. У истоков отечественной системы образования педиатров стоял выдающийся детский врач, академик Г.Н. Сперанский, который в 1932 г. организовал и возглавил кафедру педиатрии в Центральном институте усовершенствования врачей (в настоящее время – Российская медицинская академия последипломного образования – РМАПО). Энтузиазм, неиссякаемая энергия и плодотворная работа сотрудников кафедры позволили быстро пройти процесс становления и приобрести заслуженный авторитет, благодаря чему кафедра стала Всесоюзным учебно-методическим центром

по специализации и усовершенствованию педиатров.

Особое внимание на кафедре уделялось вопросам передачи врачебного опыта. Академик Г.Н. Сперанский руководил кафедрой почти 30 лет. За это время кроме курсов для практических врачей на кафедре стали проводить циклы для главных специалистов и профессорско-преподавательского состава других ГИДУВов и ФУВов. С 1961 по 1966 г. кафедру возглавляла профессор Р.Л. Гамбург – блестящий клиницист, известный педиатр-кардиолог и педагог. Особый вклад в развитие кафедры внес профессор М.П. Матвеев, который руководил кафедрой на протяжении 17 лет.

В разные годы на кафедре работали такие известные педиатры, как профессора А.С. Розенталь, С.Г. Звягинцева, О.Г. Соломатина, М.С. Игнатова, академики В.А. Таболин и Ю.Е. Вельтищев. В 1983–1984 гг. кафедрой заведо-

вал профессор Г.И. Клайшевич, высококвалифицированный педиатр-кардиолог и прекрасный педагог. В течение последующих 24 лет кафедрой заведовала профессор Н.А. Коровина.

С 2008 г. кафедрой заведует профессор И.Н. Захарова, под руководством которой разрабатываются новые формы последипломного образования и незыблемо сохраняются традиции, заложенные академиком Г.Н. Сперанским, проф. Матвеевым, проф. Коровиной, что и определяет на протяжении всей 79-летней истории кафедры педиатрии РМАПО преемственность основной задачи – эффективное повышение профессионального уровня врачей-педиатров. ✨

Для обучения на кафедре педиатрии РМАПО необходимо направить заявку по адресу: Москва, ул. Героев Панфиловцев, 28, Тушинская детская больница, кафедра педиатрии РМАПО.

Кафедра педиатрии Российской медицинской академии последипломного образования

№ п/п	Наименование циклов и контингент слушателей	Вид и форма повыш. квалиф.	Продолж. цикла, мес.	Сроки обучения	Число слушателей
30303	Нефрология. В соответствии с приказами Минздравсоцразвития РФ № 705н от 09.12.08, № 415н от 07.07.09., № 581н от 12.08.09	ПП (очная)	3,5	01.02–13.05	3
30304	Нефрология. Педиатры, нефрологи детских ЛПУ	ОУ (очная)	1	03.02–03.03	15
30305	Педиатрия. В соответствии с приказами Минздравсоцразвития РФ № 705н от 09.12.08, № 415н от 07.07.09, № 581н от 12.08.09	ПП (очная)	3,5	21.02–02.06	3
30306	Педиатрия. Педиатры ЛПУ	ОУ (очная)	1,5	24.02–07.04	35
30307	Актуальные вопросы педиатрии. Зав. кафедрами педиатрии медицинских вузов и образовательных учреждений ДПО	ТУ (очная)	0,5	11.04–23.04	20
30308	Педиатрия. Педиатры ЛПУ	ОУ (очная)	1	05.05–02.06	35
30309	Педиатрия. Педиатры ЛПУ	ОУ (очная)	1	03.06–01.07	40
30310	Педиатрия. Педиатры ЛПУ	ОУ (очная)	1,5	05.09–15.10	35
30312	Гастроэнтерология. В соответствии с приказами Минздравсоцразвития РФ № 705н от 09.12.08, № 415н от 07.07.09, № 581н от 12.08.09	ПП (очная)	3,5	07.09–14.12	3
30311	Педиатрия. В соответствии с приказами Минздравсоцразвития РФ № 705н от 09.12.08, № 415н от 07.07.09, № 581н от 12.08.09	ПП (очная)	3,5	07.09–14.12	3
30313	Гастроэнтерология. Педиатры, гастроэнтерологи детских ЛПУ	ОУ (очная)	1	03.10–29.10	20
30314	Детская кардиология. Педиатры, детские кардиологи ЛПУ	ОУ (очная)	1	17.10–14.11	20

ОУ – общее усовершенствование ПП – профессиональная переподготовка ТУ – тематическое усовершенствование



Аскорил: история успеха

Юбилей препарата Аскорил компания «Гленмарк» отпраздновала серией научно-практических конференций «Аскорил и Я – 15 лет вместе!». Участие в юбилейных конференциях приняли ведущие российские пульмонологи и около 1,5 тысяч терапевтов и педиатров из Москвы, Нижнего Новгорода, Санкт-Петербурга, Уфы, Новосибирска, Казани, Екатеринбург и Красноярска.



Помимо возможности пообщаться и получить представление о современных методах лечения респираторных инфекций, врачей привлекала оригинальная организация мероприятий. Так, в рамках конференции, состоявшейся в Московском международном доме музыки, кроме научной части, врачам было предложено принять участие в трех мастер-классах, однако

основное внимание на конференциях, безусловно, было отдано препарату Аскорил.

Аскорил, вышедший на российский рынок 15 лет назад, давно завоевал популярность как среди врачей, так и среди потребителей. Он применяется в терапии острых и хронических бронхолегочных заболеваний и инфекций. Уникальность Аскорила заключается в том, что при влажном кашле он оказыва-

ет тройной эффект: обеспечивает быстрое облегчение влажного кашля, эффективно разжижает и выводит мокроту. В ходе конференций «Аскорил и Я – 15 лет вместе!» неоднократно подчеркивалось, что компания «Гленмарк» очень серьезно относится к качеству своих препаратов и к научным разработкам. *

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.





Д.И. ТАРУСИН:

«Проблемой репродуктивного здоровья мальчиков занимались все и никто»

По роду своей деятельности педиатру приходится сталкиваться с проблемами, относящимися к самым разным областям медицины, от оториноларингологии до гинекологии или андрологии. К сожалению, как показывает практика, познания вчерашних выпускников медицинских институтов (да и опытных докторов) в последней нередко оставляют желать лучшего. А уж если речь идет о болезнях маленьких мужчин, ситуация и вовсе приближается к критической: случаи гипердиагностики перемежаются с ситуациями, когда врач общей практики пропустил заболевание, требующее немедленного вмешательства узкого специалиста. Как отличить одно от другого, о чем врач должен рассказать маме мальчика и о многом другом мы решили поговорить с руководителем научно-практического центра детской андрологии, членом-корреспондентом РАЕН, профессором, д.м.н., врачом высшей категории Д.И. ТАРУСИНЫМ.

– Дмитрий Игоревич, Вы являетесь представителем молодого и динамично развивающегося направления медицины, сама специальность «детский уролог-андролог» появилась совсем недавно. Почему такая востребованная область на протяжении стольких лет оставалась в тени?

– Исторически сложилось так, что проблемой репродуктивного здоровья мальчиков занимались все и никто. Если у девочек все-таки были детские гинекологи, то мальчиков с переменным успехом пытались лечить хирурги, эндокринологи, педиатры, причем представитель каждой специальности видел лишь свою часть проблемы. Детские хирурги занимались исключительно операциями, эндокринологи были счастливы,

встречая адекватный гормональный фон, педиатры радовались, когда ребенок не болел свинкой. Но при этом вопросы репродуктивного здоровья, вопросы бесплодия вообще никогда не связывались с проблемами детского возраста. Это неудивительно, ведь ребенок покидает поле зрения врачей, работающих в детской поликлинике, в возрасте 14 лет, когда о продолжении рода речь еще не идет. То есть детские врачи просто не имеют возможности оценить результаты своего труда с этой точки зрения.

Еще одной проблемой андрологии (кстати, не только детской) является то обстоятельство, что репродуктивное здоровье всегда связывалось с организмом женщины. Это вполне объяснимо: ведь именно женщина на протяжении

9 месяцев вынашивает ребенка, и она же нуждается в специализированной медицинской помощи. Однако участие мужчины в процессе размножения, хоть и занимает по статистике от 3 до 5 минут, является, безусловно, очень значимым. А корни многих проблем, из-за которых семейные пары не могут завести ребенка, кроются именно в заболеваниях мужской репродуктивной системы, в том числе – таких болезнях, которые могли (и должны были) быть вылечены еще в детском возрасте. Кстати, мужское бесплодие является весьма распространенной проблемой, примерно в половине случаев супруги не могут завести ребенка именно из-за проблем с репродуктивным здоровьем мужа. Но если в области лечения женского бесплодия медицина сделала огромный скачок: появилось ЭКО и другие методики, то у врачей, занимающихся мужским репродуктивным здоровьем, еще есть непочатый край работы. К сожалению, урология застряла на уровне почек, мочевыводящих путей, мочевого пузыря и, если говорить о взрослых пациентах, предстательной железы. Все остальное в данной области всегда делалось походя, мужчина практически не рассматривался как объект репродуктивного поля.

– Скажите, когда же отношение медицинского сообщества к вопросам детской андрологии наконец изменилось?

– На самом деле, совсем недавно: специальность «детская урология-андрология» появилась только в 2003 году, и для того, чтобы все-таки ввести ее, нам пришлось



Детская урология-андрология

преодолеть множество препятствий. Одна из главных проблем заключалась в очень большой выраженности корпоративных интересов медицины. Эндокринологи говорили, что все так или иначе относящееся к сфере гуморальной регуляции – их вотчина. Хирурги требовали, чтобы посторонние, образно говоря, не лезли в грязных ботинках в их стерильные операционные, а такими вопросами, как детская сексология, даже в какой-то мере детская сексопатология, вообще никто не занимался, поскольку поставить рядом слова «секс» и «ребенок» – уже означает навлечь на себя праведный гнев общественности.

Сексопатологические вещи действительно довольно трудно связать с детским возрастом. Однако давайте посмотрим, когда современные подростки начинают вести половую жизнь и насколько полной информацией о вопросах контрацепции, защиты от ЗППП и тому подобных вещах они обладают. Очевидно, что детским гинекологам не пришлось бы делать столько аборт, если бы мальчикам вовремя объяснили, как именно нужно предохраняться.

– То есть Вы за половое воспитание подростков?

– В нашей стране слова «половое воспитание», как правило, принимаются не очень хорошо, поскольку первый опыт оказался очень неудачным. Это неудивительно, ведь он был основан на голландских моделях, которые, в свою очередь, разрабатывались для применения в обществе с принципиально другим уровнем свободы и толерантности. Мы же все живем в стране, где до 1986 года «секса не было».

– Давайте попробуем мыслить позитивно. Если есть проблема подростковых аборт, значит, у мальчиков, от которых эти аборт были сделаны, с репродуктивной системой все в порядке. Но ведь бывает и иначе?



Д.И. Тарусин

С какими проблемами Вам, как практикующему детскому андрологу, приходится сталкиваться чаще всего?

– Это очень сильно зависит от возрастной группы пациентов. Так, у маленьких мальчиков чаще всего встречаются пороки развития, отклонения от стандарта развития, которые могут носить критический и не критический характер. Кстати, последние сегодня встречаются все чаще и чаще. Но есть и хорошие новости: в большинстве таких случаев для достижения эффекта достаточно проведения коррекционных мероприятий, без хирургического вмешательства можно обойтись.

Из врожденных пороков развития чаще всего встречается крипторхизм. Он наблюдается примерно у 0,5% мальчиков, родившихся доношенными, и гораздо чаще – среди недоношенных детей.

– И всем им показана хирургическая операция?

– Нет, в ряде случаев вполне можно ограничиться гормональной терапией. Однако для того, чтобы подобрать оптимальную тактику ведения пациента и выбрать наилучшее время вмешательства, хирургического или терапевтического, нужно сделать ряд анализов, в частности, исследовать исходный гормональный фон. Не нужно быть специалистом-андрологом или эндокринологом (более того, вообще не обязательно быть врачом), чтобы понять, что крипторхизм, не сопровождающийся отклонениями на гормональном уровне, вызван не нарушениями гуморальной регуляции, а чем-то иным. Очевидно, что в таком случае назначение гормонов ничего не даст.

– Но можно же подойти эмпирически? Попробовать гормональную терапию, если она окажется нерезультативной, то перейти к другим методам...

– Конечно, эмпирический подход существует. И, к сожалению, при-



Детская урология-андрология

меняется. К сожалению – потому что в гипоталамусе человека имеется так называемое НАН-ядро, которое подобно кнопке в ядерном чемоданчике: оно может быть активировано только один раз. Данное ядро, ответственное за половую идентификацию, половую социализацию и ряд других функций у детей находится в инактивированном состоянии, мы же, назначая гормоны, «включаем» данное образование, заставляем его работать. В итоге на *tabula rasa*, которой на сегодняшний день является головной мозг, появляется надпись, содержание которой мы расшифровать не можем. Как преждевременная активация НАН-ядра повлияет на дальнейшую судьбу мальчика, на его половые предпочтения, мы не знаем. Получается, что одно-единственное эмпирическое назначение может необратимо и непредсказуемо изменить всю оставшуюся жизнь нашего пациента. По-моему, это слишком высокая цена за нежелание проводить полноценную диагностику.

Статистически доказано, что лица, получавшие в раннем детском возрасте терапию гормонами или их прекурсорами, будут с большей вероятностью страдать расстройствами половой самоидентификации. Я не обвиняю эндокринологов в том, что они плодят людей с проблемами, а лишь хочу подчеркнуть, что назначение таких серьезных средств, как гормональные препараты, должно проводиться только при наличии показаний. Кстати, то же самое относится и к ведению беременных женщин с гиперандрогенией. Им назначают антиандрогены, которые, разумеется, влияют на формирование плода, причем воздействие данных препаратов на зародыши мужского и женского пола существенно отличается. Фактически, мальчика, которого родит женщина, принимавшая во время беременности антиандрогенные препараты, можно сразу записывать на консультацию к психологу, поскольку вероятность развития у него тех

или иных проблем с половой самоидентификацией существенно выше, чем в среднем по популяции. Кроме того, назначение женщины, вынашивающей мальчика, антиандрогенных препаратов может привести к рождению ребенка, у которого возникнет гинекомастия, гипоспадия, задержка полового развития и другие проблемы подобного рода.

Но вернемся к теме крипторхизма. Существует широко распространенное мнение, что детей с данным пороком развития нужно оперировать еще до того, как им исполнилось 2 года. Основным доводом в пользу такого раннего проведения операции является некогда полученное наблюдение: в неопустившемся яичке резко уменьшается количество половых клеток. Долгое время считалось, что они погибают из-за неподходящего температурного режима. Однако, если мы немного отвлечемся от хирургии и вспомним про гистологию, окажется, что в возрасте 1–2 лет у мальчиков в яичках идет процесс отбора из фетальных сперматогоний наилучших. Остальные действительно погибают, и это нормальный физиологический процесс.

Да, в некоторых случаях хирургическое вмешательство действительно является единственным способом опустить яичко в мошонку. Но и тут есть свои тонкости. Например, я убежден, что брать детей на стол можно только в том случае, если операционная оснащена стационарным микроскопом. Ни резидентная оптика, ни уж тем более человеческий глаз (особенно если учесть, что многие хирурги сами страдают миопией) просто не в состоянии предоставить достаточно подробную картину происходящего в процессе операции. И, разумеется, не следует забывать о том, что одни и те же андрологические заболевания у взрослых пациентов и у маленьких требуют абсолютно разных хирургических подходов. Например, грыжесечение у взрослого человека является операцией

по решению благоприобретенной проблемы, в то время как у детей те же самые грыжи непременно сочетаются с пороком развития.

– Какие еще проблемы часто встречаются у самых маленьких ваших пациентов?

– Разумеется, проблемы с крайней плотью. Головка то открывается, то не открывается, родители (а зачастую – и врачи) не знают, что считать нормой, а что – основанием для медицинского вмешательства. В практической медицине принята очень простая градация: если головка открывается, то фимоза нет, если не открывается – он есть. А на самом деле между этими двумя состояниями располагается 18 нозологических форм. Среди них 6 дерматологических заболеваний и лишь 2 хирургических. То есть в ряде случаев проблему можно и нужно решать без скальпеля. Но в эти тонкости, к сожалению, мало кто вдается. В итоге мы получаем две одинаково дикие с точки зрения современной андрологии ситуации. Когда 14–15-летний подросток на приеме в ответ на вопрос, открывал ли он когда-нибудь головку, мыл ли ее, искренне спрашивает в ответ: «А что, надо?» И наоборот, детские хирурги, которые на первом же осмотре младенца пытаются открыть головку, чего делать категорически нельзя, потому что фаза созревания крайней плоти полового члена еще не закончилась. Существуют простые методики ухода за наружными половыми органами мальчика, которые позволяют сделать так, что к трехлетнему возрасту головка откроется сама, без каких бы то ни было действий со стороны хирурга или мамы. Если же крайнюю плоть сдвинуть насильно, возникнет травма, сформируется рубец. А рубцовая ткань, как известно, здоровой кожей заместиться не может.

– И как предотвратить данную неприятность?

– Я бы хотел, чтобы все мамы, которым только предстоит принести



Детская урология-андрология

младенца на плановый осмотр к хирургу, четко запомнили одну простую вещь: ребенок, лежащий у вас на руках, – это ваш ребенок. Не хирурга, не медсестры, не министра здравоохранения, а ваш. На любую манипуляцию, которую врач планирует провести с ребенком, необходимо получить согласие родителей. Доктор обязан предупредить маму, что манипуляция, которую он собирается осуществить, является агрессивной, что она может привести к неприятным последствиям. Если же врач этого не делает – он нарушает права пациента.

– Но что делать в случаях, если головка члена все-таки была открыта и травма уже получена?

– Как минимум – забыть слово «марганцовка». Как все сильные окислители, перманганат калия провоцирует рубцеобразование, усугубляя и без того неприятную ситуацию. Можно использовать обычный, неароматизированный чай, можно – отвар ромашки. А как только ранка немножко подживет, ребенка следует показать специалисту-андрологу, который подскажет, что делать дальше. Вообще, я бы рекомендовал показывать детей обоего пола соответствующим специалистам, андрологам и гинекологам, не реже 1 раза в год, начиная с рождения. К счастью, в последнее время урологов и андрологов (в том числе – детских) стало гораздо больше. И их консультация часто бывает незаменима, поскольку педиатры или врачи общей практики не знают всех тонкостей, без которых невозможна постановка правильного диагноза. Например, в случае с энурезом (а он является маркером эректильной дисфункции в будущем) мы видим одну и ту же клиническую картину: ребенок писает часто и помалу. Однако обусловлена эта ситуация может быть как гиперрефлекторным, так и гипорефлекторным мочевым пузырем. В первом случае для возникновения позыва к мочеиспусканию достаточно, чтобы

накопилось совсем небольшое количество мочи, во втором – наоборот, пузырь долго копит мочу, а потом начинает отдавать ее маленькими порциями. Если мы имеем дело с гиперрефлекторным мочевым пузырем, то проблему нужно решать срочно, потому что центры эрекции, эякуляции и мочеиспускания находятся в спинном мозге совсем рядом, и когда энурез приведет к развитию синдрома парацентральной дольки, мы уже не сможем ничего сделать.

– Скажите, а как обстоят дела с детьми более старшего возраста? Какие проблемы часто встречаются у них?

– В ходе обследования мы все чаще находим признаки венозного застоя или венозных расстройств в малом тазу. К сожалению, образ жизни современных подростков способствует возникновению и развитию данных проблем. Ребенок приходит из школы, ест и садится за компьютер. Он играет, бродит по интернету, общается в чате – и проводит так часов пять подряд до прихода родителей. В итоге у каждого четвертого подростка мы видим те или иные проблемы с венами, расположенными вокруг предстательной железы, что свидетельствует о дефиците физической активности. Гиподинамию вообще можно назвать болезнью цивилизации, в итоге у 30-летнего менеджера и 15-летнего подростка на УЗИ мы видим практически одну и ту же клиническую картину. Вообще, в подростковой андрологии есть две основных проблемы: гипердиагностика и, наоборот, недостаточно внимательное отношение врачей. К гипердиагностируемым расстройствам я бы отнес варикоцеле – нередко этот диагноз ставят без особых оснований. Если же говорить о расстройствах, которые часто пропускают во время осмотров, то это прежде всего грыжи и малые формы гипоспадии, не вполне правильного формирования полового члена. Кроме того, врачи не всегда

своевременно и правильно диагностируют задержки полового развития. Очень важно вовремя определить, имеет ли место задержка, тенденция к задержке или наблюдаемая во время осмотра картина может быть признана вариантом конституциональной нормы. И тут без специалиста по вопросам полового развития не обойтись. Мальчик, у которого в 14 лет костный возраст – 9, требуется серьезное вмешательство в систему гормонального гомеостаза. И наоборот, задержанному в половом развитии подростку, костный возраст которого превышает фактический, нельзя помогать гормональным прессингом. Тонкостей много.

Еще одним критерием задержки полового развития является отсутствие поллюций к четырнадцати годам. К сожалению, такие вещи врачу часто выяснить неудобно, поскольку пол врача обычно не совпадает с полом подростка. Однако своевременное выявление имеющихся проблем позволяет избежать множества сложностей в будущем, когда сегодняшний подросток обзаведется семьей и соберется заводить собственных детей. Очень важно, чтобы у врача были доверительные отношения со всеми членами семьи, только тогда он сможет своевременно направлять своих пациентов к соответствующим специалистам. И, конечно, ни в коем случае не следует забывать, что все детские врачи, так или иначе сталкивающиеся с областью андрологии, будь то педиатры, эндокринологи или собственно андрологии, работают «через поколение». Они лечат не только данного мальчика, но и мужчину, которым он станет, и даже его детей. И это очень, очень большая ответственность. Завершая разговор, скажу: будьте бдительны, берегите будущих отцов. Счастья Вам и профессиональной удачи. Ну и личной тоже. ☀

*Беседовала
Анна Лозовская*



Эндокринология – царица наук



Эндокринология – одна из молодых и развивающихся отраслей медицины. О проблемах детской эндокринологии рассказывает директор НИИ детской эндокринологии Эндокринологического центра РАМН, главный детский специалист-эксперт эндокринолог, профессор, доктор медицинских наук Валентина Александровна ПЕТЕРКОВА.

– Валентина Александровна, расскажите, пожалуйста, чем занимается Институт детской эндокринологии?

– Научные исследования Института направлены на изучение гормонально-метаболических, иммунологических и молекулярно-генетических аспектов развития наиболее распространенных заболеваний у детей: сахарного диабета, болезней щитовидной железы, нарушений роста, врожденных нарушений стероидогенеза, различных нарушений половой дифференцировки и полового развития, опухолей эндокринной системы, ожирения и метаболических нарушений. В Институте разрабатываются и внедряются в клиническую практику новейшие технологии диагностики, лечения и профилактики эндокринопатий у детей. К числу приоритетных направлений деятельности Института относится организация национальных регистров детей и подростков с наиболее распространенными и социально значимыми заболеваниями эндокринной системы (сахарный диабет, врожденный гипотиреоз, врожденная дисфункция коры надпочечников, гипофизарный нанизм, опухоли эндокринной системы). На базе Института создан единственный в стране Федеральный центр роста, где в полном объеме

Справка

Эндокринологический научный центр – ведущий в Российской Федерации и странах СНГ современный лечебно-диагностический и научно-исследовательский комплекс эндокринологического профиля. Центр аккумулирует самые современные научные

достижения отечественных и зарубежных специалистов в области фундаментальной и клинической эндокринологии, проводит экспертный анализ научных достижений и координирует работу региональных центров эндокринологии-диабетологии.



проводится обследование детей с синдромом гипофизарной карликовости, создан уникальный регистр детей и взрослых пациентов с врожденным и приобретенным дефицитом гормона роста, требующих терапии человеческими рекомбинантными препаратами гормона роста, также ведется национальный российский регистр детей с сахарным диабетом, который позволил нам оценить заболеваемость и распространенность сахарного диабета у детей в различных регионах Российской Федерации. Институт осуществляет организацию и координацию методической деятельности по детской эндокринологии в масштабах Российской Федерации, проводит подготовку научных кадров для вузов и НИИ Российской Федерации, осуществляет повышение квалификации практических врачей и профессорско-преподавательского состава.

В структуру Института детской эндокринологии входят отделения: отделение сахарного диабета; отделение опухолей эндокринной системы; отделение тиреодологии, нарушений пола и развития с центром роста. И отделение наследственных эндокринопатий.

– Сегодня серьезной угрозой становится развитие сахарного диабета у детей. Каковы основные направления практической деятельности детского отделения сахарного диабета Эндокринологического научного центра?

– На базе нашего отделения ведутся разработки и внедрение в клиническую практику самых современных технологий в области диагностики, лечения и профилактики сахарного диабета и его осложнений у детей и подростков, которые соответствуют высочайшим мировым стандартам. В отделении впервые в России разработаны методы дифференциальной диагностики, прогнозирования и ранней доклинической диагностики сахарного диабета 1 и 2 типа, других форм сахарного



диабета, основанные на молекулярно-генетических, иммунологических и гормонально-метаболических исследованиях.

Мы практикуем медико-генетическое консультирование семей, в которых есть больные сахарным диабетом. Нашим Центром создан регистр группы высокого риска развития сахарного диабета, за которой ведется тщательный динамический контроль. Мы используем все новейшие мировые технологии для лечения детей: новые виды инсулинов, инсулиновые помпы, постоянное мониторирование гликемии в течение трех дней с помощью специальной аппаратуры и прочее. Также мы оказываем психотерапевтическую помощь подросткам и родителям детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа.

– Насколько широкий спектр задач входит в круг научной деятельности Центра в отношении лечения сахарного диабета?

– На базе детского отделения проводятся международные исследования по проблеме лечения сахарного диабета в детском

возрасте. Мы ведем изучение основных эпидемиологических показателей: заболеваемости, распространенности, смертности; осуществляем их мониторинг у детей и подростков на территории нашей страны. Кроме того, в сферу научных изысканий нашего Центра входят изучение молекулярно-генетических, иммунологических и гормонально-метаболических аспектов патогенеза, клиники и лечения различных форм сахарного диабета 1 типа у детей и подростков; разработка современных методов диагностики и лечения синдрома инсулинорезистентности; разработка алгоритмов диагностики, профилактики и лечения ранних специфических осложнений сахарного диабета; молекулярно-генетические, иммунологические и гормонально-метаболические исследования неиммунных форм сахарного диабета. Также мы занимаемся разработкой алгоритмов диагностики, профилактики ранних доклинических стадий сахарного диабета в семьях больных, медико-генетическим консультированием.



Наш Центр и наша страна входят во многие международные исследования.

– Какие услуги предоставляет детское отделение сахарного диабета Эндокринологического научного центра?

– Мы можем провести диагностику различных форм сахарного диабета у детей и подростков; диагностировать ранние доклинические стадии сахарного диабета 1 и 2 типа; провести молекулярную диагностику неонатального сахарного диабета, MODY-типа, DIDMOAD-синдрома, синдрома Альстрема и др., подобрать соответствующее лечение, включающее не только инсулинотерапию, но и таблетированные сахароснижающие препараты.

Люди, которые обращаются в детское отделение сахарного диабета нашего Центра, могут получить индивидуальные рекомендации по профилактике и лечению сахарного диабета 1 и 2 типа, комплексное лечение сахарного диабета и его осложнений (диабетической ретинопатии, нейропатии, нефропатии, кардиопатии, хайропатии). Поступающим к нам больным мы индивидуально подбираем дозы инсулинотерапии, устанавливаем различные модели инсулиновых помп.

– С какими нозологическими единицами имеет дело эндокринолог в вашем центре?

– Практически со всеми существующими. Это заболевания щитовидной железы, заболевания надпочечников, нарушения полового развития, нарушение роста, тяжелые эндокринные заболевания, опухоли эндокринных желез. Например, есть очень много причин маленького роста. И эндокринолог должен знать все эти состояния и болезни. Сейчас при лечении очень многих терапевтических заболеваний применяются эндокринные препараты – гормоны. Это касается рака женских и мужских половых органов, многих тяжелых воспалительных заболеваний – используются преднизолон и другие глюкокортикостероиды. И они, конечно, изменяют эндокринную систему, таких больных приходится консультировать, наблюдать. Эндокринология – это царица наук. У нее очень широкий круг действия.

– Валентина Александровна, в эндокринологический Центр на лечение поступают дети со всей России?

– Да, у нас за год 6000 человек проходит лечение только в стационаре, 92% детей приезжает из разных регионов России и стран СНГ.

– Как к вам можно попасть?

– Существует специализированная медицинская помощь и высокотехнологичная. Специализированная медицинская помощь проходит по бюджетному ассигнованию, за каждого больного по педиатрической помощи с использованием высоких технологий государство доплачивает 80 000 рублей. Это позволяет купить ребенку, больному диабетом, инсулиновую помпу, сделать необходимые высокотехнологичные дорогие исследования. Подобную помощь может получить любой пациент из любого региона. Также сейчас хорошо организована помощь по санаторно-курортному лечению.

– Почему к вам поступают больные со всей страны? На местах врачи не справляются?

– К нам наши коллеги направляют только детей с тяжелыми формами заболевания или с неясным диагнозом для его уточнения, ибо, конечно, наш Институт детской эндокринологии оснащен всеми современными приборами и нами налажены практически все тончайшие методы диагностики, например молекулярная диагностика, какие только известны в современной медицине. В России подобный центр пока единственный – в каждом регионе есть главный эндокринолог, специализированное эндокринное отделение, где больным оказывается необходимая помощь. Но, например, на гипотифизе у детей оперируют только в Институте нейрохирургии, у нас с этим институтом тесная связь. Страдающих опухолями надпочечников стараются присылать к нам, у нас больший опыт хирургического вмешательства в таких случаях. К нам поступают больные со сложными заболеваниями, например, раком щитовидной железы, тяжелым тиреотоксикозом, с тяжелыми случаями сахарного диабета.

Одна из главных наших задач, как головного института, – наладить



новую методику и быстро и эффективно внедрять ее в регионах. Мы первые стали лечить больных сахарным диабетом с помощью инсулиновых помп, и сейчас работе с этим новым оборудованием обучены врачи в регионах. Мы – федеральное головное эндокринологическое учреждение, и все современные технологии, появляющиеся в мире в отношении лечения наших заболеваний, мы должны разрабатывать и внедрять по регионам.

– В Эндокринологическом центре существует структура, занимающаяся обучением врачей?

– На базе нашего Центра работает кафедра последипломной специализации и повышения квалификации при Первом медицинском государственном университете. Наш центр имеет лицензию на обучение специалистов по эндокринологии и диабетологии, поэтому мы можем организовывать циклы обучения врачей. Мы также практикуем выездные циклы в регионы. Врачам из регионов трудно приезжать на обучение: они отрываются от работы, им нужно оплачивать дорогостоящую дорогу. Когда такие поездки не по карману региону, мы отправляемся к ним: выезжаем бригадой на обучение. Подобные занятия мы проводили в Якутии, на Дальнем Востоке, в Новосибирске и др. Но, конечно, более эффективно обучать врачей в нашем Центре, здесь они видят новые технологии воочию, например, ангиографию, забор крови из вен гипопфиза и прочее.

– Какими еще уникальными проблемами и разработками занимается Центр?

– За последние 20 лет совершенно, коренным образом изменилась медицина, в нее ворвались высокие технологии, и каждый год в ней происходит что-то новое, революционное. Мы занимаемся разработками инноваций и внедрением их в клини-

ческую практику. Молекулярная генетика сегодня просто творит чудеса. Раньше дети погибали от кандидополиэндокринного синдрома, мало кто из них доживал до 16–17 лет. Сейчас мы наблюдаем пациентов, которые уже дожили до 30 лет, они рожают детей, возможно, смогут прожить полноценную жизнь. Это заболевание поражает очень много желез, а обусловлено оно «поломкой» одного гена, который отвечает за иммунитет. Если мы молекулярно-генетически подтверждаем поломку гена RET-протоонкогена, например, у ребенка с феохромоцитомой, то мы знаем, что в 100% у него будет и медуллярный рак щитовидной железы, поэтому у этих детей мы удаляем профилактически щитовидную железу, чтобы не развился рак. Существует тяжелое заболевание – аденогенитальный синдром. Это такая патология, при которой рождается девочка, а ошибочно утверждается, что это мальчик, потом возникает масса драматических проблем. Сейчас делается скрининг на это заболевание. И если, например, в семье есть ребенок с таким отклонением, а пара хочет еще детей, мы советуем им делать ЭКО (экстракорпоральное оплодотворение), отобрать здоровый эмбрион и подсадить его, и таким образом, и ребенок будет здоровый, и в роду закончится это тяжелое заболевание. Вот такие чудеса возможны сегодня с помощью ЭКО и молекулярной генетики.

Это колоссальный прогресс, который трудно с чем-то сравнить. Подобные генетические методы разрабатываются у нас в институте. У нас есть отделение наследственных эндокринопатий и специальная лаборатория молекулярной генетики. За эти годы введено 5 скринингов новорожденных, 2 из них – по эндокринным заболеваниям.

Существует скрининг новорожденных на гипотиреоз. Если вовремя не распознать это заболева-

ние, то ребенок будет кретинном. Сейчас у нас есть возможность распознать его рано: до 1 месяца жизни. И сегодня у нас кретиннов, обусловленных гипотиреозом, нет. Такой скрининг внедрен на всей территории страны, государство выделяет на анализ большие деньги. И в дальнейшем эти люди будут умственно полноценными, работоспособными и станут рожать абсолютно здоровых детей. В течение пяти лет существует скрининг на аденогенитальный синдром, который позволяет рано выявить это заболевание и предотвратить его осложнения и социальные проблемы, связанные с ним. Вот такая колоссальная проблема решена. Гормон роста, который не дает развиваться карликовости, был получен в 1986 году, с 1990 года им начали лечить во многих странах и у нас. Стоимость лечения одного ребенка составляет около 15 000 долларов в год. Раньше были очень хорошие зарубежные препараты, но сейчас наша компания «Фармстандарт» создала аналогичный генно-инженерный препарат гормона роста, он ничем не уступает зарубежным аналогам. 10 лет назад подобное нам даже не снилось. Мы с вами живем в век, когда новое поколение врачей не увидит гипофизарных карликов. В эндокринологии мы со всем миром идем в ногу.

– Это касается и сахарного диабета?

– Детский сахарный диабет – очень тяжелая проблема. Это трагедия, когда маленький ребенок или подросток заболевает диабетом. У него вся жизнь впереди, а тут нужно колоть по 5 инъекций инсулина в день и плюс 5 раз контролировать уровень сахара в крови! Но мы учим детей и их родителей жить с этим заболеванием. Разработаны специальные программы обучения. В 1990 году у нас в Центре открылась первая школа, сейчас во всех регионах, больницах и даже в небольших



Детская эндокринология

поселках есть школы по обучению больных сахарным диабетом. Мы боремся за то, чтобы они финансировались. Потому что сейчас врачи обучают больных в основном на добровольных началах, заведующие поликлиниками выделяют часы, чтобы врач вел занятия в школе диабета. И просвещение принесло свои плоды, мы сейчас не видим таких тяжелых осложнений, какие были раньше. В отношении препаратов для лечения сахарного диабета: инсулин для детей у нас только самый лучший. Отечественный инсулин у нас есть, но аналогов инсулина нет. Все дети в России получают у нас зарубежные аналоги инсулинов. Такие лекарства позволяют им вести более свободный образ жизни.

Конечно, большое достижение – появление инсулиновых помп. Всего 7 лет назад, на международной конференции я впервые увидела эти помпы на стенде. А сегодня мы ими уже пользуемся. Конечно, они дороги, лучшие помпы стоят около 150 000 рублей, ежемесячное обслуживание обходится минимум в 6500 рублей. Тем не менее, у нас в России каждый 10-й ребенок использует помпу. Но есть регионы, в которых каждый 5-й ребенок находится на лечении с помощью помпы. Минздравсоцразвития РФ с пониманием относится к нашим нуждам и разумным инициативам. Конечно, есть проблемы, требующие решения, например, проблема йодного дефицита, которая существует в большинстве регионов. Самый радикальный выход – закупка для использования населением только йодированной соли. Для профилактики йодного дефицита достаточно употреблять вместо обычной йодированную соль. Необходимо, чтобы законодательно можно было продавать только ее.

– Какие социальные, другие проблемы сегодня существуют в лечении сахарного диабета у детей?

– Одна из серьезнейших проблем – нехватка психологов для

работы с родителями заболевших детей. 90% пап через несколько лет после заболевания ребенка сахарным диабетом уходят из семьи, не выдерживая свалившихся проблем. Необходимо создание психологической службы, специалисты которой консультировали бы заболевших детей и их родителей. Это должна быть служба первой помощи в поликлиниках, в стационарах, где первично обследуется больной. Психологи необходимы, ведь диабет – заболевание на всю жизнь.

У нас многие дети, болеющие сахарным диабетом, имеют инвалидность. Она заканчивается в 18 лет, потом ребенок ее теряет или переходит во взрослую группу. Существует закон, что при поступлении в вуз ребенок-инвалид детства, если он сдает экзамены положительно, поступает в институт. И это правильный закон. Но при введении 11-летки, а у некоторых – 12-летнего школьного обучения об этом нюансе забыли. А ведь теперь ребенок заканчивает школу и по достижении им 18 лет не успевает воспользоваться своей льготой при поступлении в вуз. Некоторые мамы из-за этого отдают ребенка-инвалида в школу в возрасте шести лет. А для больного ребенка это не очень хорошо. Я сейчас добиваюсь, чтобы этот вопрос был пересмотрен.

Диабет помолодел, 2-й тип диабета стал появляться и у детей. Поэтому становится крайне актуальной профилактика здорового образа жизни, предотвращение ожирения с детского возраста. Наши усилия направлены на исследование и этих проблем.

Наш Центр ведет большую просветительскую работу, мы проводим ежегодные конференции в регионах. Книг по этой теме выходит много, но они стоят дорого, врач-эндокринолог на периферии, получающий 8000 рублей зарплаты, не может покупать книги стоимостью в 1000 рублей. Это уже социальная проблема доступности знаний. И наши лекции для

них – зачастую единственная возможность получить информацию. Поэтому я хотела бы поблагодарить зарубежные и отечественные фирмы, которые помогают нашим эндокринологам выезжать на международные конференции. Очень важно вовремя узнавать о современных технологиях.

– Какие глобальные задачи стоят перед современной эндокринологией?

– По каждой нозологической единице (конкретному заболеванию) – своя проблема. Например, у ребенка врожденный гипотиреоз, неправильное половое развитие. Это большая этическая проблема, и в медицинском смысле она очень сложна. К нам из детского дома Алтайского края поступил мальчик, который на самом деле – девочка. При рождении ему неправильно определили пол, и он воспитывается как мальчик. Существуют такие заболевания, при которых при рождении клитор гипертрофирован и ошибочно кажется половым членом. Подобные ошибки бывают во всем мире. Но то, что эту аномалию распознали, когда ребенку исполнилось 14 лет, когда у «мальчика» началась менструация, это трагедия. Когда такая ситуация возникает, то в случае с домашним ребенком можно, к примеру, сменить место жительства. А из детского дома куда денешься? Медицинская сестра – единственный медицинский работник в детском доме – не может сориентироваться в такой сложной патологии. В этом конкретном случае мы дали письменный ответ с рекомендациями по лечению этого заболевания. А ведь по всей стране детей с подобными заболеваниями не так уж много. Их можно собрать в отдельный детский дом ближе к Центру: допустим, в Подмоскowie, куда наши специалисты могут доехать. Если бы они жили в одном детском доме, они помогали бы друг другу, получали квалифицированную помощь, лучше бы развивались.



Детская эндокринология

– Как Вы считаете, эндокринологических заболеваний в последнее время стало больше?

– Число детей с диабетом 1 типа увеличивается, утраивается каждые 20–30 лет. Каждый год заболеваемость увеличивается на 7%. Частота заболеваний щитовидной железы возросла, но трудно сказать, это истинное увеличение или улучшение диагностики.

– Какие изменения претерпела за последнее время специальность эндокринолога, в частности детского?

– Во-первых, детская эндокринология выделена в отдельную специальность. Например, нет такой специальности, как детский ревматолог, а детская эндокринология, учитывая ее важность, лет 10 назад выделена в отдельную специальность. Сейчас по приказу Министерства здравоохранения при любой диспансеризации обязательно включается осмотр у эндокринолога.

– Как Вы оцениваете общую подготовку детских эндокринологов по стране?

– Иностранцы медики удивляются, что российские коллеги в возрасте до 30 лет уже стано-

вятся детскими эндокринологами. За границей, чтобы стать детским эндокринологом, нужно поработать педиатром, потом пройти усовершенствование по детской эндокринологии 2–3 года. То есть у них врач только годам к 40 становится детским эндокринологом. У нас же можно сразу после института получить ординатуру по детской эндокринологии и уже через 2 года стать детским эндокринологом.

Я считаю, что первичная подготовка в институте, в ординатуре у нас не хуже. Наши врачи могут соперничать с зарубежными врачами. Но чего у наших врачей меньше, так это возможностей диагностики. Ведь не проблема где-то в Голландии исследовать генетику. Но у нас генетические исследования делаются только в нашем Центре и в некоторых институтах в регионах.

Хочу сказать о важности постдипломного образования. Я считаю, что оно необходимо каждые два года, хотя бы на протяжении недели нужно давать врачам новые знания, свежую информацию по специальности.

Я преклоняюсь перед врачами, которые работают в первичном звене. Условия, в которых рабо-

таю я, мои коллеги, значительно лучше, чем у многих региональных специалистов. У нас есть оборудование, интернет, возможность ездить на международные конференции. А врачи в глубинке обычно таких возможностей не имеют. Специальность врача трудна: доктор должен все время читать и учиться. В медицине все быстро развивается, постоянно появляется что-то новое.

– В чем вы испытываете нехватку?

– В финансах. Хотелось бы больше. У нас сейчас строится новый институт детской эндокринологии. Ведь теперешний институт располагается в одном помещении, и на его базе у нас 3 отделения. У нас 45 коек, а лежит всегда по 60 человек. И мы ведь кладем только тяжелых больных, нетяжелых принимаем амбулаторно. У нас нет возможности разместить родителей больных детей, а снимать гостиницу им часто не по карману. Мы могли бы принимать больше пациентов, будь у нас возможность. Очередь приема больных у нас всегда расписана на полгода вперед. ❁

*Беседовала
Наталья Прокопович*





Детский сахарный диабет: на передовой проблемы



– Десять лет назад благодаря тому уровню современной науки, которого удалось достичь, стало понятно, что в детском возрасте кроме диабета 1 типа встречается еще масса форм диабета, которые по-разному диагностируются, лечатся и имеют разный прогноз.

В последние 15–20 лет дети и подростки заболевают сахарным диабетом 2 типа, а ведь раньше такого не было! Это связано с изменением образа жизни на планете, эпидемией ожирения, которая является основным фактором риска развития диабета 2 типа. Раньше он наблюдался у людей после 35–40 лет, потом стал встречаться у молодых людей, затем появился у подростков, сейчас он регистрируется уже в возрасте 5–6 лет. Это огромная проблема, требующая всемерного внимания, в том числе и государства.

Проблема излечения диабета 1 типа сейчас – проблема номер один во всем мире. Диабета 1 типа много, это основная форма у детей и подростков – более 90% случаев. Диабет 1 типа – наиболее тяжелая форма, дающая ранние осложнения при неправильном наблюдении больных детей. Про-

должительность жизни хорошо компенсированных больных не должна отличаться от продолжительности жизни популяции. И мы этого можем добиться, но для этого нужно обеспечить приемлемую компенсацию сахарного диабета. А компенсировать диабет у детей и подростков очень сложно. Поэтому в этой области ведутся все новые разработки и уже многое достигнуто.

Применяем человеческие инсулины, появившиеся три десятилетия назад; инсулиновые аналоги, без которых невозможно представить детскую диабетологию. Их применение улучшает показатели компенсации сахарного диабета и качество жизни пациентов. Последний прорыв – это инсулиновые помпы. Важны и средства самоконтроля – глюкометры. Большую пользу приносят школы диабета – у нас по всей стране развита их сеть.

– Какие проблемы детской диабетологии остаются наиболее актуальными на сегодняшний день?

– Сахарный диабет 1 типа как основная форма сахарного диабета: проблемы сложности его компенсации, разработки новых методов терапии, совершенствование инсулиновых помп, разработка методов профилактики и излечения сахарного диабета. Это глобальные задачи на ближайшее время.

Профилактика осложнений и своевременная их диагностика – задача практического здравоохранения. Больной с массой осложнений – это запущенный больной, которым по каким-то причинам недостаточно занимались.

За последнее время заболеваемость сахарным диабетом, в том числе и диабетом 1 типа у детей, нарастает в большинстве развитых стран мира. О методах работы в этом направлении читайте в интервью с Тамарой Леонидовной Кураевой, заведующей отделением сахарного диабета Института детской эндокринологии Эндокринологического научного центра Минздравсоцразвития РФ.



Детский сахарный диабет

– Расскажите подробнее о новых современных методах диагностики сахарного диабета.

– С помощью молекулярно-генетических методов мы можем диагностировать MODY-диабет – мягкую форму течения диабета у лиц молодого возраста. В отличие от диабета 2 типа, где у пациентов много инсулина, инсулинорезистентность, в случае с MODY-диабетом инсулина в крови умеренное количество. MODY-диабет достаточно долго компенсируется только диетой или только таблетками, причем особенностью этой формы диабета является доминантное наследование, когда случаи диабета наблюдаются в трех и более поколениях. MODY-форм диабета много, их верифицируют с помощью молекулярной генетики. В настоящее время мы можем определять самые распространенные – MODY-2, MODY-3, это еще одно направление наших исследований.

В нашем Центре мы занимаемся также изучением генетических синдромов – это еще одна важная проблема. Например, у пациента кроме сахарного диабета наблюдаются еще несколько других заболеваний – почему это происходит? Существуют генетические синдромы, когда несколько заболеваний типично сочетаются. К примеру, синдром Вольфрама, при котором, кроме сахарного, возникает несахарный диабет, поражаются зрительные и слуховые нервы, почки и т.д. Был найден ген, и сейчас мы этот ген тоже умеем определять, мутация в котором приводит к развитию такого синдрома. Разные синдромы дают разные прогнозы для жизни, здоровья, разные риски для родственников. Это огромная и интереснейшая проблема.

– В отношении неонатального диабета – диабета новорожденных – Центр тоже ведет исследования?

– Неонатальный диабет – диабет новорожденных, который появляется в первые 6 месяцев жиз-

ни. Это тяжелая форма диабета, требующая лечения инсулином. Но попробуйте такого маленького ребеночка лечить инсулином, сразу возникает масса проблем: высокая чувствительность к инсулину, необходимость маленьких доз. Оказалось, что половина детей с диабетом новорожденных имеют такие мутации, при которых пациенты прекрасно компенсируются с помощью таблеток. Мы привыкли, что таблетками компенсируется диабет 2 типа. И тут вдруг выяснилось, что неонатальный диабет больше чем в половине случаев может быть переведен на таблетки, причем вне зависимости от давности заболевания. Это открытие было похоже на чудо.

– Существуют какие-то этнографические, климатические, географические «зоны опасности», где заболеваемость сахарным диабетом выше?

– На протяжении вот уже десяти лет сотрудниками нашего Центра с помощью эндокринологов всей страны ведется регистр больных сахарным диабетом Российской Федерации. Мы не только знаем, сколько больных в стране, мы знаем, сколько ежегодно заболевает, и отслеживаем ситуацию.

Заболеваемость диабетом нарастает в нашей стране со скоростью 3,2% в год, диабет молодеет, все больше детей первых лет жизни заболевает им.

Уровень заболеваемости по России различается в зависимости от географического расположения. Он, как и в Европе, нарастает с юга на север и с востока на запад. В северо-западном регионе, расположенном рядом со скандинавскими странами, с Финляндией, где самая высокая заболеваемость во всем мире, самая высокая заболеваемость в нашей стране.

Мы изучаем генетику диабета в различных этносах, сейчас начинается изучение климатических особенностей, других факторов внешней среды, которые могут вызывать диабет. Исследуются раз-

личные этнические группы, в которых заболеваний диабетом мало, например, якуты. Если у нас в стране в среднем заболеваемость – 10–12 человек на 100 тысяч, по Москве – 12–14, в северо-западном регионе – Вологодской, Архангельской области – 18–20, у якутов – 2–3 на 100 тысяч детского населения. Оказалось, что у якутов в популяции защитные гоплотипы – комбинация определенных генов на одной хромосоме – встречаются чаще, чем у других народов. Сахарный диабет – заболевание с генетической предрасположенностью, при котором важную роль играют и факторы внешней среды – особенности жизненного уклада, питания и прочее. У мигрантов, когда они переезжают на новые территории, заболеваемость диабетом нарастает. Это мы наблюдали в Калининградском регионе. Там все население – мигранты с 50-х годов. Сначала заболеваемость была ниже, чем в среднем по стране и Москве, сейчас этот уровень она превысила. Почему так происходит, пока неизвестно. Один из факторов риска диабета – высокий уровень жизни. В Европе обнаружена четкая корреляция заболеваемости диабетом с уровнем жизни. В чем именно кроется проблема – до конца не ясно. Эпидемиология – интереснейшая наука, она дает невероятные результаты. Проблем в изучении сахарного диабета множество, чем больше мы изучаем это заболевание, тем больше появляется вопросов. Эпидемиология и изучение генетики в этносах – научные изыскания, которыми занимается Центр с помощью эндокринологов нашей страны. Эти исследования по кирпичику углубляют наши знания о таком сложнейшем заболевании, как диабет.

– Расскажите, пожалуйста, о школах диабета при Эндокринологическом центре.

– В нашем отделении работает Школа диабета, в которой проводится обучение детей и членов их



Детский сахарный диабет

семей по разработанной нашими сотрудниками структурированной программе. Для детей дошкольного и младшего школьного возраста преподавание в школе «Золотой ключик» ведется по специально разработанной у нас методике. Эти программы и методики разрабатываются и внедряются во всех регионах нашей страны.

– Наверное, как и при любом заболевании, для предотвращения сахарного диабета важна профилактика?

– Несомненно, профилактика сахарного диабета – важнейшая проблема, требующая огромных финансовых вложений. С диабетом 2 типа проще – здесь факторы внешней среды достаточно понятны: сбалансированное питание, физическая активность могут существенно снизить риск развития заболевания. Японцы, например, первыми в мире добились снижения заболевания диабетом 2 типа у детей и подростков с помощью подобных профилактических мер. Везде заболеваемость диабетом растет, а у японцев, у которых она была самой высокой, уменьшается. Для 1 типа сахарного диабета изменение образа жизни играет меньшую роль, хотя здоровый образ жизни, конечно, важен. Диабет 1 типа принадлежит к сложнейшей группе аутоиммунных заболеваний, к лечению его только ищут подходы.

Сегодня достигнуты большие результаты в прогнозировании диабета: профилактика диабета наиболее эффективна на ранней доклинической стадии, когда аутоиммунный процесс идет, а углеводный обмен еще не нарушен. Именно в это время профилактические мероприятия будут наиболее эффективными. Первый необходимый этап – уметь верифицировать ранние доклинические стадии диабета, до нарушения углеводного обмена. Это мы умеем делать. Молекулярно-генетические исследования, исследования иммунологических маркеров специфических

антител, исследования секреции инсулина позволяют нам до 90% вероятности прогнозировать развитие диабета.

Следующий этап – найти средства, способные останавливать развитие аутоиммунного процесса до того, как произошла гибель основной массы β -клеток, которые продуцируют инсулин. Есть препараты, которые могут это делать. Это иммунодепрессанты, применяющиеся при трансплантации. В 80-е годы было проведено много исследований, показавших, что при их назначении диабет можно остановить даже на стадии его начала. Но это небезразличные для организма препараты, поскольку они подавляют всю иммунную систему. Что такое трансплантация органов? Она проводится только по жизненным показаниям, когда исчерпаны все другие средства лечения. Поэтому при заболевании, с которым мы можем справляться другими методами, назначение иммунодепрессантов неоправданно. Риски от их применения намного выше, чем риск от самого заболевания.

В течение 20 лет в развитых странах мира ведутся поиски более безопасных препаратов. Уже получен ряд препаратов, которые узконаправленно действуют на разные звенья всего каскада нарушений, происходящих на ранних стадиях диабета, на стадиях разрушения β -клеток. С получением таких препаратов станет возможна остановка аутоиммунного процесса на ранних стадиях диабета, а для тех, кто уже давно болен, – эффективная трансплантация β -клеток. На сегодняшний день это только наука. Но когда задача остановки аутоиммунного разрушения будет решена, случится прорыв в области трансплантации.

Второе развивающееся сейчас направление исследований – это получение препаратов, стимулирующие регенерацию β -клеток, как оставшихся в начале заболевания, так и пересаженных при длительном заболевании. И тре-

тье направление: после того, как произойдет этот прорыв, где взять такое количество β -клеток? Получение β -клеток из стволовых – это направление, по которому также идет большая работа.

– Возможно ли прогнозирование сахарного диабета?

– Да, мы умеем прогнозировать развитие диабета. Во всем мире излечивать или проводить его специальную лекарственную профилактику пока не могут. Однако умея прогнозировать диабет, мы можем ответить на многие практические вопросы. Например, заболел первый ребенок – какой риск для братьев и сестер? А риск относительно небольшой – в среднем он составляет 5%. Как только количество больных в семье увеличивается, риск сразу повышается. Два больных человека в семье – риск уже 10–12%. Два больных родителя – 30% вероятности, высокий риск, но ведь 70% – за то, что ребенок не заболеет диабетом. Изучая молекулярную генетику, мы можем этот риск индивидуализировать для каждого человека. Есть наследственная предрасположенность, генетические маркеры диабета, нет их, или даже есть защитные генотипы – все это разные риски. После рождения ребенка мы можем посмотреть: а что там с генетикой? Если риск высокий – родители передали предрасполагающие гены, риск сразу повышается, значит, за таким ребенком нужно наблюдать, исследовать иммунные параметры, секрецию инсулина β -клетками.

Первый этап профилактики сахарного диабета – грудное вскармливание. Необходимо, чтобы ребенок до 4–6 месяцев получал грудное молоко. Мы рекомендуем для ребенка с предрасположенностью к заболеванию большее внимание обратить на закаливание и общеукрепляющие процедуры, с другой стороны – обсуждаем частные проблемы: отдавать ли его в ясли, детский сад, или лучше подождать, посидеть с ним до 5–6 лет. Решаем,



Детский сахарный диабет

прививать этого ребенка или нет; если видим, что титры антител высокие, значит, лучше подождать с прививками. У детей с предрасположенностью к сахарному диабету идет аутоиммунный процесс, и для того, чтобы он не дошел до своей конечной стадии, до фазы развития диабета, нужно, чтобы новые факторы внешней среды не возобновляли и не стимулировали вновь аутоиммунный процесс. Мы можем решать массу жизненных ситуаций для таких ребят. Родителям это очень важно.

– На Ваш взгляд, эндокринология изменилась за последние годы?

– За последние 20–30 лет в эндокринологии были достигнуты потрясающие успехи. Дух захватывает, когда задумываешься, с чего мы начинали и что имеем сейчас. И эти сдвиги произошли в течение жизни одного поколения. Когда-то у нас были инсулины крупного рогатого скота – бычий или говяжий. Потом появился свиной инсулин, который ближе к человеческому, –

и это был праздник, больные стали совершенно по-другому компенсироваться. А потом появились человеческие инсулины и их аналоги, и это стало прорывом в лечении сахарного диабета!

– Ситуация с заболеваемостью сахарным диабетом в нашей стране изучается?

– Да, мы уже говорили о действующем в нашей стране регистре больных сахарным диабетом. Более того, мы изучаем, что в стране происходит с компенсацией диабета и осложнениями. Наш Центр направляет специальные рейды с оснащенной аппаратурой лабораторией. Мы изучаем состояние компенсации и частоту осложнений в регионах. Наши исследования показали, что в целом ситуация по стране неудовлетворительная. Гликированный гемоглобин порядка 9,5%, однако ситуация лучше, чем была 20 лет назад, когда гемоглобин был 16–20%. Сейчас поставлен вопрос о высокой распространенности осложнений. В Европе она не намного

ниже. Что было выяснено в наших исследованиях – по городам дети компенсированы хорошо, примерно так же, как в Москве. Гликированный гемоглобин в среднем 8,5% – для популяции это неплохой показатель. А основная проблема – это наша разбросанность, удаленность населения от областных центров, когда у доктора нет возможности вовремя вмешаться в ход заболевания, или нет эндокринолога, если речь идет о малых населенных пунктах.

– Как Вы оцениваете сегодняшний уровень подготовки врачей-эндокринологов?

– За 20 лет был сделан качественный скачок в обучении врачей. Сейчас в основном уровень подготовки врачей в регионах тот же, что и у врачей в Москве. Областные центры сегодня подготовлены хорошо. Приезжаешь с лекциями в регионы и говоришь с врачами на одном языке.

И если раньше к нам в Центр поступали больные, которых неправильно вели, то сейчас приезжают



На приеме



Детский сахарный диабет

те, с которыми на местах не справляются по объективным причинам, а не потому, что врачи некомпетентны.

Компенсация диабета – приближенные к норме показатели углеводного обмена: гликированный гемоглобин и показатели уровня глюкозы в крови в течение суток.

– Хватает ли в стране эндокринологов?

– Не хватает, из профессии идет отток специалистов. И связано это с материальным положением врачей. Наши узкие специалисты – удивительно самоотверженные люди, они работают при очень низких зарплатах. А ведь на них лежит огромная нагрузка. Моральный облик нашего врача я оцениваю очень высоко. Это тот нравственный подход, когда человек понимает: если ты идешь в медицину, то ты идешь в служение. Но сейчас жизнь изменилась, и нельзя людей оставлять один на один с долгом, с совестью. Для того, чтобы врачу успеть почитать, задуматься над проблемой больного, нужны другие условия жизни. Он должен иметь возможность отдохнуть, а не думать постоянно о куске хлеба, о том, где бы подработать. Российский врач сегодня живет очень трудно.

– Как Вы оцениваете уровень подготовки наших специалистов по сравнению с западными коллегами?

– Когда наши пациенты едут лечиться за рубеж, как правило, потом они говорят, что в отношении лечения сахарного диабета они не узнали ничего нового. Наши граждане, проживающие там, нередко приезжают сюда или звонят с просьбой о помощи, потому что за границей меньше возможностей поговорить с врачом. Там врач не имеет возможности

долго разговаривать с больным. Ребенка с сахарным диабетом ведет специальная «бригада», в которую, кроме врача эндокринолога, входят диетолог, психолог, средний медицинский персонал. За границей существует четкий алгоритм лечения, к которому мы тоже идем.

– Какую тактику лечения и профилактики сахарного диабета Вы бы посоветовали?

– Лечение и профилактика – две разные проблемы. Принципы тактики лечения диабета одинаковы во всем мире – это стремление к целевым показателям углеводного обмена. Мы должны всеми силами добиваться, чтобы диабет у детей и подростков был компенсирован. С другой стороны, огромная проблема – качество жизни. Основная тактика работы с пациентом – мотивировать на успех. Нужно объяснить больному: если ты научишься управлять диабетом, то у тебя будет все хорошо, ты закончишь школу, поступишь в институт, получишь специальность, любимую работу, будешь ездить по миру, создашь семью, будешь иметь детей.

– То есть диабет – это и психологическая проблема?

– Это огромная психологическая проблема не только для ребенка, но и для родителей, и первая помощь нужна именно им. Родителям нужно объяснять, что в их руках находится здоровье ребенка. Ведь диабет не зря называют семейным заболеванием – все зависит от семьи. Например, ребенок в стационаре отлежал, дозу лекарств ему подобрали, обучили, и он возвращается в семью. А дальше 24 часа в сутки – работа мамы, всей семьи.

Кто у нас сейчас берет на себя функции психолога? Лечащий врач. Когда у мамы заболевает ребенок, она на несколько месяцев становится невменяемой, и это понятно. Она сначала не слышит врача, думает только об одном – доказать, что диагноз ошибочный, и найти другой метод ле-

чения, кроме инсулина. В этот момент нужен специально подготовленный психолог. Сейчас же психологическими вопросами занимается диетолог. Это изматывает, отнимает массу времени, сил. На западе такие проблемы решают психологи, и это правильно. Нам тоже нужно готовить психологов – узких специалистов по сахарному диабету.

– Существует общая профилактика против диабета?

– Здоровый образ жизни, но это не гарантирует того, что человек не заболеет сахарным диабетом. Идут огромные исследования, различные лаборатории рвутся к решению этой проблемы. Это можно сравнить с тем, как в 1945 году рвались к рейхстагу – кто первый поднимет над ним знамя. Когда докладывают на международных конгрессах новые данные по этой проблеме, такие лекции собирают самую большую аудиторию.

– Когда должны насторожиться родители, заподозрить сахарный диабет у ребенка?

– К сожалению, диагноз «диабет» до сих пор в 70–80% ставится уже поздно, в прекоматозном или коматозном состоянии, с появлением кетоацидоза – осложнения диабета, когда в организме накапливается большое количество токсических веществ, появляется ацетон. Дальнейшее развитие приводит к состоянию бессознательного коматозного состояния, а если не помогать, то к гибели. Это острое состояние больных, поступающих в реанимацию.

Диабет может быть диагностирован достаточно рано, а может быть выявлен уже на такой опасной для жизни стадии. И здесь очень много зависит от родителей и от учителей, ведь нередко большую часть дня ребенок проводит в школе. Сейчас идет информирование взрослого населения о симптомах диабета, мы пишем методички для школ.



Детский сахарный диабет

В Италии после цикла лекций среди школьных учителей сразу снизился процент развития диагностики диабета в прекоматозном состоянии.

Симптомы, на которые родители должны обращать внимание: ребенок начинает много пить и много мочиться, худеет, несмотря на хороший аппетит. Диабет часто развивается после вирусной инфекции, она является тем последним толчком, который запускает скрытый процесс, доводящий до сахарного диабета. Часто диабет появляется вслед за гриппом, тяжелым ОРВИ. Родители часто не замечают начала диабета, даже зная его симптомы, так как его начало маскируют вирусные инфекции. С другой стороны, летом ребенок уезжает в лагерь или к бабушкам, за ним меньше присмотра, и симптомы диабета остаются также незамеченными. Должны насторожить родителей также фурункулез, ячмени. Диабет способен скрываться за многими масками, например, когда начинается кетоацидоз, дети нередко поступают в больницу с диагнозом аппендицит, перитонит. Иногда диабет развивается молниеносно, особенно у маленьких детей.

Уровень знаний у родителей сейчас повышается, и часто они сами приходят к врачу и говорят, что нужно проверить ребенка на сахар.

– Что развивается динамичнее – детская или взрослая диабетология?

– Все, что касается терапии, в первую очередь апробируется на взрослых. Эта этапность обязательна. Все препараты сначала проверяются на взрослых, потом

на подростках и в последнюю очередь – на детях первых лет жизни.

– Посещаете ли Вы научно-практические конференции и симпозиумы?

– Мы их не только посещаем, но и готовим, активно участвуем в них, читаем много лекций – это то, что касается мероприятий, происходящих внутри страны. Мы также выезжаем за рубеж на основные конгрессы, которые устраиваются Европейской ассоциацией сахарного диабета, на детский диабетологический конгресс. Как правило, мы посылаем туда тезисы, возим стендовые доклады, иногда наши сотрудники делают устные доклады.

– Чего Вам не хватает в повседневной работе: оборудования, препаратов?

– Времени. Постоянный цейтнот. Ну и оборудования тоже.

– Тамара Леонидовна, как Вы оцениваете уровень современных фармпрепаратов, существующих в Вашей отрасли? И насколько они доступны Вашим пациентам?

– У нас есть человеческие инсулины, аналоги инсулинов – они во главе всего, что существует для лечения диабета в мире. Инсулиновые аналоги для большинства пациентов лучше, чем человеческие инсулины, и 90% наших пациентов по стране бесплатно получают инсулиновые аналоги. Все дети и подростки в России имеют право на бесплатное получение инсулинов и инсулиновых аналогов.

– Существуют ли недостатки в уровне преподавания, подготовки диабетологов?

Неонатальный диабет – диабет новорожденных, который появляется в первые 6 месяцев жизни.

– Не могу говорить об уровне институтов, я этим не занимаюсь. Молодежь, приходящая к нам в ординатуру, в аспирантуру, неплохо обучена, подготовлена, и все, что нужно для узкой специализации, они получают в ординатуре. Они рвутся к знаниям, по-хорошему амбициозны. И, конечно, такая молодежь идет в профессию осознанно.

– Несколько слов о постдипломном образовании врачей: насколько важно продвигать профессию диабетолога?

– Считаю, что одна из причин хорошей подготовки врачей по стране – это циклы постдипломного образования. У нас эти циклы проходят, в нашем Центре имеется кафедра постдипломного образования.

– О чем будут публикуемые в нашем журнале статьи?

– Одна статья – по терапии сахарного диабета 2 типа у детей и подростков. А вторая статья – про инсулиновые аналоги, которые получают 90% наших пациентов с диабетом 1 типа. Это острейшие проблемы нашей отрасли. Еще одно направление – создание новых обучающих программ и их совершенствование, этим наш Центр тоже занимается. Одна из статей будет посвящена этой теме. ✨

*Беседовала
Наталья Прокопович*



Метформин в лечении сахарного диабета 2 типа у детей и подростков

Д.м.н., проф. Т.Л. КУРАЕВА

Сахарный диабет (СД) 2 типа – полигенная патология углеводного обмена, характеризующаяся инсулинорезистентностью и относительным снижением секреции инсулина. Длительное время СД 2 типа традиционно рассматривался как заболевание, характерное для взрослых людей, преимущественно среднего и пожилого возраста. Однако с ростом распространенности СД 2 типа в последнем десятилетии заболевание все чаще выявляется среди более молодого контингента населения, включая детей и подростков.

канадских исследователей 9% из 51 пациента с манифестацией СД 2 типа в детском возрасте к 18–33 годам погибли, 6% находились на диализе, у 2% больных были ампутированы пальцы стопы, у 2% – развилась слепота [7]. Такое чрезвычайно агрессивное в отношении сосудистых осложнений течение СД 2 типа, диагностированного в детском и подростковом возрасте, требует проведения своевременного, патогенетически обоснованного эффективного лечения.

Так же как у взрослых, инсулинорезистентность у детей развивается постепенно, часто после начала пубертатного периода, с постепенным снижением функции β -клеток поджелудочной железы до того уровня, который сопровождается манифестацией СД 2 типа (рис. 1).

Случаи заболевания СД 2 типа в детском возрасте зарегистрированы во всем мире, включая США, Японию, Индию, Австралию и Великобританию. Причины связывают с ростом распространенности ожирения в детском возрасте [1,2]. При этом тенденция выявления заболевания среди молодежи и подростков наблюдается не только в этнических группах, для которых характерна высокая распространенность диабета 2 типа у взрослых, но и среди европей-

ских популяций с традиционно низкой распространенностью заболевания, а также в России [3, 4]. Пристальное внимание к проблемам терапии СД 2 типа у детей и подростков обусловлено высокой частотой развития специфических осложнений, даже в сравнении с взрослыми пациентами с СД 1 типа. В ряде работ описаны случаи микрососудистых осложнений уже на момент диагностики СД 2 типа. У 36% японских школьников с СД 2 типа на этапе установления диагноза была зарегистрирована непролиферативная ретинопатия, а через 2 года ее частота возросла уже до 39%. У 22% детей индейцев пима с СД 2 типа на момент диагностики наблюдалась микроальбуминурия, у 20–29-летних ее частота возросла до 60% [5,6]. По данным

Проблемы терапии СД 2 типа у детей и подростков

Стартовая терапия СД 2 типа должна быть направлена на повышение чувствительности к инсулину, учитывая, что в основе развития заболевания лежит инсулинорезистентность с прогрессирующим, развивающимся в течение длительного времени, нарушением функции β -клеток. Снижение инсулинорезистентности может достигаться либо путем изменения образа жизни, либо посредством фармакологической коррекции. Однако при многочисленности сообщений о случаях осложнений СД 2 типа у детей, исследований эффективности терапевтических подходов у педиатрических пациентов проводится очень мало. Данные многолетних многоцентровых исследований по эффективности пероральных



сахароснижающих препаратов у детей и подростков отсутствуют; только метформин прошел рандомизированные двойные слепые плацебо-контролируемые исследования у подростков с НТГ и СД 2 типа. В большинстве случаев, детские эндокринологи вынуждены пользоваться алгоритмами терапевтической практики, применяемыми у взрослых пациентов с СД 2 типа. Несмотря на то, что патофизиологические процессы, лежащие в основе СД 2 типа у детей, в целом те же, что и у взрослых, в детском и подростковом возрасте заболевание имеет ряд особенностей, которые играют важную роль при выборе терапевтической тактики.

Во-первых, у детей с впервые выявленным СД дифференциальная диагностика типа диабета может вызывать серьезные затруднения [8,9]. У 30–45% подростков с СД 2 типа наблюдается острая манифестация заболевания с симптомами кетоацидоза. С другой стороны, СД 1 типа в момент манифестации все чаще регистрируется у детей с ожирением. Это вызывает необходимость проведения дифференциальной диагностики типа диабета во всех случаях выявления заболевания у пациентов с ожирением. Исследование секреции инсулина по уровню иммунореактивного инсулина (ИРИ) и/или С-пептида натощак и в условиях нагрузки глюкозой или углеводистым завтраком (в зависимости от степени нарушения углеводного обмена), определение иммунологических маркеров СД 1 типа и эффективность проводимой пероральной терапии в конечном счете позволяют достаточно успешно проводить дифференциальную диагностику. СД 2 типа у детей, несмотря на его растущую распространенность, остается достаточно редким заболеванием в сравнении с диабетом 1 типа, при этом надежных клинических индикаторов, позволяющих быстро установить диагноз, нет. Поэтому по мере поступления новой диагностической информации терапевтическая тактика может меняться.

Во-вторых, пубертатный период характеризуется психологической и эмоциональной нестабильностью, что может негативно влиять на приверженность пациента к режимам терапии.

В-третьих, помимо патологической инсулинорезистентности, характерной для СД 2 типа, у пациентов этого возраста имеет место также физиологическая инсулинорезистентность, свойственная пубертатному периоду, которая снижается при достижении половой зрелости. Это требует соответствующей коррекции терапии, направленной на снижение инсулинорезистентности.

Наконец, выбор терапевтической тактики осложняется тем, что долгосрочные исследования безопасности и эффективности применения пероральных сахароснижающих препаратов у детей не проводились [8].

Изменение образа жизни

С учетом патофизиологических механизмов заболевания начальные меры при лечении СД 2 типа должны быть направлены на коррекцию основных факторов развития инсулинорезистентности – ожирение, несбалансированное питание и сидячий образ жизни [10]. Однако многочисленные исследования таких мероприятий, проведенные среди взрослых больных, показали неоднозначные результаты. У подростков комплаентность в отношении изменения образа жизни выражена еще меньше. В дополнение к этому, члены семей подростков с СД 2 типа часто сами имеют ожирение, не сдержанны в еде и ведут сидячий образ жизни. Поэтому в большинстве случаев при планировании тактики лечения юных пациентов этот негативный фактор должен быть принят во внимание. Кроме того, со всеми членами семьи должна проводиться разъяснительная работа.

Обучение

Поскольку диабет у юных пациентов, в отличие от взрослых, может быть первоначально расценен как диабет 1 типа, важ-

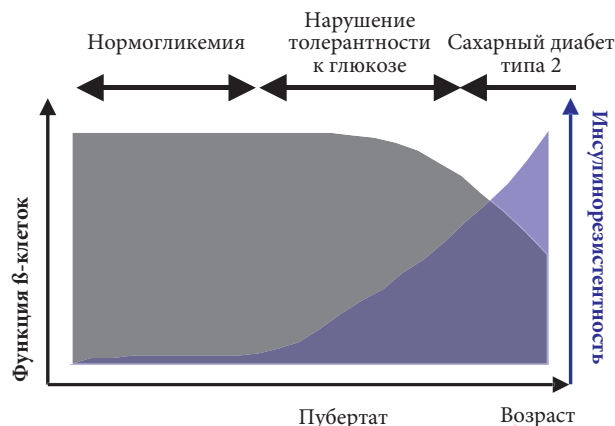


Рис. 1. Инсулинорезистентность и функция β-клеток

но, чтобы они прошли обучение в соответствии с правильным диагнозом, и как можно скорее. Обучение должно быть сосредоточено на объяснении различий в этиологии и патогенезе СД 1 и 2 типа, особое внимание следует уделять необходимости существенного изменения образа жизни. Обучающие курсы необходимо повторять регулярно. В противном случае пациенты быстро возобновляют свои старые привычки. Все члены семьи должны оказывать поддержку пациенту. Несмотря на то, что родители могут считать, что подростки в состоянии взять на себя личную ответственность, многочисленные исследования показывают, что участие семьи в изменении образа жизни пациента необходимо для достижения оптимальных терапевтических результатов.

Диета

Опыт показывает, что мероприятия по коррекции питания должны быть направлены на постепенное, длительное снижение веса. Даже небольшая потеря веса может заметно улучшить показатели гликемического контроля и снизить инсулинорезистентность. Помимо снижения веса, целью диетических мероприятий должно быть достижение оптимального метаболического контроля уровня глюкозы крови и уменьшение содержания липидов и липопротеинов. Внимание специалиста

недидактика

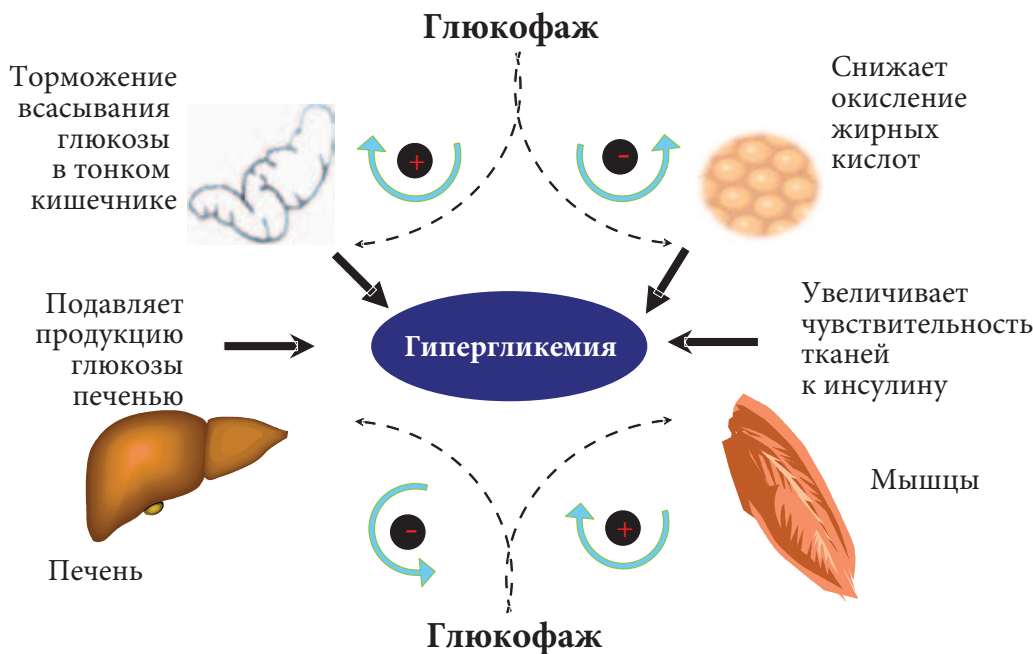


Рис. 2. Места воздействия препарата

должно быть также направлено на выявление нарушений пищевого поведения у подростков с СД 2 типа, в том числе скрываемых ими погрешностей в питании. Как показывают исследования, диета, бедная углеводами или включающая продукты с низким гликемическим индексом, приводит к большей потере веса у подростков с ожирением, чем обезжиренная диета. Однако соответствующих исследований у детей с СД 2 типа не проводилось.

Физические нагрузки

Рутинные физические нагрузки и увеличение ежедневной физической активности имеют первостепенное значение в управлении СД 2 типа, о чем свидетельствует показатель гликемического контроля. Учитывая, что подростки с СД 2 типа и выраженным ожирением очень плохо переносят физические нагрузки, их необходимо поощрять к любой рутинной физической деятельности, как минимум, два-три раза в неделю.

Фармакологические препараты

Без сомнения, все пациенты с острой манифестацией заболева-

ния в состоянии кетоза и кетоацидоза нуждаются в незамедлительной инсулинотерапии, независимо от типа диабета. По мере компенсации заболевания пациенты с ожирением и сохраненной или повышенной секрецией инсулина могут быть переведены с инсулина на пероральные сахароснижающие препараты.

У небольшого количества пациентов с мягкой манифестацией заболевания, не требующей неотложной инсулинотерапии, мероприятия по изменению образа жизни дают хороший эффект. Но большинство пациентов плохо выполняют предписанные рекомендации, следствием чего является сохранение избыточного веса и недостаточный гликемический контроль. Это приводит к тому, что большинство подростков уже в начале заболевания нуждается в медикаментозной терапии. Однако каких-либо рекомендаций по выбору стартового препарата для этих пациентов не существует. Кроме того, к настоящему времени доступные сахароснижающие препараты не были соответствующим образом изучены в педиатрической практике. Это особенно

касается использования комбинированной терапии с целью улучшения контроля гликемии или применения фармакологических препаратов в сочетании с мероприятиями по изменению образа жизни.

Существующие в настоящее время пероральные сахароснижающие препараты делятся на три подгруппы:

1. сенситайзеры инсулина (метформин и тиазолидиндионы) – препараты, улучшающие чувствительность к инсулину, они позволяют снизить уровень гликемии без стимуляции секреции инсулина;
2. секретогоги (стимуляторы секреции) инсулина (препараты сульфонилмочевины и аналоги меглитинида);
3. ингибиторы глюкозидазы, которые замедляют всасывание углеводов в кишечнике (акарбоза).

В качестве дополнительной терапии у детей СД 2 типа могут применяться препараты, способствующие снижению веса (субитамин, орлистат и аднергические агенты центрального действия) [10]. Наконец, новые препараты, такие как аналоги ГПП-1 (экзенатид) и ингибиторы ДПП-4, которые недавно появились в практическом здравоохранении, в будущем могут применяться в лечении СД 2 типа у подростков, однако на данный момент сообщений об исследованиях этих препаратов в педиатрической практике нет.

Метформин в лечении СД 2 типа у детей и подростков

Метформин снижает продукцию глюкозы в печени и повышает утилизацию ее мышечной тканью. «Точки приложения» действия метформина представлены на рис. 2.

Основным действием метформина является его повышение чувствительности тканей к инсулину. В сравнении, действие препаратов сульфонилмочевины или инъекций экзогенного инсулина направлено на компенсацию недостаточности секреции инсулина.

Глюкофаж®

Теперь и в детской практике

**Глюкофаж® – эффективное
и безопасное лечение
сахарного диабета 2-го типа
у детей**

- Единственный таблетированный сахароснижающий препарат, разрешенный к применению у детей и подростков начиная с 10 лет
- Только Глюкофаж® разрешен к применению у детей в Европе и США, с сентября 2008 года – в России
- Эффективно улучшает гликемический контроль у детей с сахарным диабетом 2-го типа
- Хорошо переносится детьми
- Максимальная суточная доза – 2000 мг



Реклама

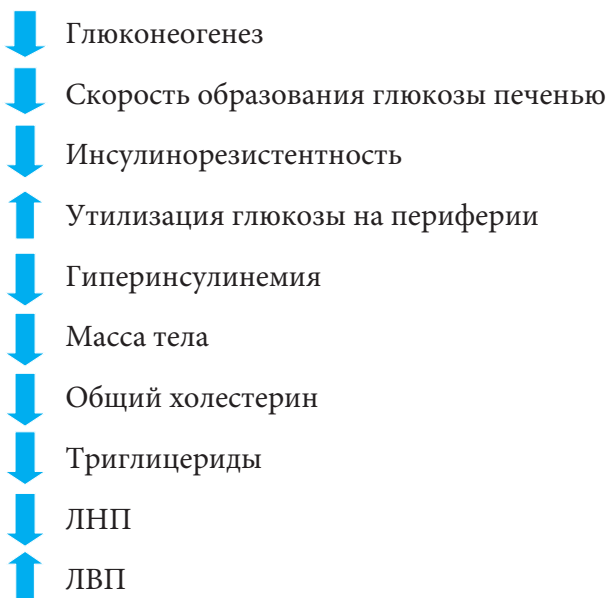


Рис. 3. Эффекты метформина (Глюкофажа)

Препараты метформина используются у взрослых пациентов с СД 2 типа уже более 50 лет. За эти годы проведено огромное количество клинических испытаний препарата Глюкофаж (метформин) с участием 89 миллионов пациентов. На рис. 3 представлены клинические эффекты метформина у взрослых больных с СД 2 типа.

В настоящее время доказано, что инсулинорезистентность является достоверным фактором риска кардиоваскулярных заболеваний (сочетание этих патологий получило название «инсулинорезистентный синдром» или «синдром Х»). Этим объясняется эффект метформина в снижении риска развития кардиоваскулярных заболеваний.

При условии адекватности инсулиновой секреции метформин может использоваться как единственный препарат для снижения инсулинорезистентности. Преимущество метформина как начального препарата при лечении СД 2 типа заключается в умеренном снижении веса, уменьшении концентрации инсулина в сыворотке крови и улучшении липидного профиля [11]. Кроме того, метформин в настоящее время – это единственный пероральный сахароснижающий препарат, одобренный для использования у подрост-

ков. В России, Европе и США один из препаратов этой группы – Глюкофаж разрешен к использованию в педиатрической практике, начиная с 10-летнего возраста.

В 16-недельном рандомизированном мультицентровом плацебо-контролируемом исследовании, проведенном Jones K.L. с соавт. с участием российских исследователей [12], была подтверждена безопасность и эффективность применения метформина для лечения СД 2 типа у детей и подростков [13]. 82 подростка с СД 2 типа в возрасте 10–16 лет принимали метформин в дозе 1000 мг дважды в день. Использование метформина привело к значительному снижению уровня глюкозы в плазме натощак и уровня HbA1c (в сравнении с плацебо 7,5% против 8,6% соответственно). Кроме того, среднее содержание общего холестерина в сыворотке крови снизилось в группе, получающей метформин, по сравнению с небольшим увеличением в группе плацебо. Средний вес в большей степени снизился в группе, получавшей метформин (–1,5 кг против –0,9 кг в группе плацебо). Как и у взрослых пациентов, наиболее частыми нежелательными явлениями были боли в области желудка (25% против 12% в группе плацебо), диарея, тошнота, рвота (17% против 10% в группе плацебо), головная боль. Не было отмечено случаев клинической гипогликемии, лактацидоза или клинически значимых изменений физического состояния. Не зафиксировано случаев прекращения приема метформина из-за нежелательных эффектов со стороны ЖКТ.

Еще одно значимое рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое 6-месячное исследование метформина в дозе 1000 мг/сут было проведено у 29 подростков в возрасте 12–19 лет с ожирением (без СД), ближайшими родственниками которых были пациенты с СД 2 типа. Лечение метформином существенно снижало уровень глюкозы и инсулина плазмы ($p < 0,02$) по сравнению с исходными пока-

зателями, тогда как прием плацебо не оказывал значимого влияния на указанные параметры. Более того, индекс массы тела значительно снижался на фоне приема метформина, в отличие от плацебо [14].

По данным долгосрочного (5-летним) ретроспективного анализа наблюдения 89 афроамериканских и латиноамериканских пациентов молодого возраста с СД 2 типа, у 45% уровень HbA1c ниже 7% достигался путем применения оральных сахароснижающих препаратов (метформин и/или глипизид), у 18% использовался инсулин (0,4 ЕД/кг/день) в дополнение к оральным препаратам, и у 37% не требовалось никакого лечения [15].

Противопоказания и побочные эффекты

Осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта, такие как дискомфорт и диарея, наблюдаются у 50% лечившихся пациентов, и в большинстве случаев являются транзиторными. Примерно у 10% пациентов развивается дефицит витамина B12, который может быть также вызван изменениями в питании. Лактацидоз – потенциально опасное для жизни состояние, которое может быть связано с приемом метформина. Однако, метаанализ 40 000 пациентов, получавших метформин, не выявил повышения частоты лактацидоза даже при наличии противопоказаний для его применения [16]. В дополнение к этому, недавнее исследование более 7000 взрослых пациентов, получавших метформин в комбинации с диетой и/или препаратами сульфонилмочевины, не выявило ни одного случая лактацидоза [17]. Поэтому в настоящее время считается, что риск развития лактацидоза при применении метформина является чрезвычайно низким.

Метформин противопоказан больным с заболеваниями почек, нарушениями функции печени, при чрезмерном употреблении алкоголя, а также всем пациентам с риском тканевой гиперперфузии и гипоксическими состояниями



(астма и тяжелое инфекционное заболевание). Метформин также должен быть отменен перед радиографическими исследованиями с использованием контрастных препаратов.

Дозирование

Для уменьшения побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта, титрация дозы метформина должна проводиться постепенно, начиная с 500 мг ежедневно перед сном; при отсутствии гастроинтестинального дискомфорта дозу в течение недели увеличивают до 500 мг два раза в день во время приема пищи; каждую последующую неделю доза увеличивается на 500 мг/сут. Эффективная доза составляет приблизительно 2000 мг/сут, максимальная рекомендуемая ежедневная дозировка – 2500 мг. Применение про-

лонгированных препаратов 1 раз в сут, может уменьшить количество побочных эффектов, но стоимость такого лечения будет выше. Что касается других пероральных сахароснижающих препаратов, в настоящее время пока не получено одобрения использования их у подростков ни в США, ни в Европе, но ожидается, что в будущем оно будет одобрено.

Заключение

Сахарный диабет 2 типа у детей и подростков все чаще встречается в клинической практике педиатров-эндокринологов. У детей, как и у взрослых, основными факторами патогенеза сахарного диабета являются инсулинорезистентность и дисфункция β -клеток поджелудочной железы. Снижение инсулинорезистентности с помощью мероприятий по изме-

нению образа жизни и характера питания у пациентов этого возраста является сложной задачей, что обуславливает необходимость фармакологической коррекции. Проведенные клинические исследования показали: эффективность и безопасность применения метформина у детей сходна с таковой у взрослых, что подтверждает возможность использования препарата для лечения СД 2 типа у детей. Препарат метформина Глюкофаж одобрен к применению при СД 2 типа у детей старше 10 лет в качестве монотерапии, а также в комбинации с инсулином, в странах Европы, США и России. Однако по-прежнему существует острая необходимость в проведении дальнейших клинических исследований пероральных сахароснижающих препаратов у детей с СД 2 типа. ☀

Литература

← с. 78

Справка

Сахарный диабет 2 типа (инсулиннезависимый диабет) – метаболическое заболевание, характеризующееся хронической гипергликемией, развивающейся в результате нарушения секреции инсулина или механизмов его взаимодействия с клетками тканей. Этот тип заболевания обусловлен снижением чувствительности тканей к действию инсулина (инсулинорезистентность), который на начальных стадиях заболевания синтезируется в нормальных или даже повышенных количествах. Диета и снижение массы тела пациента в некоторых случаях помогают нормализовать углеводный обмен и снизить синтез глюкозы в печени из неуглеводистого сырья. Со временем избыточная секреция инсулина истощает β -клетками поджелудочной железы, что делает необходимыми инъекции инсулина.

Диабет 2 типа составляет 85–90% от всех типов сахарного диабета и наиболее часто развивается у людей старше 40 лет, и, как правило, ассоциирован с ожирением. Заболевание прогрессирует медленно. Для него характерны второстепенные симптомы, кетоацидоз развивается редко. С течением времени развиваются осложнения: микро- и макроангиопатия, нефро- и нейропатия, ретинопатия и другие.

Сахарный диабет 2 типа является наследственным заболеванием. Подавляющее большинство лиц с этим типом заболевания имеют избыточную массу тела. Само по себе ожирение является одним из се-

рьезных факторов риска развития сахарного диабета 2 типа.

Сахарный диабет проявляется повышением уровня глюкозы в крови, понижением способности тканей захватывать и утилизировать глюкозу и повышением мобилизации альтернативных источников энергии – аминокислот и свободных жирных кислот.

Высокий уровень глюкозы в крови и различных биологических жидкостях вызывает повышение их осмотического давления – развивается осмотический диурез (повышенная потеря воды и солей через почки), приводящий к дегидратации (обезвоживанию) организма и развитию дефицита катионов натрия, калия, кальция и магния, анионов хлора, фосфата и гидрокарбоната. У больного с сахарным диабетом возникают жажда, полиурия (частое обильное мочеотделение), слабость, повышенная утомляемость, сухость слизистых оболочек несмотря на обильное питье воды, мышечные подергивания, сердечные аритмии и другие проявления дефицита электролитов.

Кроме того, повышенный уровень глюкозы в крови и биологических жидкостях усиливает неферментативное гликозилирование белков и липидов, интенсивность которого пропорциональна концентрации глюкозы. В результате нарушается функционирование многих жизненно важных белков и, как следствие, развиваются многочисленные патологические изменения в разных органах



Аналоги инсулина у детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа – современный высокотехнологичный метод терапии

Д.м.н., проф. Т.Л. КУРАЕВА

Инсулиновые аналоги – группа препаратов инсулина, полученных с помощью современных методов генной инженерии путем модификации структуры молекулы человеческого инсулина, которая не приводит к нарушению его активности, но изменяет фармакокинетические свойства препарата.

В конце прошлого века с появлением высококачественных человеческих инсулинов и нового базисно-болюсного принципа инсулинотерапии, заменившего ранее применяемую схему введения коктейля из животных инсулинов разной продолжительности действия, удалось добиться значительного прорыва в возможности осуществления компенсации сахарного диабета (СД). В то же время все более очевидным становится отличие фармакокинетических свойств вводимых экзогенных инсулинов от физиологического профиля инсулинемии в здоровом организме. Так, вводимый перед приемом пищи простой инсулин слишком медленно всасывается и долго выводится из кровяного русла, что вызывает чрезмерную постпрандиальную гипергликемию и повышенный риск гипогликемии спустя 3–4 часа после введения. Пролонгированные ин-

сулины имели недостаточную длительность и выраженный пик действия, в связи с чем их приходилось вводить до 3–4 раз в сутки, что тем не менее не позволяло добиться желаемого эффекта. В идеале препарат базального инсулина должен обеспечивать ровную и стабильную концентрацию гормона, характерную для для пациентов без сахарного диабета. Кроме того, выраженная вариабельность действия препарата не позволяла подобрать оптимальную для компенсации диабета дозу [1]. Появление инсулиновых аналогов ознаменовало новую эру в диабетологии. Применение их оказалось наиболее важным в детском и подростковом возрасте, а также у молодых пациентов, у которых компенсация заболевания является наиболее сложной задачей, а риск развития специфических осложнений, напрямую связанный со степенью метаболического контроля, наиболее высок [2].

Аналоги инсулина ультракороткого действия

К данной группе аналогов относятся инсулин лизпро (*Хумалог*), инсулин аспарт (*НовоРапид*), инсулин глулизин (*Апидра*[®]). Структура новых инсулинов идентична человеческому инсулину, отличие заключается в инверсии (взаимной замене) двух аминокислотных остатков лизина и пролина в положениях В29 и В28 соответственно (препарат Хумалог) или замене пролина в 28 положении В-цепи молекулы инсулина на аспарагиновую кислоту (НовоРапид). Это изменение положения аминокислот не изменило биологической активности В-цепи, но позволило уменьшить процессы самоассоциации молекул инсулина и увеличить скорость всасывания препарата из подкожного депо. При получении Апидры произведена замена аспарагина на лизин в положении В3, а в положении В29 – лизина на глутамин, благодаря чему Апидра, в отличие от других ультракоротких аналогов, сохраняет стабильность в растворе в виде димеров и мономеров без добавления цинка [1].

При подкожном введении Хумалог, НовоРапид и Апидра имеют более быстрое начало и пик действия, соответствующие уровню посталиментарной гипергликемии, и меньшую продолжительность



действия в сравнении с растворимым человеческим инсулином. Это дает возможность вводить препараты непосредственно перед приемом пищи (или после) и позволяет избежать дополнительных перекусов.

Скорость всасывания и пиковые уровни быстродействующих аналогов инсулина в два раза выше, чем у человеческого инсулина. Продолжительность действия препаратов составляет 3–4 часа. Другое отличие, имеющее клиническое значение, заключается в том, что анатомическая локализация инъекции меньше влияет на скорость всасывания препарата. Время пика и общая продолжительность действия не зависят от дозы инсулина, как при введении простого человеческого инсулина. В ряде исследований доказано, что у больных, получающих быстродействующие инсулины, наблюдается достоверно менее выраженная степень постпрандиальной гипергликемии и снижение такого важного показателя компенсации углеводного обмена,

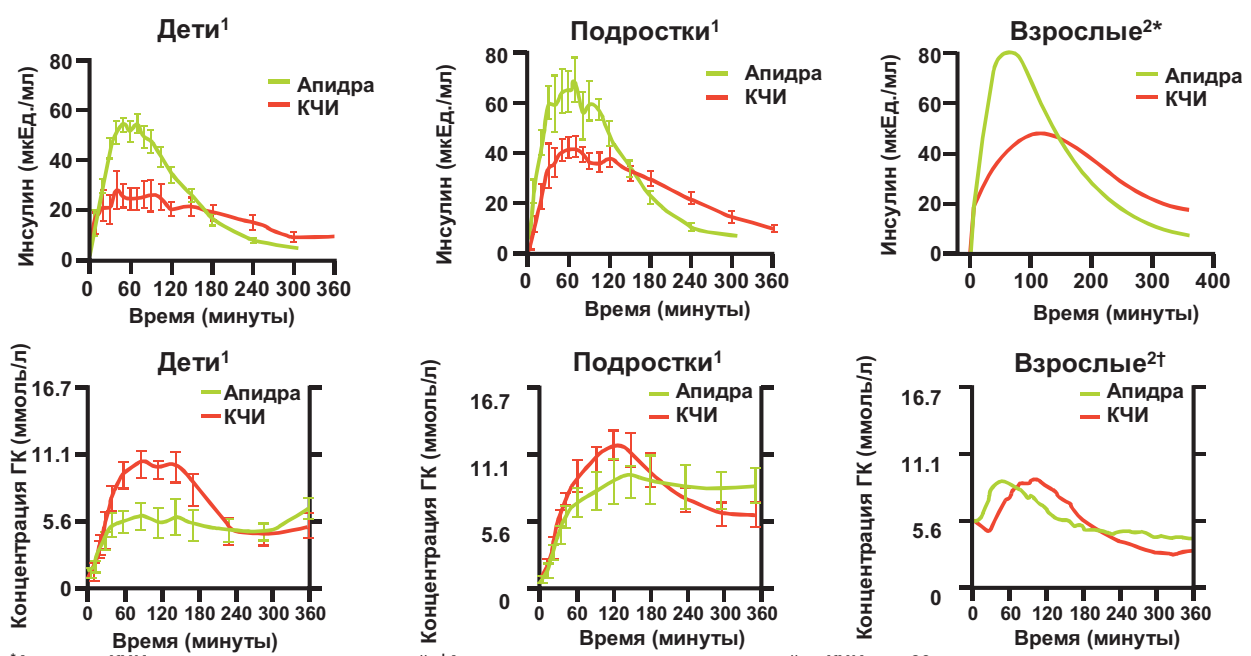
как гликированный гемоглобин HbA1c [3, 4, 5]. Еще одним важным эффектом ультракоротких аналогов инсулина является снижение частоты ночных гипогликемий [9]. Данное свойство этих препаратов обусловлено тем, что при их применении отсутствует «шлейф» действия инсулина, введенного перед ужином, что характерно для простого короткого инсулина.

Инсулин Апидра был зарегистрирован к применению у детей в РФ в 2009 году. На рис. 1 представлена фармакокинетическая и фармакодинамическая характеристика препарата, которая не зависит от возраста пациентов [6, 7].

Для оценки эффективности и безопасности применения инсулина Апидра у детей и подростков было проведено крупное многоцентровое международное исследование, проходившее в 65 центрах мира, включая Россию. В исследование вошло 572 детей и подростков с СД 1 типа в возрасте 4–17 лет, которые в течение 26 недель получали инсулины глужизин или лизпро. В качестве базального препа-

Появление инсулиновых аналогов ознаменовало новую эру в диабетологии. Применение их оказалось наиболее важным в детском и подростковом возрасте, а также у молодых пациентов, у которых компенсация заболевания является наиболее сложной задачей, а риск развития специфических осложнений, напрямую связанный со степенью метаболического контроля, наиболее высок.

рата пациенты получали инсулин гларгин либо НПХ. Целью исследования было доказательство гипотезы «не хуже» для инсулина глужизин по сравнению с инсулином лизпро. В конце исследования у пациентов наблюдались сопоставимые показатели гликированного гемоглобина, различия в частоте гипогликемий, а также неблагоприятных событий в период исследования отсутствовали [8, 9].



¹Апидра и КЧИ непосредственно перед едой; ²Апидра непосредственно перед едой, а КЧИ – за 30 мин. до еды. Дети и подростки: Апидра и КЧИ – непосредственно перед едой; ФК = фармакокинетика; ФД = фармакодинамика; КЧИ = короткий человеческий инсулин; ГК = глюкоза крови

ФК – фармакокинетика, ФД – фармакодинамика

Рис.1. Инсулин глужизин (Апидра): одинаковые профили ФК/ФД у детей, подростков и взрослых

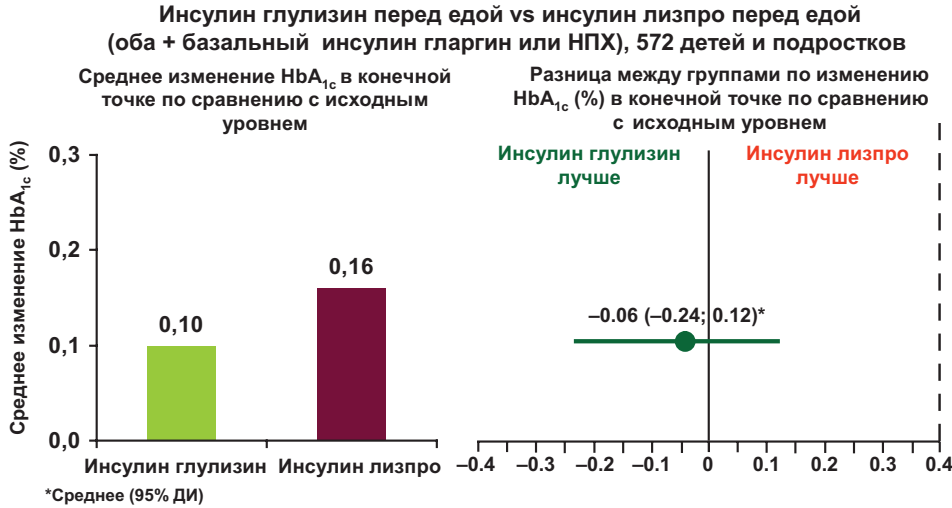


Рис. 2. Сопоставимое изменение HbA_{1c} по сравнению с исходным уровнем на фоне инсулина глулизин и инсулина лизпро

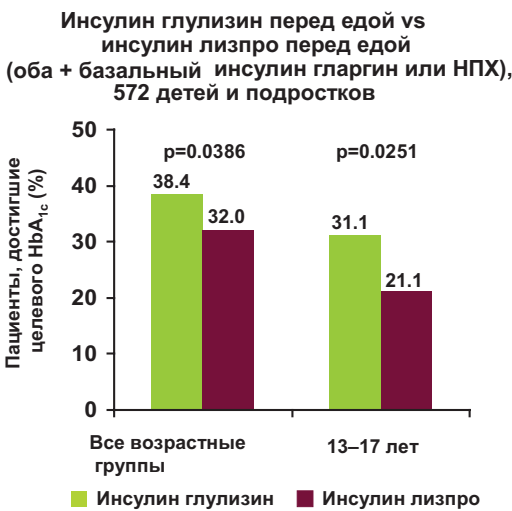


Рис. 3. Доля пациентов, достигших в конечной точке целевого HbA_{1c}, установленного ADA* для данного возраста

*ADA – Американская диабетическая ассоциация

Однако среди пациентов, получавших инсулин Апидра, отмечалась более высокая частота достижения целевого уровня HbA_{1c}, что было особенно выражено в группе подростков 13–17 лет (рис. 2, 3). Большинство пациентов предпочитают лечение инсулиновыми аналогами ультракороткого действия, мотивируя это большим удобством в применении (возможность делать инъекции непосредственно перед едой), быстрым сахароснижающим эффектом при случайной гипергли-

кемии, более легким управлением диабетом в нестандартных ситуациях, уменьшением количества гипогликемических состояний, а также возможностью при желании несколько расширить диету за счет легкоусвояемых углеводов. Таким образом, к преимуществам использования быстродействующих аналогов инсулина следует отнести:

1. Улучшение состояния углеводного обмена:
 - снижение уровня постпрандиальной гликемии;
 - снижение уровня гликированного гемоглобина (в основном при одновременной оптимизации базальной инсулинотерапии).
2. Улучшение качества жизни больных:
 - удобство применения (непосредственно перед едой);
 - возможность применения после еды (при изменяющемся аппетите);
 - уменьшение риска гипогликемий, в том числе и в ночное время;
 - гибкость режима питания [2].

Базальные беспиковые аналоги инсулина

К этой группе препаратов относятся инсулин гларгин (*Лантус*) и инсулин детемир (*Левемир*) [1, 2]. Структура инсулина гларгина отличается от структуры челове-

ческого инсулина тремя аминокислотными остатками: глицин вместо аспарагина в положении A21, и два остатка аргинина, присоединенные к карбоксильному концу В-цепи в положениях В31 и В32. Эти изменения структуры привели к смещению изоэлектрической точки молекулы в сторону более нейтральных значений (с рН 5,4 до 7,0), благодаря чему инсулин лучше растворяется в кислом содержимом флакона, но становится нерастворимым при нейтральном рН в подкожной клетчатке. Образование микропреципитатов в месте инъекции замедляет поступление инсулина гларгин в кровоток. Замена глицина на аспарагин в положении A21 сделала более стабильной гексамерную структуру инсулина. Благодаря этим изменениям инсулин гларгин медленно всасывается из подкожной клетчатки, дает длительный эффект и обеспечивает постоянную базальную концентрацию инсулина [2].

Молекулярная структура инсулина детемир отличается от структуры человеческого инсулина отсутствием аминокислоты треонин в положении В30 и присоединением к лизину в положении В29 жирнокислотного остатка из 14 атомов углерода (С14) – миристиновой кислоты. Таким образом, к каждому мономеру инсулина детемир присоединена боковая цепочка миристиновой кислоты, которая может связываться с альбумином в депо (подкожно-жировой клетчатке), в циркуляции (кровяном русле) или в интерстиции (в органах-мишенях). Ацилирование молекулы инсулина жирной кислотой не только обеспечивает связывание с альбумином, но также усиливает самоассоциацию гексамеров инсулина. В основном механизм пролонгированного действия инсулина обусловлен более длительным всасыванием из подкожного депо; обратимое связывание с альбумином в плазме также играет некоторую роль в дальнейшей пролонгации действия.



Продолжительность действия инсулина гларгин достигает 24 часов. Препарат вводится один раз в сутки всегда в одно и то же время, у подростков предпочтительнее введение в вечерние часы. Начальная доза составляет 80% от суммарной суточной дозы пролонгированного инсулина. Дальнейшая титрация дозы проводится по показателям глюкозы крови натощак и в ночные часы с учетом уровня гликемии перед сном. Уровень гликемии после завтрака, в дневные и вечерние часы регулируется инсулином короткого или ультракороткого действия. Назначение Лантуса позволяет избежать дополнительных инъекций короткого инсулина в ранние утренние часы у большинства подростков с феноменом «утренней зари», а также уменьшает лабильность течения сахарного диабета у многих больных.

Инсулин детемир обладает дозозависимой длительностью действия [T. Neise et al., 2004]. При дозе 0,4 ЕД/кг длительность действия инсулина составляла 20 ч, при дозе более 0,4 ЕД/кг – 22–24 часа. В нашей практике подавляющее большинство пациентов вводят препарат два раза в сутки. У детей первых лет жизни вследствие низкой потребности в базальном инсулине в ночные часы уровень гликемии нередко может быть компенсирован однократным утренним введением препарата. Клинический опыт показывает, что у детей первых лет жизни потребность в базальном инсулине выше в дневные часы, а у подростков – в ночные. В связи с этим двукратный режим введения инсулина, позволяющий дозировать его ночной и дневной фон, является преимуществом у ряда больных.

Многочисленные исследования посвящены эффективности и безопасности применения базальных инсулиновых аналогов у детей и подростков. Убедительно доказано снижение variability действия базальных инсулиновых

аналогов. Было установлено, что при использовании как инсулина гларгин, так и инсулина детемир, происходит достоверное снижение утренней гликемии, уровня гликированного гемоглобина, снижение частоты гипогликемий, как дневных, так и ночных, в том числе и тяжелых. Снижение частоты гипогликемий происходит благодаря не только максимальному приближению профиля действия базальных и ультракоротких аналогов к физиологической инсулинемии, но и вследствие снижения variability их действия, что позволяет создать предсказуемую концентрацию инсулина в крови. При терапии инсулином детемир наблюдается снижение массы тела или отсутствие ее прибавки, что чрезвычайно важно для подростков, склонных к ожирению. В открытом 6-месячном исследовании, включавшем 80 детей и подростков с СД 1 типа в возрасте от 2 до 19 лет, получавших интенсифицированную инсулинотерапию инсулином Лантус (1 раз в сутки) в сочетании с прандиальным инсулином (простым человеческим или ультракоротким аналогом), было получено достоверное снижение уровня гликированного гемоглобина во всех возрастных группах (рис. 4) при достоверном снижении уровня гликемии натощак и суточной потребности в инсулине [10].

Непрерывная подкожная инфузия инсулина (НПИИ) с помощью

В ряде исследований доказано, что у больных, получающих быстродействующие инсулины, наблюдается достоверно менее выраженная степень постпрандиальной гипергликемии и снижение такого важного показателя компенсации углеводного обмена, как гликированный гемоглобин HbA1c.

инсулиновых помп в настоящее время считается наиболее эффективным методом заместительной терапии у больных сахарным диабетом. В работе Garcia-Garcia E. и соавт. [12] проведено исследование долгосрочной эффективности и безопасности инсулина гларгин в режиме базально-болюсной инсулинотерапии по сравнению с НПИИ у детей и подростков с СД 1 типа в течение 2 лет. Критерии включения: пациенты с СД1 типа (n = 32) в возрасте $12,5 \pm 2,4$ лет, имеющие $HbA1c > 7,5\%$ ($> 8\%$ для пациентов в препубертатном периоде) или частые эпизоды гипогликемий, диагноз СД поставлен до 14 лет, терапия НПХ-инсулином 3 раза/сут в комбинации с инсулином лизпро 3 раза/сут. Инсулин гларгин пациенты получали 1 раз в сутки, инсулин лизпро – 3 раза перед едой (n = 24). На помповой инсулинотерапии находились 8 пациентов. Были получены близ-

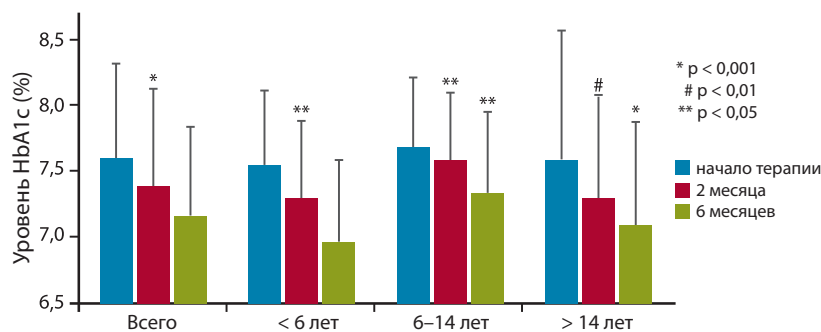


Рис. 4. Инсулин гларгин эффективно снижает уровень HbA1c во всех группах терапии у детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа

медиа



Таблица 1. НППИ и инсулин гларгин в режиме базально-болюсной терапии сопоставимы по эффективности и безопасности у детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа

	Инсулин гларгин (n = 24)	НППИ (n = 8)	P
Исходный HbA1c (%)	7,82	7,62	0,4
HbA1c (%) в конечной точке	7,54	7,70	0,8
Суточная доза инсулина, МЕ/кг	1,05	0,95	0,4
Тяжелые гипогликемии/ пациент/год	0,04	0,00	0,8
Кетоацидоз/пациент/год	0,04	0,20	0,2

кие показатели по уровню HbA1c, потребности в инсулине, частоте гипогликемий и диабетического кетоацидоза (табл. 1).

Таким образом, было показано, что использование инсулина гларгин в терапии СД 1 типа у детей и подростков близко по эффективности к терапии инсулиновыми помпами, считающимися золотым стандартом современной инсулинотерапии.

Заключение

Проводимая в последние годы терапия сахарного диабета с помощью инсулиновых аналогов является новым, эффективным и безопасным методом лечения, позволяющим достигать целевых уровней углеводного обмена у больных при одновременном снижении риска гипогликемий. Целью перевода пациентов на инсулиновые аналоги является профилактика специфиче-

ческих осложнений сахарного диабета и повышение качества жизни детей и подростков с сахарным диабетом.

Инсулиновые аналоги ультракороткого действия и беспиковые базальные инсулиновые аналоги в настоящее время признаны всем мировым медицинским сообществом как лучшие инсулиновые препараты, том числе и для использования в педиатрической практике.

Применение инсулиновых аналогов ультракороткого действия и беспиковых пролонгированных аналогов в детской практике также рекомендуется ISPAD [13]. **В России у детей и подростков в последние годы рекомендованы к применению только человеческие генно-инженерные инсулины и инсулиновые аналоги, обеспечивающие лучший контроль гликемии и повышение качества жизни пациентов.** 🌸

Литература
с. 78 →

Справка

Сахарный диабет 1 типа (инсулинозависимый диабет, ювенильный диабет) – заболевание эндокринной системы, характеризующееся абсолютной недостаточностью инсулина, вызванной деструкцией бета-клеток поджелудочной железы. Диабет 1 типа может развиваться в любом возрасте, однако наиболее часто заболевают лица молодого возраста (дети, подростки, взрослые люди моложе 30 лет). В клинической картине преобладают классические симптомы: жажда, полиурия, потеря веса, кетоацидотические состояния.

В основе патогенетического механизма развития диабета 1 типа лежит недостаточность выработки инсулина эндокринными клетками (β-клетки островков Лангерганса поджелудочной железы), вызванное их разрушением под влиянием тех или иных патогенных факторов (вирусная инфекция, стресс, аутоиммунные заболевания и другие). Диабет 1 типа составляет 10–15% всех случаев диабета, чаще развивается в детском или подростковом периоде. Для этого типа диабета характерно появление основных симптомов, которые быстро прогрессируют с течением времени. Основным методом

лечения являются инъекции инсулина, нормализующие обмен веществ пациента. В отсутствие лечения диабет 1 типа быстро прогрессирует и приводит к возникновению тяжелых осложнений, таких как кетоацидоз и диабетическая кома, заканчивающиеся смертью больного.

Вследствие инсулиновой недостаточности, инсулинзависимые ткани (печеночная, жировая и мышечная) теряют способность утилизировать глюкозу крови и, как следствие, повышается уровень глюкозы в крови (гипергликемия) – кардинальный диагностический признак сахарного диабета. Вследствие инсулиновой недостаточности в жировой ткани стимулируется распад жиров, что приводит к повышению их уровня в крови, а в мышечной ткани – стимулируется распад белков, что приводит к повышенному поступлению аминокислот в кровь. Субстраты катаболизма жиров и белков трансформируются печенью в кетоновые тела, которые используются инсулиннезависимыми тканями (главным образом мозгом) для поддержания энергетического баланса на фоне инсулиновой недостаточности.

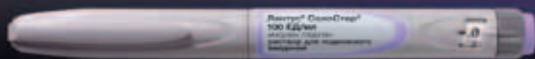
Правильный выбор

эффективного инсулина на старте



Реклама

Шаг навстречу пациенту



рег. удостоверение ЛСР-007047/09 от 07.09.2009 г.

ЛАНТУС  **СОЛОСТАР**
инсулин гларгин

Действует 24 часа. День за днем.

RU.GLA.10.1002

sanofi aventis
Главное – здоровье

Представительство АО «Санофи-авентис груп» (Франция), 115035, Москва, ул. Садовническая, 82, стр. 2
Тел.: (495) 721 14 00. Факс: (495) 721 14 11 www.sanofi-aventis.ru



Этиопатогенетическая терапия риносинуситов у детей

Д.м.н., проф. В.А. РЕВЯКИНА, к.м.н. А.С. АГАФОНОВ

Синусит – это воспаление слизистой оболочки околоносовых пазух независимо от вызвавшей его причины. В материале идет речь о том, какие предрасполагающие факторы характерны для этого заболевания, как протекает воспалительный процесс и какие препараты используются в комплексном лечении синуситов.

По данным ВОЗ, ежегодно 15% населения Земли болеют гриппом и острыми респираторными вирусными инфекциями. Наиболее частыми осложнениями гриппа и ОРВИ у детей являются воспалительные заболевания околоносовых пазух – синуситы, которые стали самыми распространенными хроническими заболеваниями во многих странах мира, в том числе и в России. Так, в США расходы, связанные с диагностикой и лечением риносинуситов, составляют 5–6 млрд долларов. Среди больных, находящихся на стационарном лечении в ЛОР-отделениях, 15–36% пациентов страдают синуситами [2]. Воздействие генетических и аллергенных факторов привело к существенно увеличению числа детей с аллергическими риносинуситами. Поэтому терапия острых и хронических риносинуситов является одной из самых актуальных проблем современного здравоохранения.

Терминология. Синусит – это воспаление слизистой оболочки

околоносовых пазух независимо от вызвавшей его причины. Синусит часто сопровождается воспалительными изменениями прилежащей слизистой оболочки носа, в таких случаях применяют термин «риносинусит». Итак, риносинусит – это воспаление слизистой оболочки носа и околоносовых пазух, обусловленное бактериальной или вирусной инфекцией, аллергической реакцией, физической травмой или другими факторами. В воспалительный процесс может быть вовлечена любая из околоносовых пазух. Наиболее распространенным является воспаление верхнечелюстной пазухи (гайморит), за ним следует этмоидит (решетчатая пазуха), фронтит (лобная), сфеноидит (клиновидная). У 80–90% детей раннего возраста преобладает острое воспаление решетчатых пазух, у детей дошкольного возраста (3–7 лет) чаще наблюдается сочетанное поражение решетчатых и верхнечелюстных пазух, а у детей старше 7 лет в патологический процесс вовлекаются верхнечелюстная

пазуха, затем решетчатая, лобная, клиновидная. Особенностью всех пазух является то, что, будучи достаточно объемными, они имеют очень небольшие выводные отверстия – соустья (1–3 мм), которые соединяют их с носовой полостью. При отеке слизистой оболочки соустья закрываются, нарушается отток слизи из пазух, отчего постепенно развивается воспаление. Соответственно, любое воспаление слизистой оболочки носовой полости приводит к развитию воспаления в пазухах носа. При воспалении воздух в синусе вместе с патологическим содержимым оказывает давление на стенки синуса и вызывает боль.

Риносинусит может быть односторонним или двусторонним, с вовлечением в процесс одной пазухи или поражением всех придаточных пазух носа (так называемый пансинусит). В большинстве случаев в воспалительный процесс вовлекаются несколько придаточных пазух носа, чаще всего поражается слизистая оболочка гайморовых пазух и пазух решетчатой кости (гайморит и этмоидит). Изолированное поражение лобной и клиновидной пазух (фронтит и сфеноидит) наблюдается крайне редко; такие заболевания в основном имеют бактериальную природу, и их течение существенно отличается от большинства случаев риносинусита. Риносинусит подразделяют на острый (длительность симптомов



< 4 недель), подострый (длительность симптомов от 4 до 12 недель) и хронический (длительность симптомов > 12 недель). Могут наблюдаться рецидивы острого риносинусита или обострения хронического риносинусита.

Предрасполагающие факторы развития риносинуситов:

- врожденные дефекты анатомических структур полости носа (искривление носовой перегородки, шипы и гребни носовой перегородки, гиперплазия слизистой оболочки, гипертрофия носовых раковин, опухоли);
- полипозные разрастания в воздухоносных проходах;
- нарушения в иммунной системе;
- аденоиды, аллергические заболевания носа;
- бактерионосительство;
- переохлаждение, несвоевременное и неправильное лечение обычной простуды, ОРВИ и ринита;
- заболевания зубов верхней челюсти.

У детей наиболее частыми предрасполагающими факторами развития риносинуситов являются анатомо-физиологические особенности. Так, формирование лицевого отдела черепа продолжается в течение 12 лет после рождения ребенка, с чем связаны различия в локализации воспалительного процесса в синусах у детей разных возрастных групп. В первые четыре года жизни наиболее частой формой синуситов является этмоидит. Это связано с тем, что к моменту рождения ребенка только решетчатый лабиринт может считаться практически сформированным. В дальнейшем увеличивается лишь объем его клеток. К четырем годам постепенно формируются гайморовы пазухи, соответственно увеличивается частота верхнечелюстных синуситов (гайморитов). Фронтиты и сфеноидиты встречаются преимущественно у детей 5–12 лет в связи с более поздним формированием пазух. После 12 лет воспалительные изменения могут возникнуть в любом из синусов или даже в нескольких; нередко встречается комбинированное поражение слизистой

оболочки верхнечелюстных пазух и решетчатого лабиринта. **Анатомические особенности** структур полости носа не только являются причиной нарушения дренажной и вентиляционной функции естественных соустьев, но и способствуют неправильному развитию самих околоносовых пазух (форма, размеры, диаметр соустьев).

К патофизиологическим факторам, способствующим прогрессированию воспалительного процесса в околоносовых пазухах, относятся:

- расстройство функции желез слизистой оболочки носа, приводящее к избыточному скоплению или недостатку секрета;
- изменение струи вдыхаемого и выдыхаемого воздуха в полости носа, что способствует нарушению газообмена в околоносовых пазухах;
- угнетение функции мерцательного эпителия слизистой оболочки носа.

Нарушение вентиляции в пазухах и увеличение давления воздуха в них ведет к развитию отека и воспаления в слизистой оболочке, что еще больше влияет на воздухообмен и дренирование пазух. Вследствие закрытия естественных соустьев возникает застой секрета слизистых желез, изменение рН, нарушение обмена веществ в слизистой оболочке, расстройство функции мерцательного эпителия, возможна активация условно-патогенной микрофлоры. Такие изменения, несомненно, являются благоприятным фоном для развития синуситов.

Таким образом, околоносовые пазухи могут инфицироваться через естественные соустья пазух. Как правило, первоначальное повреждение реснитчатого (мерцательного) эпителия пазух происходит благодаря действию вирусов, вызывающих респираторную инфекцию. Это приводит к угнетению двигательной активности мерцательного эпителия, скоплению секрета, вторичному присоединению бактериальной инфекции. Наиболее часто воспаление возникает в верхнечелюстной пазухе

Синусит часто сопровождается воспалительными изменениями прилежащей слизистой оболочки носа, в таких случаях применяют термин «риносинусит». Итак, риносинусит – это воспаление слизистой оболочки носа и околоносовых пазух, обусловленное бактериальной или вирусной инфекцией, аллергической реакцией, физической травмой или другими факторами.

(гайморит). Этому способствуют особенности строения выводного соустья верхнечелюстной пазухи. На втором месте по частоте стоит воспаление клеток решетчатого лабиринта (этмоидит), затем лобной пазухи (фронтит) и клиновидной пазухи (сфеноидит). Однако чаще воспаление возникает одновременно в нескольких пазухах. Среди этиологических факторов риносинусита у детей ведущими являются инфекция и аллергия. Для инфекционного риносинусита характерна четко выраженная сезонность роста заболеваемости (осенне-зимне-весенний период). Аллергический риносинусит также характеризуется сезонностью обострений (период цветения растений – весна, лето и ранняя осень), однако возможна и круглогодичная манифестация заболевания (при контакте ребенка с бытовыми аллергенами).

В зависимости от инфекционного агента выделяют вирусные и бактериальные риносинуситы у детей. Несмотря на то, что в большинстве случаев пусковым фактором риносинусита является респираторная вирусная инфекция (рино-, аденовирусы, вирусы гриппа и парагриппа, вирус Эпштейна–Барр и др.), изолированное вирусное поражение наблюдается не более чем в 5–10% случаев. Значительно чаще к вирусной инфекции присоединяется бактериальная. Это не случайно, поскольку респираторно-вирусная инфекция



не только вызывает отек и инфильтрацию слизистой оболочки полости носа и, соответственно, обструкцию выводящих отверстий синусов, но и нарушает функцию мерцательного эпителия, ухудшая клиренс и эвакуацию содержимого пазух, что создает благоприятные условия для развития бактериальной суперинфекции. Микробные ассоциации как причина острого риносинусита встречаются в 10% всех случаев. Необходимо отметить, что основным местом скопления и роста возбудителей в детском возрасте является лимфоидная ткань носоглотки (аденоиды). Часто именно с аденоидита начинается развитие риносинусита. Помимо инфекционных агентов, вызывающих воспалительные изменения слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, существует ряд предрасполагающих факторов: переохлаждение, механическое или химическое раздражение слизистой, соматическая патология, характеризующаяся нарушением неспецифической резистентности и иммунологической реактивности (муковисцидоз, синдром неподвижных ресничек, заболевания эндокринной системы и др.), анатомические особенности развития костей полости и придаточных пазух носа, наличие гипертрофированных аденоидных вегетаций. Нарушение иммунной системы ребенка, в том числе аллергия, могут не только предрасполагать к развитию риносинусита, но и модифицировать его течение.

Клинические проявления

Клинические проявления острого синусита складываются из общих и местных симптомов. К общим симптомам относятся слабость, головная боль, общее недомогание, лихорадка (хотя в некоторых случаях температура может оставаться нормальной). Местные симптомы включают в себя болезненную тяжесть в области проекции пазухи и в области корня носа. На стороне воспаления часто отмечаются заложенность носа, гнойные выделения из носа. Нередко появля-

ется слезотечение, нарушается обоняние и, как следствие, вкусовые ощущения. В раннем детском возрасте течение заболевания может быть бессимптомным. Однако заболевание может протекать и с выраженными симптомами: повышением температуры тела, явлениями интоксикации, реактивным отеком щеки и глаз, болью в области пазух, обильными гнойными выделениями из носа. У детей младшего возраста в воспалительный процесс вовлекаются клетки решетчатой кости и гайморовы пазухи. У них болезнь чаще развивается после ОРВИ, иногда с периодом общего улучшения между ОРВИ и появлением симптомов, связанных с синуситом. Самый распространенный симптом у всех детей, особенно младше 10 лет, – постоянные выделения из носа. Ринорея чаще бывает гнойной, но может быть серозной, а иногда и водянистой. У детей младшего возраста выделения из носа чаще носят слизистый или водянистый характер. Необходимо отметить, что цвет и характер выделений из носа не являются достоверными критериями бактериальной инфекции, так как и при ОРВИ через несколько дней после начала заболевания выделения из носа могут становиться слизисто-гнойными за счет присоединения нейтрофилов. При осмотре полости рта и глотки (орофарингоскопия) можно увидеть свободный экссудат, стекающий по задней стенке глотки. В некоторых случаях родители отмечают неприятный запах изо рта у ребенка. Ринит часто сопровождается кашлем, который усиливается при длительном течении заболевания. Повышение температуры тела у детей может быть выражено в разной степени и зависит от возраста и длительности заболевания. У маленьких детей в острый период высокая температура наблюдается чаще. Головная боль и боль в области пазух являются основными симптомами синусита у взрослых; у детей старшего возраста они наблюдаются в одной трети случаев и совсем редки у детей среднего и младшего возраста.

Хотя риносинуситы не относятся к категории тяжелых заболеваний, связанных со стойкой потерей трудоспособности, их связь с обострением бронхиальной астмы и такими грозными осложнениями, как менингиты и абсцессы мозга, является поводом для серьезного и ответственного отношения к лечению острых и хронических форм этой патологии.

Диагностика острых синуситов

При сборе анамнеза и клиническом осмотре следует обратить внимание на следующие симптомы:

- длительная ринорея с гнойно-слизистыми или водянистыми выделениями;
- затрудненное носовое дыхание, попеременная заложенность правой и левой половины носа;
- сухость слизистой оболочки в области глотки;
- обильное выделение слизистой или слизисто-гнойной мокроты по утрам;
- тяжесть или боль в области воспаленной пазухи; зубная боль, боль в области глаз, щек, скул;
- повышение температуры тела до 38°С и выше при остром течении; для хронических синуситов характерна субфебрильная температура;
- недомогание, слабость, раздражительность, быстрая утомляемость;
- светобоязнь, слезотечение, нарушение сна, отсутствие аппетита;
- отечность щеки и век;
- усиление симптомов при наклоне вперед («симптом завязывания шнурков»).

Хронический синусит

При отсутствии адекватного своевременного лечения развивается хронический синусит. Головные боли постепенно прекращаются, сменяясь ощущением тяжести, заложенность носа приобретает непостоянный характер (чаще всего в лежачем положении), появляются першение, болезненность в горле при глотании, сухость слизистой. Хронический синусит может быть причиной развития

Синупрет®

Целебная сила растений против насморка и синусита

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

Растительный лекарственный препарат
Reg уд. П № 014247/01 от 28.03.07
П № 014247/02 от 28.03.07


BIONORICA®
The **phytoneering** company

БИОНОРИКА, Германия

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





осложнений со стороны сердца, почек, печени, легких.

Для подтверждения диагноза необходимо рентгенологическое или ультразвуковое обследование околоносовых пазух. Самый информативный метод диагностики – проведение компьютерной томографии.

Диагностика заболевания во многом зависит от правильного клинического обследования больного, которое включает тщательно собранный анамнез, оценку жалоб, данных риноскопии, объективную интерпретацию данных рентгенографии, клинический анализ крови, аллергологическое, бактериологическое, вирусологическое исследование. Пункция гайморовых пазух проводится строго по показаниям. При аллергических поражениях околоносовых пазух она противопоказана из-за риска развития серьезных осложнений.

Лечение синуситов комплексное и включает этиотропную и симптоматическую терапию. Задачами терапии являются: эрадикация патогенной микрофлоры и профилактика бактериальной суперинфекции, обеспечение адекватного носового дыхания, дренажа и вентилизации околоносовых пазух, нормализация вязкости слизи и улучшение мукоцилиарного клиренса, восстановление защитной функции эпителия дыхательных путей, повышение активности неспецифического иммунитета.

Лечение начинают с устранения причины, которая поддерживает воспалительный процесс в пазухе. Основные усилия должны быть направлены на обеспечение достаточного оттока патологического секрета, что достигается с помощью сосудосуживающих средств в виде назальных капель, геля или мази. Они необходимы при остром синусите, так как устраняют отек слизистой оболочки носа, восстанавливают носовое дыхание и проходимость естественных отверстий околоносовых пазух. Сосудосуживающие средства используют короткими курсами (не более 5–7 дней, поскольку при

длительном применении развиваются побочные эффекты).

В комплексном лечении синуситов используются местные и системные антибактериальные препараты, топические кортикостероиды, нестероидные противовоспалительные средства.

С целью нормализации вязкости слизи, улучшения мукоцилиарного клиренса назначаются мукоактивные препараты. Они способствуют разжижению слизистого отделяемого, тем самым обеспечивая возможность его оттока из пазух, устраняют закупорку соустьев пазух слизистыми сгустками. К химически синтезированным секретолитикам относятся: ацетилцистеин (АЦЦ), амброксол и карбоцистеин.

Следует подчеркнуть, что хороший муколитический эффект оказывают фитотерапевтические препараты, одним из представителей которых является Синупрет («Бионорика», Германия).

Синупрет – лекарственный препарат растительного происхождения. В состав Синупрета входят 5 компонентов: цветы первоцвета и бузины, трава вербены и щавеля, корень горечавки. Синупрет назначают детям от 2 до 6 лет внутрь по 15 капель 3 раза в сутки; от 6 до 16 лет – по 1 драже или 25 капель 3 раза в сутки. Взрослым – по 2 драже или 50 капель 3 раза в сутки. Курс лечения составляет 7–14 дней. Синупрет имеет рефлекторный принцип действия, то есть влияет на слизистую оболочку носа и околоносовых пазух через вагусный гастропульмональный рефлекс. Препарат нормализует вязкость слизи в околоносовых синусах и дыхательных путях, а также улучшает ее отток из пазух. Противоотечный эффект препарата способствует уменьшению заложенности носа и улучшению вентилизации околоносовых пазух. Иммуномодулирующее действие Синупрета значительно увеличивает эффективность антибактериальной и противовирусной терапии, что убедительно показано в последних исследованиях *in vivo*,

проведенных в Институте Battelle (Франкфурт, Германия). Синупрет оказывает вирусостатический эффект на вирусы гриппа, парагриппа и RS-вирус. Препарат достоверно потенцирует эффект антибиотиков.

Клиническая эффективность Синупрета и его ингредиентов подтверждена большим количеством достоверных научных исследований. Убедительно показана клиническая эффективность данного препарата в сравнении со стандартными синтетическими секретолитиками [5].

В исследовании Г.Д. Тарасовой [3] по изучению эффективности Синупрета у детей с различными формами синусита было показано положительное влияние препарата на течение заболевания. Терапевтический эффект был получен у детей с катаральной формой синусита, не требующей хирургического лечения, без признаков аллергии и у детей с аналогичной патологией, протекающей на фоне сенсibilизации к бытовым аллергенам. Результативность лечения в обеих группах была значительно выше, чем в контрольной, где в комплексном лечении пациентов не применялся Синупрет. Побочных эффектов от применения препарата даже при сопутствующей аллергии и бронхиальной астме не наблюдалось. Исследование показало высокую эффективность Синупрета, снижение числа рецидивов после проведенной терапии, что дает возможность рекомендовать его как с лечебной, так и профилактической целью.

Эффективность Синупрета была подтверждена у детей с заболеваниями полости носа, околоносовых пазух и среднего уха [1,3]. На фоне применения Синупрета отмечалось уменьшение отека слизистой оболочки носа, улучшение оттока и нормализация характера отделяемого, улучшение аудиологических показателей, нормализация времени мукоцилиарного транспорта. Учитывая комплексное воздействие Синупрета, возможна и монотерапия в тех случаях, когда не требуется назначения антибактериальных препаратов. *

Всероссийский Конгресс
с международным участием



Амбулаторно- поликлиническая практика: проблемы и перспективы

В рамках Конгресса будет проходить выставка ведущих отечественных и зарубежных фирм, производящих медицинское оборудование, лекарственные препараты, организована выставка-продажа специализированной литературы.



Организаторы:

ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова» Минздравсоцразвития РФ
Российское общество акушеров-гинекологов

Российское общество по контрацепции
Ассоциация по патологии шейки матки и кольпоскопии
Конгресс-оператор «МЕДИ Экспо»

22–25 марта
2011 года

Место проведения:

Москва, МВЦ «Крокус Экспо», 3-й павильон,
4-й этаж, Крокус Конгресс Холл (20-й зал)

 **МЕДИ Экспо**

Тел./факс: +7 (495) 721 88 66
e-mail: expo@mediexpo.ru



www.mediexpo.ru
www.ncagip.ru



Обучение как компонент комплексного лечения сахарного диабета у детей и подростков

К.м.н. Е.А. АНДРИАНОВА

Сахарный диабет 1 типа (СД 1 типа) у детей и подростков представляет собой хроническое аутоиммунное заболевание, в основе которого лежит деструкция β -клеток поджелудочной железы, приводящая к абсолютному дефициту инсулина. Сахарный диабет – одно из самых распространенных хронических заболеваний среди детей. На каждую тысячу больных в возрасте до 20 лет приходится 1,7 больных сахарным диабетом. Более распространенной болезнью среди детей школьного возраста считается только астма.

Одним из важнейших факторов, обеспечивающих нормальные темпы физического и интеллектуального развития пациентов детского возраста, а также препятствующих развитию поздних сосудистых осложнений, является компенсация уровня углеводного обмена. Однако, несмотря на применение новейших препаратов, таких как инсулины ультракороткого и беспикового действия, использование инсулиновых помп и современных методов домашнего мониторинга гликемии, уровень компенсации углеводного обмена среди детей и особенно подростков, больных сахарным диабетом, остается неудовлетворительным. Согласно различным междуна-

рым данным, полученным в ходе многоцентровых исследований, средний уровень гликированного гемоглобина HbA1c ниже 8% имеют не более трети пациентов детского возраста [1]. По данным S.V. Edelman [2], повышение уровня гликированного HbA1c на 1% выше нормы в течение 3 и более месяцев увеличивает риск развития сосудистых осложнений на 40–50%. Условием эффективности лечения сахарного диабета является не только интенсивная инсулинотерапия, но и качественный контроль гликемии, обучение основополагающим принципам питания и физической нагрузки, а также психосоциальная поддержка. Инсулинотерапия как основной метод лечения сахарного

диабета предполагает регулярный самоконтроль, коррекцию дозы инсулина и соблюдение пациентами определенных правил питания, что требует специального обучения. Недостаточный уровень контроля сахарного диабета приводит к заметному снижению качества жизни больных, когда заболевание становится для них основной жизненной проблемой. Хроническая декомпенсация заболевания, помимо ухудшения соматического здоровья, является причиной психологической и эмоциональной дезадаптации детей и подростков, способствует появлению проблем в общении с окружающими [3,4]. Уже с 1925 г. один из основоположников современной диабетологии Эллиотт П. Джослин обучал больных сахарным диабетом тому, что считал главным залогом успеха лечения: ежедневному трехкратному определению глюкозурии и изменению дозы инсулина согласно полученным результатам. В 30-х годах XX века идеи Э.П. Джослина были развиты и дополнены немецким педиатром К. Штольте, который считал основным условием успешного лечения пациентов введение короткого инсулина несколько раз в сутки, контроль глюкозурии, корректировки дозы инсулина в зависимости от уровня глюкозы в моче и приема углеводов, стрем-



ление к аглюкозурии и так называемое «свободное питание».

Стало очевидно, что добиться наилучшего результата в контроле сахарного диабета возможно лишь при условии хорошей осведомленности пациента обо всех аспектах заболевания. Подобная задача могла быть решена путем внедрения в практику такого нововведения, как специальные обучающие программы для детей и подростков, а также членов их семей. Вопрос о необходимости введения подобных программ стал широко обсуждаться в конце 70-х гг. прошлого века [5, 6].

Процесс обучения должен соответствовать определенным педагогическим принципам. Необходимы специальные структурированные программы с четкой регламентацией объема и последовательностью изложения, постановкой конкретных учебных целей для каждого этапа. Каждый «учебный шаг» должен содержать необходимый набор педагогических приемов, направленных на усвоение, повторение и закрепление знаний и навыков, а также включать использование определенного наглядного материала [7–9].

Организация диабетологической службы в настоящее время носит мультидисциплинарный характер. Подобный подход подразумевает участие различных специалистов. Это необходимо для достижения максимальных результатов в реализации основных целей лечения сахарного диабета, а именно: эффективного контроля гликемии, профилактики микроангиопатий, повышения качества жизни детей и подростков и уменьшения отрицательного влияния болезни на качество жизни. Следует отметить, что в команде специалистов, участвующих в мультидисциплинарной программе, должен быть психолог, помощь которого особенно актуальна для пациентов с впервые выявленным сахарным диабетом, а также в тех случаях, когда имеет место эмоциональная неуравновешенность детей или психологические проблемы другого характера.

Опыт отечественных и зарубежных ученых подтверждает слова Эллиотта П. Джослина, сказанные им в 1955 году о том, что «обучение – это не просто компонент лечения сахарного диабета, это и есть само лечение». Сегодня Всемирная организация здравоохранения констатирует: «Обучение является краеугольным камнем в терапии сахарного диабета и жизненно важным параметром в интеграции больных сахарным диабетом в обществе». В среде медицинского сообщества важность и актуальность обучения ни у кого не вызывает сомнения.

В настоящее время обучение стало неотъемлемой частью организации специализированной лечебно-профилактической помощи больным сахарным диабетом во многих странах мира. Развитие этого направления как одной из задач по улучшению диабетологической помощи и расширение базы научных исследований в Европе зафиксировано в программном документе ВОЗ – Сент-Винсентской декларации [10]. В странах с высоким уровнем диабетологической помощи обучение больных является базисным компонентом в лечении сахарного диабета.

История становления системы обучения больных диабетом в России началась в 1990 году, когда впервые начала свою работу Школа диабета в детском отделении ЭНЦ. Основой первой программы стал адаптированный вариант обучающей программы, разработанной в Университете г. Дюссельдорфа (Германия).

На протяжении следующего десятилетия в практической диабетологии произошли существенные изменения – появились новые препараты инсулина, в том числе аналоги инсулина ультракороткого действия, новые разновидности шприц-ручек для введения инсулина, усовершенствованные модели глюкометров. В 2001 году была создана Унифицированная структурированная программа для обучения больных сахарным диабетом 1 типа. Данная программа была предназначена для

взрослых пациентов, детей старше 12 лет и родителей детей дошкольного и младшего школьного возраста. Существенным отличием от предыдущего варианта программы стало четкое структурирование изложенного материала по учебным темам и шагам. Кроме того, обучающая программа впервые была оснащена руководством для врачей, проводящих занятия в школах диабета, что способствовало ее наиболее эффективному практическому использованию.

Появление в начале 2000-х гг. аналогов пролонгированного инсулина, инсулиновых помп, а также изменение целевых параметров самоконтроля вызвало необходимость разработки более современного варианта программы с учетом новой информации. В 2009 году сотрудниками отделения сахарного диабета НИИ детской эндокринологии ФГУ ЭНЦ при поддержке компании Eli Lilly (США) была создана первая в России обучающая структурированная программа, предназначенная для обучения только детей и подростков, больных сахарным диабетом 1 типа. В отличие от всех предыдущих вариантов обучающих программ, данная Программа оснащена самыми современными дидактическими, наглядными, методическими и раздаточными материалами.

Согласно опросу, проведенному среди врачей, занимающихся проблемами обучения больных, частота проведения занятий в «Школе диабета» варьирует от 3 обучающих циклов в месяц до обучения в так называемом постоянном режиме (рис. 1).

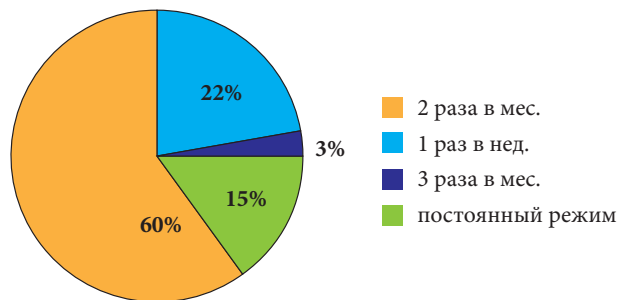


Рис. 1. Частота проведения занятий в Школе диабета

медиа

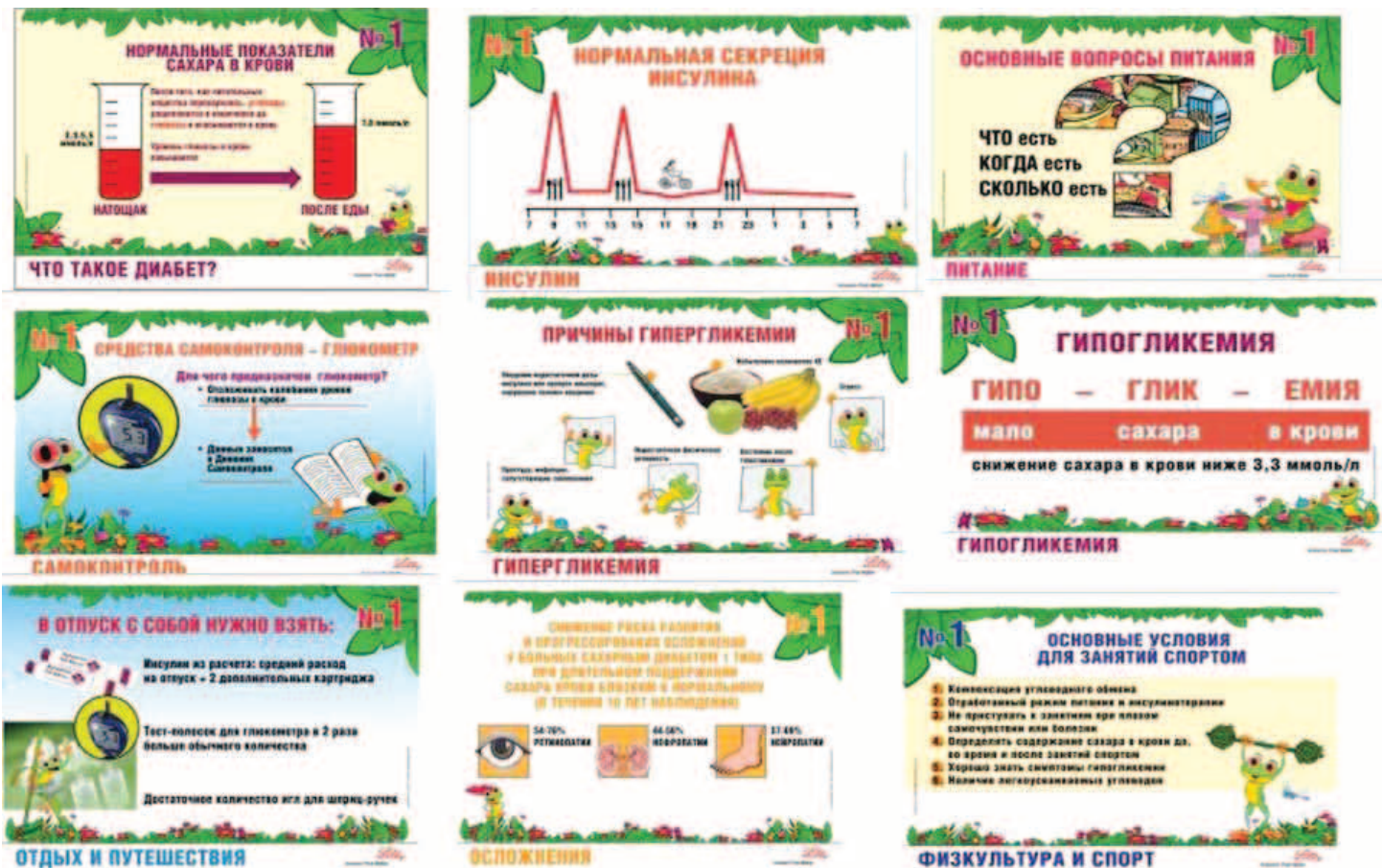


Рис. 2. Набор плакатов с темами, изучаемыми в Школе диабета



Рис. 3. Набор тарелок с изображениями различных продуктов в натуральную величину

К сожалению возможности, которыми располагают различные медицинские учреждения, не всегда позволяют выделить и оборудовать отдельное помещение для проведения занятий с детьми и членами их семей. Зачастую обучение проводится непосредственно в кабинете врача, поэтому в данной Программе предусмотрена возможность использования обучающих материалов без какого-либо дополнительного оборудования, а также их хранения и транспортировки.

Основные характеристики новой Программы можно резюмировать следующим образом: она предназначена для обучения детей старше 10 лет и членов их семей; Программа является структурированной, то есть все темы разделены на учебные шаги; Программа снабжена достаточным количеством дидактических материалов; в Программе предусмотрена воз-



возможность оценки эффективности обучения.

В набор плакатов включены все темы, изучаемые в процессе обучения (рис. 2): информация о самом заболевании, вопросы инсулинотерапии и питания, основы самоконтроля и коррекции проводимой терапии в зависимости от уровня сахара крови, правила поведения во время отпуска и каникул, а также при занятиях спортом. Вопросы осложнений сахарного диабета, как правило, рассматриваются в конце цикла обучения. При этом основное внимание на занятии следует уделять необходимости поддержания компенсированного уровня углеводного обмена как основного метода профилактики осложнений сахарного диабета.

Один из важнейших вопросов терапии сахарного диабета – соблюдение определенных правил питания. Современный взгляд на проблему питания предполагает, что питание пациента с сахарным диабетом должно настолько отличаться от питания здорового человека, насколько заместительная инсулинотерапия отличается от физиологической секреции инсулина. Практически помочь решить эту проблему на занятиях помогает набор тарелок с различными продуктами в натуральную величину (рис. 3). На обратной стороне представлена информация о количестве содержащихся в блюде углеводов (количество хлебных единиц), а на комбинированных продуктах – поэтапный расчет количества хлебных единиц.

Для облегчения процесса преподавания наборы снабжены дидактическими материалами для раздачи пациентам на соответствующих занятиях. Эти материалы в виде отрывных листов с рекомендациями по технике введения инсулина, физическим нагрузкам, поведению при гипогликемии, с таблицей хлебных единиц можно использовать как на занятиях, так и дома (рис. 4).

В настоящее время данная Программа, охватывающая все аспекты терапии детей и подростков



Рис. 4. Внешний вид Программы

с сахарным диабетом, является в России единственной. Внедрение Программы в практическое здравоохранение осуществляется только через проведение обучающих семинаров для педиатров-эндокринологов, основная цель которых – последовательное разъяснение особенностей Программы через лекционное и интерактивное общение на практических занятиях. Кроме того, лекцион-

ная часть семинара заключается не только в подробном рассмотрении тем, представленных в Программе, но и в обсуждении дополнительных вопросов, без которых полноценное обучение невозможно.

За период 2009–2010 гг. было проведено 8 подобных семинаров, в ходе которых прошли обучение 240 педиатров-эндокринологов из различных регионов России.



Лекционная часть семинара

Практическая часть семинара



- Техника инъекций инсулина
- Основные средства введения инсулина, используемые в педиатрии
- Подсчет ХЕ в различных продуктах. Решение ситуационных задач

➤ Работа в группах с материалами Программы обучения



Рис. 5. Лекционная и практическая части обучающих семинаров для педиатров-эндокринологов

Итоги внедрения Программы представлены на рис. 5. К настоящему времени после прохождения обучения обеспечены всеми материалами Программы практически все Школы диабета России. Помимо этого, около 30% педиатров-эндокринологов, про-

водящих обучение не в рамках школ, а посредством индивидуального обучения, также получили такую возможность. Оптимизация лечения сахарного диабета, важнейшее место в которой занимает обучение больных, направлена прежде всего на улуч-

шение показателей компенсации сахарного диабета, что позволит предотвратить или значительно замедлить развитие тяжелых сосудистых осложнений, снизить риск инвалидизации и значительно продлить срок жизни пациентов с сахарным диабетом. ✨



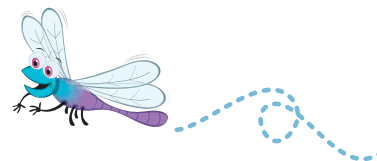
Литература
с. 78 →

ХумаПен®
ЛЮКСУРА ДТ

Хумалог®

инсулин лизпро (ДНК-рекомбинантный) в растворе для инъекций

**Точная и надёжная шприц-ручка
с минимальной дозой введения 0,5 ЕД,
что так важно для маленьких пациентов**



ХумаПен® ЛЮКСУРА® ДТ

**Шприц-ручка ЛЮКСУРА® ДТ используется с первым
и наиболее изученным аналогом инсулина
ультракороткого действия Хумалог® 1-4**

1. Hanel H. et al. Differences in the Dose Accuracy of Insulin Pens. J Diabetes Sci Technol 2008;2(3):478-48133.
2. Renner R. et al. Use of Insulin Lispro in Continuous Subcutaneous Insulin Infusion Treatment Diabetes Care. 1999; 22:784-788.
3. Johansson U.B. et al. Improved blood glucose variability, HbA1c Insuman Infuzat® and less insulin requirement in IDDM patients using insulin LisPro in CSII. The Swedish multicenter LisPro insulin study. Diabetes Metab. 2000;26:192-196.
4. Инструкция по применению ХумаПен® ЛЮКСУРА® ДТ.

Для получения полной информации о ХумаПен® ЛЮКСУРА® ДТ, пожалуйста, ознакомьтесь с подробной инструкцией по применению, прилагаемой к шприц-ручке.

Lilly MedInfo Лилли МедИнфо – информационная поддержка работников здравоохранения

За любой дополнительной научной/медицинской информацией о препаратах компании Эли Лилли, пожалуйста, обращайтесь по адресу medinfo_ru@lilly.com или тел.: 8 (495) 258 50 10



Возможности применения энтеросорбентов Фильтрум®-СТИ и Фильтрум-Сафари® в комплексном лечении вирусных кишечных инфекций в педиатрической практике

Д.м.н. Е.М. МУХАМЕТОВА, д.м.н. С.А. РЕВЯКИНА

В настоящей статье представлен обзор опубликованных данных клинических исследований эффективности препаратов «Фильтрум®-СТИ» и «Фильтрум-Сафари®» (АВВА РУС/Сти-Мед-Сорб) в педиатрической практике. Приводятся соответствующие критериям доказательной медицины данные, свидетельствующие о целесообразности применения препаратов при острых кишечных инфекциях, в том числе вирусной этиологии.

Острые кишечные инфекции (ОКИ) занимают одно из ведущих мест в инфекционной патологии. В детском возрасте, особенно у детей раннего и дошкольного возраста, наиболее распространенными являются вирусные кишечные инфекции. По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире ежегодно регистрируется до 180 млн диарейных заболеваний вирусной этиологии. При этом более 70% всех случаев ОКИ установленной этиологии приходится на ротавирусную инфекцию. Антитела к ротавирусам выявляются у 50–60% детей первого года жизни, в возрасте старше 3 лет – у 90% и более и практически у всех взрослых [1–5].

Ротавирусы относятся к семейству Reoviridae, роду орбивирусов. Инфекционная частица имеет тройную оболочку. В вирионе выявляется сердцевина и две белковые

оболочки – наружный и внутренний капсиды. Сердцевина содержит внутренние белки и генетический материал, представленный двухнитчатой фрагментированной РНК. В составе ротавирусов обнаружены четыре антигена, основной из них – групповой антиген, обусловленный белком внутреннего капсида. В зависимости от группоспецифических антигенов все ротавирусы делятся на пять групп: А, В, С, D, Е. Большинство ротавирусов, патогенных для человека, относится к группе А, внутри которой существуют подгруппы и серотипы [5–8].

Ротавирусы различных серотипов не создают перекрестного иммунитета. Гетерогенность ротавирусов объясняет повторные заражения, которые нередко регистрируются через 1–1,5 года после перенесенной инфекции. Вероятность реинфекции на первом году жизни составляет около 30%.

К двум годам почти 70% детей заболевают дважды, 40% – трижды, а 20% детей – 4 раза. При этом следует отметить, что повторные заражения переносятся легче предыдущих [5–7, 9–11].

Главный источник ротавирусной инфекции – инфицированный больной, выделяющий с фекалиями значительное количество вирусных частиц. Вирус обнаруживается в копрофильtrate уже за 48 ч до первых клинических симптомов, а максимум его выделения отмечается в первые 3–6 дней болезни. У большинства детей (70%) экскреция ротавирусов продолжается с 4-го до 20-го дня от начала клинических проявлений заболевания. Особую опасность в эпидемиологическом отношении представляют здоровые вирусоносители. Чаще всего в эту группу попадают дети первых месяцев жизни, находящиеся на грудном вскармливании. Так, уровень вирусоносительства у детей раннего возраста колеблется от 1,5 до 9%, при этом 71% вирусоносителей составляют новорожденные. Считается, что резистентность к инфекции обусловлена в основном местной невосприимчивостью клеток эпителия тонкого кишечника, связанной с наличием секреторных антител класса JgА. Указанные антитела содержатся также в молоке кормящей матери и при достаточной



их концентрации служат фактором пассивной иммунизации новорожденных детей, которые при отсутствии клинической симптоматики заболевания с фекалиями могут выделять значительные количества ротавирусов в окружающую среду и заражать недоношенных детей и детей с неблагоприятным преморбидным фоном, иммунодефицитом [5–7, 9, 11].

Основной механизм передачи ротавирусов – фекально-оральный, заражение происходит при употреблении инфицированной воды и пищи. Не исключаются также контактно-бытовой и аэрогенный пути заражения. Косвенно это подтверждается обнаружением вирусов в слюне больных и часто – катаральными симптомами в дебюте заболевания [5–7, 12].

Ротавирусы длительно сохраняются на загрязненных поверхностях и руках, устойчивы к факторам внешней среды, таким как холод и дезинфицирующие средства.

Заболеемость ротавирусной инфекцией (РВИ) имеет выраженную сезонность с подъемом в осеннее-зимний период. Спорадические случаи РВИ отмечаются и летом, но, как правило, во время похолодания [9, 10].

Ротавирусы – наиболее частая причина внутрибольничной инфекции в детских стационарах, особенно у новорожденных, недоношенных и детей раннего возраста. По разным данным, ротавирусы вызывают до 50% всех внутрибольничных ОКИ [6, 7, 9, 11]. Распространению инфекции способствуют высокая контагиозность, устойчивость ротавирусов во внешней среде, возможность бессимптомного течения, а также холодный сезон, длительное пребывание детей в стационаре и скученность в палатах. Довольно часто распространителем ротавирусной инфекции становится медицинский персонал.

При попадании в пищеварительный тракт ротавирусы в первые сутки находятся в эпителиоцитах двенадцатиперстной кишки и в верхнем отделе тонкой кишки. Проникновение ротавирусов

в эпителиоциты ворсинок зависит от ряда причин: состояния кислотности желудочно-кишечного тракта (высокая кислотность губительно действует на ротавирус), наличия ингибитора трипсина – фермента, необходимого для репродукции ротавирусов, количества функционально незрелых эпителиоцитов, у них отсутствуют рецепторы для прикрепления ротавирусов. Проникновение ротавирусов обуславливает повреждение эпителиоцитов и их отторжение от ворсинок. Одновременно ускоряется продвижение эпителиоцитов от основания ворсинок к верхушке. Ускоренная митотическая активность приводит к появлению структурно и функционально незрелых клеток. Утрата части эпителиоцитов и появление функционально незрелых клеток обуславливает ферментативную недостаточность тонкой кишки. Возникновение дисахаридазной (преимущественно лактазной) недостаточности ведет к накоплению нерасщепленных дисахаридов с высокой осмотической активностью. В просвет кишки поступает избыточное количество жидкости и электролитов как вследствие нарушенного всасывания, так и по причине гиперосмолярности. Водянистая диарея вызывает обезвоживание организма, при больших потерях жидкости приводя к эксикозу 2–3 степени [5–7, 12, 13].

Ротавирусная инфекция может протекать в различных клинических формах. Наиболее часто развивается ротавирусный гастроэнтерит. Клинический симптомокомплекс ротавирусного гастроэнтерита достаточно широко описан в исследованиях различных авторов [5–7, 10, 11]. Заболевание начинается с повышения температуры, интоксикации, диареи и многократной рвоты. Указанные симптомы отмечаются у 90% заболевших детей и возникают почти одновременно, чаще в первый день болезни. Могут отмечаться метеоризм и боли в животе. У многих детей с первого дня болезни также наблюдаются катаральные яв-

ления в области верхних дыхательных путей, причем у трети детей они могут предшествовать симптомам гастроэнтерита. В таких случаях кишечные расстройства могут возникнуть в конце первой и на 2-й неделе от начала заболевания. Выраженность гипертермии, интоксикации и катаральных симптомов к концу первой недели может значительно уменьшиться, а появление диареи обычно сопровождается повторным подъемом температуры тела и интоксикации.

По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире ежегодно регистрируется до 180 млн диарейных заболеваний вирусной этиологии.

При этом более 70% всех случаев ОКИ установленной этиологии приходится на ротавирусную инфекцию.

Антитела к ротавирусам выявляются у 50–60% детей первого года жизни, в возрасте старше 3 лет – у 90% и более и практически у всех взрослых.

Синдром интоксикации проявляется ухудшением самочувствия, изменением настроения, вялостью, снижением аппетита, развитием бледности кожных покровов, появлением «мраморного» рисунка кожи у детей первого года жизни, наличием приглушенных сердечных тонов, систолическим шумом в сердце. Как правило, температура тела у детей не поднимается выше 38 °С, но может быть и фебрильная лихорадка. Температурная реакция бывает как кратковременной (до 3 дней), так и более продолжительной (до 7 дней). Синдром гастроэнтерита характеризуется развитием диареи, тошноты и рвоты, снижением аппетита, появлением урчания и болей в животе. Рвота чаще бывает повторной и многократной, хотя длительность ее у большинства больных не превышает 3 дней от начала заболевания. Наиболее типичен для ротавирусного га-



строэнтерита обильный водянистый пенный стул желтого или желто-зеленого цвета. У больных с легким течением заболевания стул может быть кашицеобразным. Как правило, патологические примеси в стуле отсутствуют. Боль локализуется преимущественно в верхней половине живота или может быть диффузной, разной интенсивности. Почти всегда она сопровождается громким урчанием в животе.

Потери жидкости и электролитов вследствие рвоты и диареи могут быть значительны и приводить к дегидратации, клинические проявления которой, как и при других ОКИ, зависят от степени выраженности. В связи с возможностью развития осложнений, выделяют группу больных повышенного риска, в которую входят новорожденные, дети младшего возраста, а также лица пожилого возраста и больные с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Описанные в литературе случаи ротавирусного заболевания с летальным исходом относятся именно к этим больным. Все это свидетельствует о необходимости госпитализации детей с ротавирусной инфекцией не только тяжелого, но и средне-тяжелого течения.

Гастритическая форма ротавирусной инфекции выявляется у 3–5% детей, преимущественно в возрасте старше трех лет. При этом отмечаются все основные признаки заболевания, за исключением диареи. Лабораторным подтверждением диагноза являются выделение ротавирусного антигена в кале и увеличение в 2–4 раза титра антител в сыворотке крови в динамике. В очень редких случаях резкое и значительное повышение температуры тела (выше 38 °С), интоксикация и повторная рвота могут быть симптомами менингита и ротавирусного менингоэнцефалита [5, 6, 14].

Предполагается существование респираторных форм ротавирусной инфекции (около 3% детей), которые характеризуются незначительным повышением температуры тела и вышеописанными

катаральными явлениями на слизистых оболочках конъюнктив и носоглотки. Как правило, это легкие формы болезни, имеющие, однако, большое эпидемиологическое значение [5, 7, 11]. У 10–15% детей ротавирусный гастроэнтерит сочетается с острой респираторной вирусной инфекцией (грипп, парагрипп, РС-инфекция и т.п.) [5, 6, 12].

В связи с широкой распространенностью ОКИ проблема терапии данных заболеваний сохраняет актуальность. Бесконтрольное и часто необоснованное использование антибактериальных средств становится причиной неэффективности лечения и увеличения числа побочных эффектов. Патогенетическим способом терапии при инфекционных заболеваниях является энтеросорбция. Сорбенты способны поглощать эндо- и экзотоксины, а также фиксировать на своей поверхности возбудителей бактериальной и вирусной природы.

В последние годы несомненный интерес представляют препараты на основе лигнина (природного полимера растительного происхождения, продукта переработки древесины хвойных и лиственных пород), отвечающие всем медицинским требованиям, предъявляемым к современным энтеросорбентам. Учитывая высокую значимость гидролизованного лигнина для медицины, российские ученые разработали таблетированную форму энтеросорбента под торговым названием Филтрум®-СТИ (АВВА РУС/СТИ-Мед-Сорб). Препарат обладает высокой сорбционной активностью, которая в несколько раз превышает поглощающую способность активированного угля. Он связывает в просвете ЖКТ и выводит из организма патогенные бактерии, вирусы и токсины, лекарственные препараты, яды, соли тяжелых металлов, алкоголь, пищевые аллергены. Препарат не токсичен, не всасывается, полностью выводится из кишечника в течение 24 ч. Еще один препарат природного происхождения, зарегистрированный

в РФ как биологически активная добавка к пище – Филтрум®-Сафари (АВВА РУС/СТИ-Мед-Сорб). Препарат соединяет в себе свойства энтеросорбента и пребиотика благодаря содержанию фруктоолигосахарида, способствующего восстановлению количественного и качественного состава собственной микрофлоры кишечника и, как следствие, его основных функций. Филтрум®-Сафари специально создан для детей, он выпускается в виде пастилок со вкусом шоколада и лесных ягод, не содержит сахара. В педиатрической практике препарат Филтрум®-СТИ рекомендован к применению у детей с первых месяцев жизни, Филтрум-Сафари® – с 5 лет. К настоящему моменту проведен ряд исследований с целью определения эффективности препаратов Филтрум®-СТИ и Филтрум-Сафари® при вирусных кишечных инфекциях у детей.

В исследовании Л.Н. Мазанковой и соавт. [15] изучались эффективность и переносимость энтеросорбента Филтрум®-СТИ, применяемого в качестве альтернативы антибиотикам при ОКИ у детей. Под наблюдением находилось 50 больных ОКИ в возрасте от 6 мес. до 14 лет. Этиология ОКИ была определена у 70% детей, в том числе у 50% подтверждена ротавирусная инфекция. С момента поступления в стационар всем детям назначали Филтрум®-СТИ на фоне пероральной регидратации и диетотерапии. У всех больных на фоне приема Филтрум®-СТИ уже с первых дней лечения отмечалось положительное влияние препарата на общетоксический и местный синдром ОКИ в виде купирования лихорадки, уменьшения частоты либо полного прекращения рвоты, улучшения аппетита, устранения болей в животе и метеоризма, уменьшения кратности дефекаций и улучшения характера стула. Переносимость Филтрума®-СТИ была хорошей. Лишь у двоих (4%) детей отмечалась рвота, что послужило причиной отказа от продолжения приема препарата у одного больного.



В исследовании Ф.Г. Ситдиковой и соавт. [16] изучалась клиническая эффективность энтеросорбента Филтрум®-СТИ при ОКИ у детей раннего возраста. В основную группу вошли 30 детей от 1 месяца до 3 лет, в группе сравнения было 30 больных того же возраста. Ротавирусная инфекция была подтверждена у 50% детей. С первого дня отмечено положительное влияние на локальный синдром ОКИ в виде устранения метеоризма, уменьшения кратности стула и объема воды в испражнениях. Повышенная температура, вялость, анорексия купировались чаще со второго дня приема препарата. В контрольной группе аналогичная динамика отмечалась к концу первой – началу второй недели. Эффективность Филтрума®-СТИ отмечена и при более позднем включении препарата в терапию. Побочных реакций на препарат не зарегистрировано.

В исследовании В.В. Краснова и соавт. [17] оценивалась клиническая эффективность препарата Филтрум®-СТИ при острых кишечных инфекциях у детей до 7 лет. В исследование было включено 48 детей в возрасте от 6 мес. до 7 лет. Ротавирусная инфекция была установлена у 19 (40%) детей, кишечные инфекции неустановленной этиологии (КИНЭ) – 13 (27%) детей, в остальном – сальмонеллез и шигеллез. В основной группе в дополнение к общепринятой терапии дети получали Филтрум®-СТИ. При проведении корреляционного анализа была выявлена достоверная положительная корреляция назначения Филтрума®-СТИ с уменьшением сроков исчезновения из стула патологических примесей (слизи и крови) и сроков нормализации копрограммы ($p < 0,05$; $R = 0,52-0,59$). Клинический эффект проявлялся в виде сокращения кратности стула, уменьшения болей в животе, исчезновения патологических примесей в стуле у большинства детей на 3–5-й день лечения.

В своем исследовании О.В. Тихомирова и соавт. [18] оценивали

эффективность энтеросорбента Филтрум®-СТИ в терапии ОКИ различной этиологии у детей. Под наблюдением находилось 119 детей в возрасте от 2 месяцев до 13 лет, из них вирусные поражения кишечника (обусловленные ротавирусами, вирусами группы Norwalk, торовирусами) были подтверждены у 38 детей (31,9%). У 61 больного ребенка в терапии острого периода ОКИ был использован энтеросорбент Филтрум®-СТИ. 58 больных, получавших общепринятую терапию, составили группу сравнения. Переносимость препарата была хорошей, случаев индивидуальной непереносимости не зарегистрировано. У детей, получавших Филтрум®-СТИ, было отмечено положительное влияние на общетоксический синдром ОКИ в виде купирования лихорадки, уменьшения выраженности симптомов интоксикации, прекращения тошноты и рвоты, улучшения аппетита. При этом сроки купирования симптомов интоксикации на фоне приема препарата были на 1–2 дня меньше, чем в контрольной группе. Под влиянием Филтрума®-СТИ у детей также раньше купировался болевой абдоминальный синдром и явления метеоризма, быстрее восстанавливалась консистенция стула и исчезали патологические примеси. При назначении Филтрума®-СТИ в терапии ОКИ у 70% детей лихорадочная реакция купировалась в первые двое суток использования препарата, у 50% рвота отмечалась только в первые сутки от начала терапии, болевой абдоминальный синдром у 60% сохранялся в течение суток, а болезненность при пальпации проявлялась в течение 2 суток у 68,42%, у 86,67% больных симптомы метеоризма исчезали к третьему дню приема Филтрума®-СТИ. В результате сравнения эффективности Филтрума-СТИ при инвазивных (гастроинтестинальная форма сальмонеллеза), вирусных ОКИ и острых гастроэнтеритах неустановленной этиологии было пока-

Филтрум®-Сафари специально создан для детей, он выпускается в виде пастилок со вкусом шоколада и лесных ягод, не содержит сахара. В педиатрической практике препарат Филтрум®-Сти рекомендован к применению у детей с первых месяцев жизни, Филтрум-Сафари® – с 5 лет.

зано, что Филтрум-СТИ оказывает наилучший терапевтический эффект при вирусных диареях – быстрее купировалась лихорадочная реакция, болезненность при пальпации живота была наименьшей.

Е.В. Михайлова и соавт. [19] в своем исследовании изучали эффективность применения препарата Филтрум-СТИ при ротавирусной инфекции у детей до 3 лет. В ходе проведенных исследований было выявлено, что препарат оказывает благоприятное воздействие на выраженность токсикоза (длительность основных симптомов у детей, получавших Филтрум-СТИ, на сутки меньше, чем в группе сравнения) и в большей степени на диарейный синдром. Продолжительность жидкого стула в группе детей, получавших сорбент, была на 0,6 суток меньше, чем в группе сравнения.

Основной целью исследований А.А. Новокшонова и соавт. [20] было изучение клинической и санитизирующей эффективности нового отечественного энтеросорбента Филтрум-Сафари® в комплексной терапии среднетяжелых форм ОКИ вирусной этиологии у детей. Под наблюдением находились 45 больных среднетяжелыми формами гастроэнтеритов в возрасте от 3 до 13 лет. Основная группа (30 больных) дополнительно к базисной терапии (рациональная диета, ферментные препараты, пероральная регидратация и – по показаниям – симптоматические лекарственные средства) получала энтеросорбент Филтрум-Сафари®

педиатрия



Таблица 1. Обнаружение антигена ротавируса в РЛА с копрофильтратом в динамике заболевания в зависимости от проводимой терапии (А.А. Новокионов и соавт.) [20]

Лечение	Положительные результаты исследования копрофильтрата на ротавирус в РЛА		Количество санированных больных
	До лечения	На 4-5-й день	
Базисная терапия	15 (100%)	11 (73,4%)	4 (26,6%)
+ Фильтрум-Сафари®	15 (100%)	7 (46,7%)	8 (53,3%)

в возрастных дозировках до нормализации частоты и характера стула. Группой сравнения служили 15 больных ротавирусной инфекцией того же возраста, но получавшие только базисную терапию. Вирусная этиология гастроэнтерита была подтверждена у 37 больных (82,2%), в том числе ротавирусная – у 34 (75,6%) и норовирусная – у 3 (6,6%) пациентов. При сравнительном анализе динамики купирования основных симптомов заболевания в зависимости от проводимой терапии было установлено, что дополнительное включение в состав базисной терапии ОКИ вирусной этиологии энтеросорбента Фильтрум-Сафари® оказывало быстрый и выраженный дезинтоксикационный, гипотермический и антидиарейный клинический эффект. В группе больных, получавших в составе базисной терапии энтеросорбент, уже на 2-й день лечения более чем в половине случаев (у 60%), а на 3-й день у всех больных (100%) полностью исчезли такие симптомы интоксикации и эксикоза, как вялость, сниженный аппетит и лихорадка. При этом в группе сравнения все симптомы интоксикации и эксикоза купировались в те же сроки лишь в 20% и 86,7% случаев соответственно. Также было установлено, что при включении в состав базисной терапии энтеросорбента на 4–5-й день лечения значительно увеличивается количество больных с отрицательными результатами исследования копрофильтрата на ротавирус. То есть препарат обладает способностью элиминировать из кишеч-

ника возбудителей заболевания и способствует ускоренной санации организма (табл. 1). Каких-либо существенных побочных реакций не было выявлено. Однако в ряде случаев на 3–4-й день лечения имела место кратковременная задержка стула на один или два дня, затем дефекация восстанавливалась самостоятельно, как правило, с оформленным характером стула. Целью проспективного контролируемого исследования Е.Р. Мескиной и соавт. [21] было определение целесообразности, переносимости и эффективности применения Фильтрум-Сафари® в качестве биологической добавки к лечебному питанию детей с подтвержденными вирусными диареями. В исследование было включено 46 пациентов в возрасте от 1 года до 8 лет со среднетяжелой формой гастроэнтерита. Этиологическая структура вирусной диареи обследованных детей была следующей: 76,1% – ротавирусы, 13% – норовирусы, 2,2% – астровирусы, 8,7% – вирусная микст-инфекция. Все пациенты получали общепринятую комплексную терапию (лечебное питание, оральная или инфузионная регидратация по показаниям, пробиотики). В составе указанного лечения 23 больным был назначен Фильтрум-Сафари®. В группу сравнения было включено 23 ребенка, получавших смектит диоктаэдрический в соответствии с общепринятым лечением. В группе получавших Фильтрум-Сафари® было отмечено достоверное сокращение

продолжительности рвоты и, как следствие, эксикоза. Отмечены более короткие сроки устранения диареи и нормализации стула, а также существенное снижение числа детей, у которых обнаруживался воспалительный белок в фекалиях (Фильтрум-Сафари® от 0,95 до 0,47, $p = 0,002$ и группа сравнения от 0,96 до 0,50, $p = 0,001$). Не выявлено какого-либо негативного влияния Фильтрум-Сафари® на выраженность диарейного синдрома в остром периоде вирусной кишечной инфекции. Побочных реакций при его использовании зарегистрировано не было. Отмечено снижение количества вирусов в кишечнике у детей, получавших Фильтрум-Сафари®. В условиях высокой частоты контаминации госпитальными вирусами в кишечном диагностическом стационаре (не менее 30%) применение Фильтрум-Сафари® способствовало более легкому течению суперинфекции.

Заключение

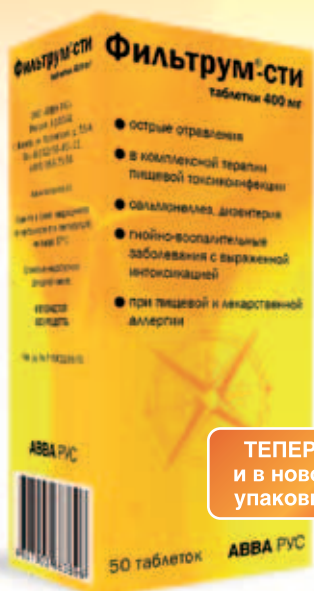
Ведущим этиологическим фактором ОКИ у детей являются ротавирусы. Ввиду отсутствия этиотропной терапии, детям с ротавирусной инфекцией проводится патогенетическое лечение в зависимости от тяжести состояния. Обязательными компонентами терапии являются коррекция водно-электролитного баланса и энтеросорбция. В качестве эффективных и безопасных сорбентов при лечении ОКИ вирусной этиологии у детей с раннего возраста могут быть рекомендованы препараты Фильтрум®-СТИ и Фильтрум-Сафари®. Применение данных энтеросорбентов в наиболее ранние сроки при ОКИ любой этиологии сокращает длительность основных симптомов, таких как диарея, рвота и интоксикация, что подтверждено клиническими исследованиями. *

Литература
с. 79 →

Энтеросорбенты для быстрого и стойкого лечения рвоты и диареи при острых кишечных инфекциях любой этиологии

Фильтрум®-Сафари

все лучшее от Фильтрума®СТИ



№10 и №50



№6 и №18

ТЕПЕРЬ
и в новой
упаковке!

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



Реклама





ГОУВПО ПМГМУ
им. И.М. Сеченова,
кафедра детских
болезней

Применение комбинированной терапии при лечении острых респираторных заболеваний у детей

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

Респираторные заболевания составляют до 90% всей инфекционной патологии в детском возрасте. Высокая заболеваемость наблюдается у детей в первые годы жизни, что объясняется их первыми контактами с респираторными инфекциями, формированием иммунитета. Нередко ситуация ухудшается, когда ребенок начинает посещать организованные детские учреждения, то есть при увеличении числа контактов.

Острые респираторные инфекции сочетаются с obstructивными проявлениями у детей, особенно в раннем возрасте [1–3]. Анатомо-физиологические особенности строения бронхиального дерева (относительно узкие дыхательные пути, значительное развитие кровеносных и лимфатических сосудов, гиперплазия слизистых желез, низкий уровень иммуноглобулина А, недостаточная коллатеральная вентиляция, сниженная эластичность легочной ткани) определяют склонность к бронхиальной обструкции на фоне острых респираторных инфекций у детей первых лет жизни и появлению малопродуктивного кашля [4]. Респираторные вирусы повреждают мерцательный эпителий слизистой оболочки дыхательного тракта; увеличивают ее проницаемость для аллергенов, что вызывает по-

вышение бронхиальной гиперреактивности, способствуют гиперпродукции IgE и сенсibilизации организма к неинфекционным аллергенам [4, 5].

Мы изучили обоснованность применения в терапии кашля при легком или среднетяжелом ОРЗ вследствие ларингита, ринофарингита, трахеита, бронхита комбинированного препарата Аскорил экспекторант (сальбутамол, бромгексин, гвайфенезин, рацементол) на основании клинической эффективности и безопасности у 75 детей в возрасте от 2 до 10 лет (1-я группа). Группу сравнения (2-я группа) составили 30 детей того же возраста и со сходной клинической симптоматикой, получавших Бромгексин (в 5 мл сиропа 4 мг бромгексина гидрохлорида). Аскорил экспекторант является комбинированным препаратом, который воздействует на раз-

личные звенья патогенеза бронхолегочных заболеваний, сопровождающихся бронхиальной обструкцией, образованием трудноотделяемого вязкого секрета [6]. В 10 мл сиропа входят сальбутамол (2 мг), бромгексина гидрохлорид (4 мг), гвайфенезин (100 мг), рацементол (1 мг).

Бромгексина гидрохлорид оказывает муколитическое и отхаркивающее действие посредством деполимеризации и разрушения мукопротеинов и мукополисахаридов, входящих в состав мокроты, стимулирует деятельность секреторных клеток слизистых оболочек бронхов, продуцирующих сурфактант, который обеспечивает стабильность альвеол в процессе дыхания, защиту от неблагоприятных факторов, а также улучшение реологических свойств бронхиальной слизи [7]. Назначается внутрь 3 раза в сутки взрослым и детям старше 14 лет по 8–16 мг, детям до 14 лет и пациентам с массой тела менее 50 кг – по 8 мг; детям до 6 лет – по 4 мг. Сальбутамол является селективным β_2 -агонистом, оказывает бронхолитический эффект; также влияет на мукоцилиарный клиренс за счет стимуляции секреции слизи и активности реснитчатого эпителия; тормозит выброс медиаторов из тучных клеток и базофилов; устраняет антиген-



зависимое подавление мукоцилиарного клиренса и выделение факторов гемотаксиса нейтрофилов [8, 9]. Согласно инструкции салбутамол в ингаляциях назначается детям старше 18 мес. в дозе 2,5 мг (при необходимости – 5 мг) до 4 раз в сутки, при назначении внутрь детям 2–6 лет доза составляет 1–2 мг (0,1 мг/кг) 3–4 раза в сутки, 6–12 лет – 2 мг 3–4 раза в сутки. Максимальная доза – 24 мг/сут, детям старше 12 лет – по 2–4 мг 3–4 раза в сутки, максимальная разовая доза – 8 мг, максимальная суточная доза – 32 мг.

Гвайфенезин – эффективное отхаркивающее средство, оказывает секретолитическое и секретомоторное действие, подавляющее позывы к кашлю и частоту приступов, уменьшает беспокойство, тревожность, вегетативные нарушения в виде нейроциркуляторной астении, сердцебиений, одышки, головных болей, нарушения сна [10]. Назначается внутрь после еды 3–4 раза в сутки детям старше 12 лет по 200–400 мг, 6–12 лет – по 100–200 мг, 2–6 лет – по 50–100 мг.

Ментол (рацементол) оказывает эффект в основном вследствие рефлекторных реакций, связанных с раздражением чувствительных нервных окончаний: легкое рефлекторное сосудорасширяющее, мягкое спазмолитическое, легкое мочегонное, потогонное действие. Оказывает мягкий седативный эффект при повышенной возбудимости, нарушении сна, раздражении чувствительных рецепторов слизистых оболочек, стимулирует секрецию бронхиальных желез, обладает слабыми антисептическими свойствами вследствие неизбирательного действия на микробные клетки, уменьшает колики при метеоризме.

Пациенты получали Аскорил экспекторант 3 раза в сутки в возрастной дозировке: от 2 до 6 лет по 5 мл (1 чайная ложка), от 6 до 10 лет – по 5–10 мл (1–2 чайные ложки). Курс лечения был начат в первые сутки от начала заболевания, его продолжительность составила

7–10 дней в зависимости от динамики состояния пациентов. Детям второй группы назначался Бромгексин на такой же период.

Наблюдаемые дети в обеих группах были сопоставимы по возрасту и полу. Средний возраст детей в 1-й группе составил 4 ± 2 года (мальчиков 51 (68%) и девочек 24 (32%), во 2-й группе – $4,1 \pm 1,9$ лет (20 (66,7%) и 10 (33,3%) соответственно). Наличие аллергического фона отмечалось в 1-й группе у 55,4% и во 2-й – у 53,3% детей.

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

Врач наблюдал каждого ребенка не менее четырех-пяти раз (1, 3, 5, 7–10-й день терапии). В дневниках ежедневно регистрировалась выраженность симптомов ОРЗ (кашель, одышка, отхождение мокроты) родителями. Каждый симптом оценивался в баллах (0 – отсутствуют; 1 – слабо выражены, кратковременные, не нарушают самочувствие ребенка; 2 – умеренно выражены в течение дня, а также ночью; 3 – сильно выражены в течение дня и ночи, существенно нарушают самочувствие ребенка, аппетит, сон). Затем проводилась суммарная балльная оценка симптомов.

Всем детям проводилось исследование функции внешнего дыхания с помощью бронхофонографии (БФГ) до приема и через час после приема препаратов, а у детей старше 6 лет оценивались также показатели спирометрии. БФГ проводилась с помощью компьютерного акустического диагностического комплекса (КАДК) «Паттерн-01» (регистрационное удостоверение № ФСР 2009/04789). Принцип метода заключается в регистрации дыхательных шумов с помощью специальных микрофонов-датчиков, обладающих высокой чувстви-

тельностью в широком спектре частот, включая те частоты, которые не выявляются при аускультации, но имеют важное диагностическое значение. Компьютерный комплекс «Паттерн-01» позволяет отображать фиксируемые дыхательные шумы на экране монитора, объективно оценивать характеристики дыхательных шумов. Сканирование респираторного цикла производится в частотном диапазоне от 200 до 12600 Гц. Выделяются три зоны частотного спектра: 200–1200 (низкочастотный диапазон), > 1200–5000 (среднечастотный диапазон) и > 5000–12600 Гц (высокочастотный диапазон). Зона высоких частот (выше 5000 Гц) отражает обструктивные изменения в дыхательных путях [11, 12]. С помощью БФГ оценивались следующие параметры: частотно-амплитудные характеристики дыхательных шумов; длительность респираторного цикла; длительность и соотношение фаз выдоха и вдоха; наличие высокочастотных колебаний; акустический компонент работы дыхания (АКРД – итоговая интегральная характеристика экспираторной дыхательной волны, составляющей часть работы легких, рассчитываемая как площадь под кривой в частотно-временной области, измеряется в мкДж).

Спирография проводилась на аппарате «Spirosift-3000» (Fukuda denchi, Япония). Регистрировали форсированную жизненную емкость легких (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха (ОФВ) за первую секунду, пиковую скорость выдоха (ПСВ), минимальную объемную скорость на уровне 25, 50 и 75% ЖЕЛ.

Мониторинг нежелательных эффектов проводился в течение всего периода наблюдения. У 40 детей 1-й группы в возрасте от 2 до 5 лет измерялись также частота сердечных сокращений, систолическое и диастолическое давление до приема препарата и через 20 и 60 минут после его приема в первый день лечения и на 7–10-й день терапии. У 10 детей одновременно проводилась запись показателей

нежелательных

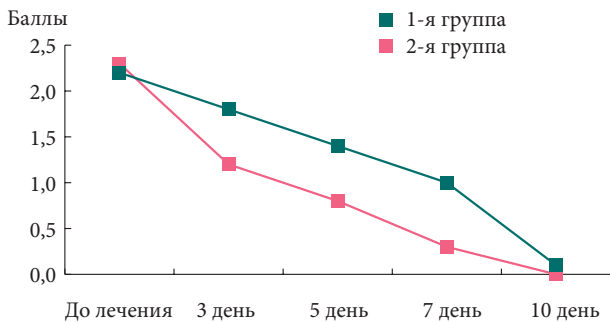


Рис. 1. Динамика симптомов дневного кашля у детей в 1-й и 2-й группах ($p < 0,05$)

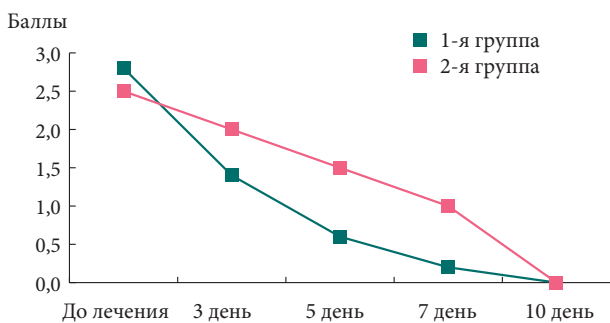


Рис. 2. Динамика симптомов ночного кашля у детей в 1-й и 2-й группах ($p < 0,05$)

ЭКГ до приема Аскорила экспекторанта и через 20 и 60 минут после его приема в первый день лечения и на 7–10-й день терапии.

У детей в 1-й группе наблюдалась более быстрая положительная динамика клинических симптомов, чем в группе сравнения. Значительное снижение тяжести симптомов дневного кашля (с $2,3 \pm 0,6$ до $1,0 \pm 0,3$ балла) отмечалось уже к 4-му дню приема Аскорила экспекторанта, а во 2-й (с $2,2 \pm 0,8$ до $1,0 \pm 0,4$ балла) – только к 7-му дню лечения; $p < 0,05$. Полное исчезновение симптомов дневного кашля (у 93% больных) в 1-й группе отмечалось к 6–7-му дню наблюдения, во 2-й такой же результат (у 93%) был к 9–10-му дню лечения; $p < 0,05$ (рис. 1).

Выраженность симптомов ночного кашля до начала терапии в 1-й группе была $2,7 \pm 0,7$ балла, во 2-й – $2,5 \pm 0,5$. Значительное снижение тяжести симптомов ночного кашля (до $1,0 \pm 0,4$ баллов) в 1-й группе наблюдалось уже к 4-му дню

приема Аскорила экспекторанта, во 2-й (до $1,0 \pm 0,3$ балла) – к 7-му дню лечения; $p < 0,05$. Полное исчезновение симптомов ночного кашля у 93% больных в 1-й группе отмечалось к 5–6-му дню наблюдения, во 2-й такой же результат (93%) был к 8–10-му дню лечения; $p < 0,05$ (рис. 2). У детей, получавших Аскорил экспекторант, исчезновение симптомов кашля отмечалось на 3–4 дня раньше, чем у больных в группе сравнения ($p < 0,05$).

До начала лечения у всех детей имелись затруднения при откашливании мокроты. После назначения терапии у детей 1-й группы кашель становился влажным, наблюдалось улучшение в откашливании мокроты ко 2–3-му дню лечения, во 2-й группе – к 4–5-му ($p < 0,05$).

При суммарной балльной оценке клинических симптомов при назначении Аскорила экспекторанта эффективность лечения была больше по сравнению с группой, в терапии которой присутствовал только муколитик ($p < 0,05$). Выздоровление отмечалось к 6–7-му дню лечения, у детей 2-й группы – к 9–10-му ($p < 0,05$).

Трем детям 1-й группы (4%) в связи с недостаточной эффективностью терапии была добавлена антибактериальная составляющая, однако необходимость ее проведения была существенно ниже, чем во 2-й группе (у 3 детей – 10%; $p < 0,05$).

Ответ на вопрос о том, с чем связана большая эффективность комбинированного препарата, мы получили при оценке функции дыхания. Согласно проведенным ранее исследованиям рост АКРД в высокочастотной части спектра (> 5 кГц) характеризует наличие обструкции бронхов [11]. Клиническое улучшение в 1-й группе сопровождалось достоверным снижением показателей АКРД в высокочастотном диапазоне, при том что они до начала лечения ($> 5–12,6$ кГц) достоверно превышали норму, составляя в этой группе $0,32 \pm 0,16$ мкДж, во 2-й – $0,29 \pm 0,18$ при нор-

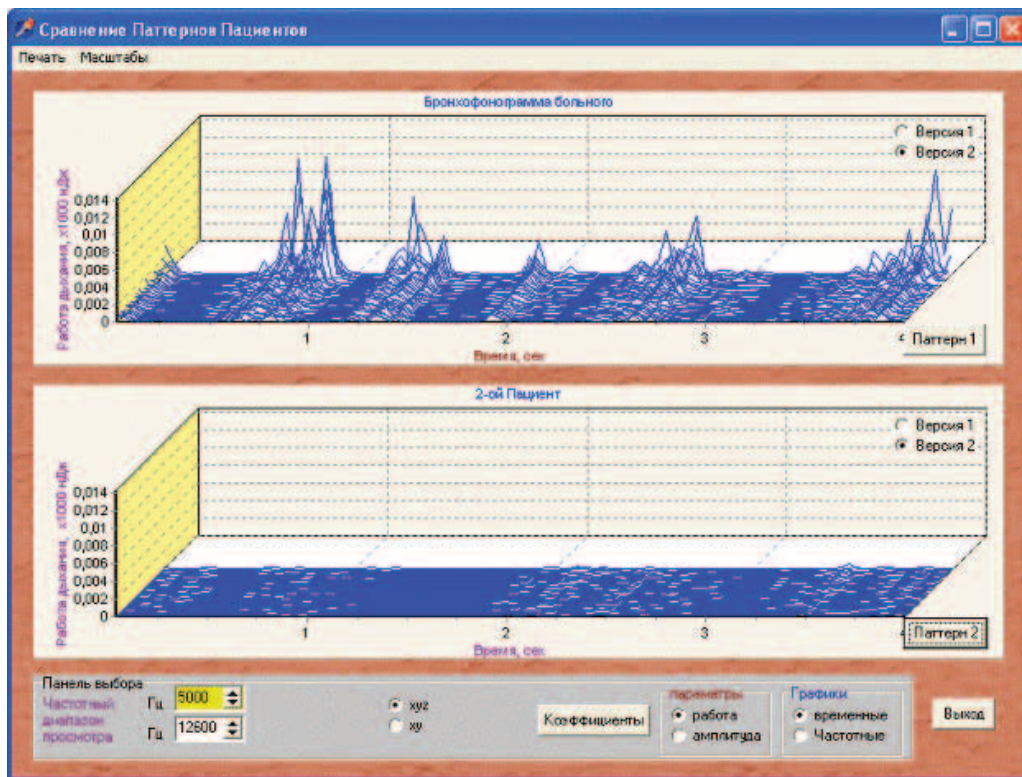


Рис. 3. Паттерны дыхания больного 4 лет в высокочастотной части спектра ($> 5–12,6$ кГц) до и через 60 минут после приема Аскорила экспекторанта



АСКОРИЛ®

ЧИСТЫЙ ЗВУК ВАШИХ ЛЕГКИХ



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

Рег.уд. сироп: ПМ015290101.
Рег.уд. таблетки: ЛСР№013332108.
Состав и форма выпуска:
Сироп 100 и 200 мл, таблетки №10, №20,
в 10 мл сиропа содержится
сальбутамол сульфат 2 мг, бромгексин
гидрохлорид 4 мг, гвайфенезин 100 мг.
1 таблетка содержит:
сальбутамол сульфат 2 мг, бромгексин
гидрохлорид 4 мг, гвайфенезин 100 мг.

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



Реклама



Вся мудрость Востока и современные технологии Запада на благо красоты и здоровья

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

ООО «ГЛЕНМАРК ИМПЭКС», Российское представительство: 115191, г. Москва,
ул. Большая Тульская, д. 10/9, офис 9510. Тел.: +7 (495) 723-72-90, доб 801. www.glenmarkpharma.com



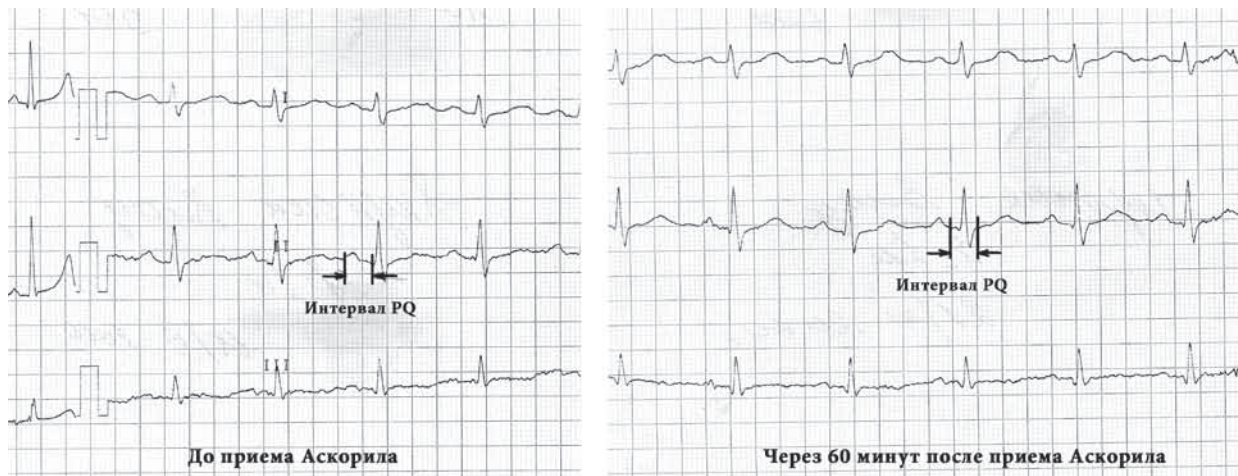


Рис. 4. ЭКГ до и через 60 минут после приема Аскорила экспекторанта у больного 3 лет

ме $0,07 \pm 0,04$ мкДж ($p < 0,05$), что свидетельствовало о наличии у детей бронхиальной обструкции. Клинически мы регистрировали синдром легкой бронхиальной обструкции у 11 детей (15%) в 1-й группе и у 4 во 2-й (13%). Однако, как сказано выше, согласно анатомо-физиологическим особенностям бронхиальная обструкция может быть у значительно большего процента детей.

По данным БФГ мы выявили повышение АКРД в высокочастотном диапазоне ($> 5-12,6$ кГц) у 46 детей (62%) в 1-й группе и у 17 (57%) во 2-й. Уже в первый день приема Аскорила экспекторанта наблюдалось значительное снижение АКРД в высокочастотном диапазоне до $0,18 \pm 0,08$ мкДж ($p < 0,05$), что, по-видимому, было обусловлено наличием в препарате селективного β_2 -агониста. На 3-5-й день терапии бронхиальная проходимость существенно улучшилась, но показатели АКРД до приема Аскорила экспекторанта были $0,16 \pm 0,05$ мкДж, а при исследовании через час после приема препарата приблизилась к норме ($0,09 \pm 0,02$ мкДж). На 7-10-й день терапии показатели АКРД ($0,08 \pm 0,02$ мкДж) были в норме уже до приема Аскорила экспекторанта и не изменялись ($0,07 \pm 0,03$ мкДж) после приема

препарата ($p \pm 0,05$). На рис. 3 показаны паттерны дыхания больного 4 лет до и после приема Аскорила экспекторанта. До приема Аскорила экспекторанта наблюдались волновые колебания в высокочастотной части спектра ($> 5-12,6$ кГц) (верхний график), через 60 минут после приема препарата в 1-й день терапии отмечалось значительное улучшение бронхофонографических показателей с приближением их к норме (нижний график).

Данные БФГ у детей старше 6 лет соответствовали спирографическим показателям. До приема Аскорила экспекторанта в первый день терапии ОФВ₁ был $85,7\% \pm 4,9\%$, а через час после приема препарата – $92,3 \pm 3,8\%$ ($p < 0,05$). В группе сравнения достоверной разницы в показателях до ($87,7 \pm 3,5\%$) и после ($89,1 \pm 4,8\%$) приема Бромгексина не было ($p > 0,05$).

При лечении детей Аскорилом экспекторантом 96% их родителей оценили эффективность препарата как высокую. Действительно, переносимость Аскорила экспекторанта у больных была хорошей. У 1 ребенка наблюдалась аллергическая реакция на препарат в виде сыпи, у остальных детей побочных эффектов и нежелательных реакций при назначении Аскорила не было. После приема этого препарата не отмечалось достовер-

ного изменения частоты сердечных сокращений (у 4 детей (10%) присутствовало недостоверное увеличение частоты сердечных сокращений; $p \pm 0,05$), а также систолического и диастолического давления.

Учитывая упоминание возможных нарушений ритма среди побочных эффектов β_2 -агонистов при ингаляционном применении, мы оценивали данные ЭКГ преимущественно у детей раннего возраста при энтеральном поступлении β_2 -агониста в комбинированном препарате. У наблюдавшихся детей после приема Аскорила экспекторанта не отмечалось изменений показателей ЭКГ: частоты сердечных сокращений, интервала PQ (рис. 4).

Таким образом, применение комбинированного препарата эффективно при кашле вследствие ОРЗ у детей. Назначение Аскорила экспекторанта снижает длительность заболевания, уменьшает проявления бронхиальной гиперреактивности, способствует более быстрому клиническому выздоровлению, что, в свою очередь, снижает риск неадекватного использования системных антибиотиков. В рекомендуемых дозах комбинация « β_2 -агониста + гвайфенезин + бромгексин + рацементол» является безопасной при лечении кашля у детей. ❀



Энцефабол: применение в педиатрии

К.м.н. А.А. ПИЛИПОВИЧ

Термин «ноотропы» (от греческого «ноос» – мышление и «тропос» – стремление вперед) был впервые применен в 1972 г. Cornelia Giurgea для описания эффекта пирацетама (ноотропила). В дальнейшем термин стал использоваться и для других препаратов, способных улучшать когнитивные функции, воздействуя на метаболические процессы в нейронах. Сейчас ноотропами считаются препараты, улучшающие память и способность к обучению, активирующие кортико-субкортикальные связи и интегративные функции мозга, а также средства, повышающие сопротивляемость нервной системы неблагоприятным воздействиям, и «нейро-метаболические» препараты, положительно влияющие на обмен веществ в нервной ткани.

Сфера применения ноотропов чрезвычайно разнообразна. На сегодняшний день они широко используются в неврологии и психиатрии для лечения и профилактики сосудистых и нейродегенеративных заболеваний, а также психоэмоционального стресса. Особую роль ноотропы играют в современной педиатрии. Их применение при олигофрении, церебрастеническом синдроме и других состояниях, плохо поддающихся коррекции, расширило возможности терапии, способствовало улучшению психологической и социальной адаптации больных детей.

Энцефабол является нейродинамиком, нормализующим психическую и моторную деятельность человека путем повышения метаболической активности в нейронах ЦНС. В статье рассматриваются основные механизмы действия препарата и область его применения в педиатрии.

Среди многочисленных ноотропных препаратов, доступных на российском рынке, особое место занимает пириитинол (Энцефабол, Пиридитол, Энербол). Это единственный ноотропный препарат, выпускающийся не только в виде таблеток, но и в виде суспензии, что наиболее удобно для новорожденных и детей до 7 лет. Пириитинол используется в качестве ноотропного препарата уже около 40 лет, и за это время успел зарекомендовать себя как эффективное и, что особенно важно, безопасное и хорошо переносимое средство, что делают препарат незаменимым в педиатрической практике.

Пириитинол относится к классу препаратов метаболического действия, которые по своей структуре идентичны биологически активным веществам, присутствующим в центральной нервной системе человека. Такая схожесть их строения обуславливает активное участие препарата в обменных процессах в головном мозге. По химической структуре Энцефабол

представляет две молекулы витамина В6 (пиридоксин), связанные дисульфидным мостиком. Но хотя по своей химической структуре пириитинол близок к пиридоксину, он обладает специфическим механизмом действия. Энцефабол является нейродинамиком, нормализующим психическую и моторную деятельность человека путем повышения метаболической активности в нейронах ЦНС. Энцефабол оказывает влияние на интеллектуально-мнестические функции (ноотропный эффект), обладает нейропротекторными и антиоксидантными свойствами, причем антиоксидантный механизм является одним из ведущих в его фармакологической активности [1, 2]. Механизм действия пириитинола еще недостаточно известен, и по мере его изучения, спектр применения препарата расширяется.

Рассмотрим основные **фармакокинетические и фармакодинамические свойства энцефабола**. Пириитинол быстро абсорбируется в желудочно-кишечном тракте

педиатрия



и обладает хорошей биодоступностью (76–93%), максимальная концентрация препарата в плазме достигается через 30–60 минут. Связывание с белками плазмы составляет 20–40%. Важным свойством пиритинола является его способность легко проникать через гематоэнцефалический барьер. Основные метаболиты пиритинола: 2-метил-3-гидрокси-4-гидроксиметил-5-метилмеркаптометилпиридин и 2-метилсульфинилметилпиридин накапливаются преимущественно в сером веществе головного мозга. При повторном приеме кумуляции не наблюдается. Конъюгированные метаболиты выводятся преимущественно почками, большая часть выводится в течение первых 4 ч после приема, суммарное выведение с мочой в течение 24 ч составляет 72,4–74,2%. Через кишечник выводится только 5%. Время полувыведения составляет около 2,5 ч.

селективно изменяет проницаемость клеточных мембран, кроме того он способен влиять на нейромедиаторные системы головного мозга [2, 3]. Энцефабол обладает мембраностабилизирующими, антиоксидантными, антигипоксическими и нейропротективными свойствами.

Действие препарата прежде всего основано на повышении синтеза фосфатов, особенно АТФ, и ускорении его метаболического оборота [2], кроме того, препарат снижает транспорт фосфатов через гематоэнцефалический барьер. Таким образом, происходит накопление фосфатов внутри клетки, что повышает ее энергетический потенциал, поскольку фосфаты являются основным источником энергетического обеспечения нейрона. Увеличение содержимого АТФ происходит и в мембранах эритроцитов, что повышает их пластичность, приводит к снижению вязкости крови и улучшению кровотока, то есть улучшаются реологические свойства крови. Усиливая кровоток в ишемизированных участках мозга, пиритинол увеличивает их снабжение кислородом и повышает обмен глюкозы.

Установлено, что Энцефабол повышает метаболизм глюкозы в головном мозге [4] и приводит к повышению уровня утилизации глюкозы в коре, базальных ганглиях (полосатое тело, гипоталамус) и мозжечке [5]. Одновременно обнаруживается повышение уровня лактатдегидрогеназы и происходит снижение патологически увеличенного в условиях ишемии уровня лактата (данные получены при лечении энцефаболом детей с интеллектуальной недостаточностью). В результате улучшаются показатели памяти и восстанавливаются нарушенные обменные процессы в нервной ткани (ноотропный эффект) [2, 6, 7].

Энцефабол принимает непосредственное участие в белоксинтетических процессах нервных клеток, в частности, процессах биосинтеза информационной РНК [8], что, возможно, играет роль в реали-

зации мнемотропных эффектов препарата.

Мембраностабилизирующее и антиоксидантное действие Энцефабола имеет экспериментальные подтверждения, оно осуществляется с помощью регуляции синтеза фосфолипидов и белков клетки, ингибирования ферментов лизосом и предотвращения образования свободных радикалов. В исследовании А. Pavlík и J. Pilar [9], уменьшение количества свободных радикалов было объективизировано при помощи магнитно-резонансной спектроскопии. Доказательство способности Энцефабола защитить нейроны от повреждающего действия свободных радикалов, образующихся при ишемии и отеке головного мозга представлены в нескольких экспериментальных работах [10, 11]. Нейропротективный эффект Энцефабола связан со способностью стабилизировать клеточные мембраны нейронов [2] и улучшать реологические свойства крови [5].

Эффекты Энцефабола осуществляются также посредством воздействия на нейромедиаторные системы мозга. За счет активации биосинтеза и синаптического высвобождения ацетилхолина, Энцефабол повышает его уровень в коре головного мозга. Кроме того, препарат способен увеличивать чувствительность постсинаптических ацетилхолинергических мембран, тем самым улучшая холинергическую передачу между клетками нервной ткани. Как известно, когнитивные нарушения прежде всего обусловлены холинергическим дефицитом [1, 2]. Способность Энцефабола восстанавливать холинергический дефицит была подтверждена экспериментальными данными. K.J. Martin и S. Vyas [12] выявили повышение уровня эндогенного ацетилхолина в коре и полосатом теле у старых крыс, получавших Энцефабол в течение 2–3 недель. А. Toledano и M.L. Ventura [13] показали, что Энцефабол не только приводит к повышению активности ацетилхолинергической системы, но и препятствует гибели ацетил-

Среди многочисленных ноотропных препаратов, доступных на российском рынке, особое место занимает пиритинол (Энцефабол, Пиридитол, Энербол). Это единственный ноотропный препарат, выпускающийся не только в виде таблеток, но и в виде суспензии, что наиболее удобно для новорожденных и детей до 7 лет.

Энцефабол относится к ноотропным средствам, и, соответственно, основные механизмы его действия связаны с улучшением метаболизма и биоэнергетических процессов в нервной клетке. Энцефабол повышает синтез фосфатов (аденозинтрифосфат-АТФ, креатинфосфат), увеличивает захват и утилизацию глюкозы клеткой, активирует протеин-синтезирующие системы (то есть усиливает метаболизм белков и нуклеиновых кислот),



холинергических нейронов при условии умеренного повреждения (при значительном повреждении подобный эффект не выявлялся). Воздействуя на холинергическую нейромедиацию, Энцефабол обеспечивает восходящее активирующее влияние ретикулярной формации на кору головного мозга (нейродинамический эффект) и улучшает когнитивные способности. Необходимо отметить, что помимо положительного влияния на ацетилхолинергическую систему [3, 12, 13], Энцефабол способствует восстановлению NMDA-рецепторов в головном мозге. Также имеются противоречивые экспериментальные данные, свидетельствующие о влиянии Энцефабола на серотонинергическую [2], допаминергическую [10] и ГАМК-эргическую [13, 14] системы, и отрицающие это влияние [2]. Очевидно, что данный спектр действия препарата нуждается в более углубленном изучении.

Рассмотрев основные механизмы действия препарата, можно очертить **область применения энцефабола в педиатрии**. Препарат рекомендуется при следующих неврологических и психиатрических заболеваниях у детей: церебрастенический синдром, задержка психического развития и олигофрения различной этиологии, фенилкетонурия и различные дисметаболические энцефалопатии, экзогенные интоксикации, последствия энцефалита, дискинезии, миоклоническая эпилепсия. Обоснованием применения Энцефабола в нейропедиатрической практике являются результаты экспериментальных исследований, которые свидетельствуют о способности препарата уменьшать выраженность перинатальных гипоксических повреждений головного мозга [4, 10, 15].

Прежде всего, следует называть нейростимулирующее действие Энцефабола, его особую эффективность при различных вариантах астенического синдрома (астеновегетативный, астенодепрессивный, астенопоходрический). Препарат стимулирует

общую и психомоторную активность ребенка, повышает скорость психических процессов, улучшает концентрацию внимания, умственную работоспособность, эмоционально-волевые характеристики. У детей отмечается улучшение памяти и познавательных функций, повышается способность к усвоению новой информации [16–19]. Как уже говорилось, влияние Энцефабола на когнитивные функции обусловлено усилением метаболических процессов в головном мозге и воздействием на ацетилхолинергическую систему, повышением уровня ацетилхолина в коре и увеличением чувствительности постсинаптических ацетилхолинергических мембран [5, 12]. Ноотропное действие препарата было неоднократно продемонстрировано в экспериментальных работах [6, 7] и подтверждено клиническими исследованиями, проведенными вначале на здоровых добровольцах [2], затем на взрослых пациентах с различными заболеваниями, характеризующихся снижением интеллектуальных функций [2] и, наконец, у детей [16–19]. Улучшение в нейропсихологической сфере подтверждаются электрофизиологическими изменениями, связанными с активацией ретикулярной формации ствола головного мозга и структур лимбической системы (гиппокамп, миндалевидное ядро). Под влиянием Энцефабола происходит усиление α -активности при одновременном снижении медленно-волновой активности [20]. Считается, что в основе этих изменений лежит подавление пресинаптических механизмов торможения.

В меньшей степени Энцефабол влияет на динамику развития очаговой неврологической симптоматики (речевые, двигательные нарушения). Вероятно, это влияние осуществляется посредством воздействия на зону перифокального отека вокруг очага, препарат препятствует прогрессированию ишемии и способствует улучшению метаболизма в поврежденных тканях [1]. В данном случае важную

Энцефабол повышает метаболизм глюкозы в головном мозге и приводит к повышению уровня утилизации глюкозы в коре, базальных ганглиях (полосатое тело, гипоталамус) и мозжечке. Одновременно обнаруживается повышение уровня лактатдегидрогеназы и происходит снижение патологически увеличенного в условиях ишемии уровня лактата. В результате улучшаются показатели памяти и восстанавливаются нарушенные обменные процессы в нервной ткани.

роль играет свойство препарата стимулировать метаболизм нервных клеток – повышать синтез АТФ и увеличивать захват и потребление глюкозы, а также защищать нейроны от повреждающего действия образующихся при ишемии свободных радикалов (мембранопротекторный и антиоксидантный эффект). При ишемии гибель клеток бывает обусловлена, прежде всего, энергодефицитом [4]. Энцефабол оказывает непосредственное влияние на метаболические процессы в стенке мозговых сосудов и нормализует работу сосудодвигательных центров головного мозга. За счет этого отмечается улучшение кровотока в ишемизированных регионах ЦНС. Улучшение микроциркуляции происходит также в результате изменения реологических свойств крови под влиянием препарата (повышения эластичности эритроцитов и уменьшение вязкости крови, за счет увеличения содержания АТФ в мембране эритроцитов) [21, 22].

Как известно, воздействие хронического стресса любой этиологии, так же как и ишемическое повреждение, способно нарушать энергетические реакции в нейронах, соответственно, нейрометаболические и мембранопротекторные



Воздействие хронического стресса любой этиологии, так же как и ишемическое повреждение, способно нарушать энергетические реакции в нейронах, соответственно, нейрометаболические и мембранопротекторные свойства Энцефабола определяют его стрессопротекторный эффект.

медленная

свойства Энцефабола определяют его стрессопротекторный эффект. С точки зрения влияния Энцефабола на перинатальную патологию, интересно более подробно рассмотреть несколько работ отечественных авторов, посвященных применению препарата у детей разных возрастных групп с интеллектуальным отставанием. В 2010 году профессор Н. Маслова с коллегами опубликовала результаты работы, посвященной применению препарата Энцефабол у детей с когнитивными нарушениями и изменениями ЭЭГ. Докторами было обследовано 30 школьников 11–14 лет с диагнозом «гиперактивность с дефицитом внимания» [16]. Детям было проведено углубленное обследование с изучением анамнеза, особенностей перинатального периода и раннего развития, оценивался неврологический статус, когнитивные функции по краткой шкале оценки психического статуса (MMSE), проводилась компьютерная ЭЭГ и, при необходимости, нейровизуализация. Никто из детей не набрал менее 23 баллов по шкале MMSE, таким образом, значительное снижение интеллектуальных функций было исключено. У 14 (46,6%) детей выявлялся патологический тип ЭЭГ: у 5 (35,7%) пациентов была выявлена выраженная ирритация основного ритма вплоть до наличия патологических острых волн; у 9 (64,3%) пациентов – наличие комплексов «острая – медленная волна», патологических острых волн, комплексов «спайк-волна». С целью коррекции когнитивных

нарушений и улучшения показателей ЭЭГ детям был проведен курс лечения препаратом Энцефабол (суспензия) в суточной дозе 10 мл в течение месяца. Затем было проведено повторное тестирование по шкале MMSE и ЭЭГ-обследование и было отмечено улучшение как ЭЭГ-данных, так и когнитивных показателей.

На основании полученных данных авторами был сделан следующий вывод: у детей с диагнозом «гиперактивность с дефицитом внимания» и патологическим типом ЭЭГ обнаруживается снижение когнитивных функций; применение препарата Энцефабол позволяет повысить когнитивные показатели пациентов, что сопровождается улучшением данных ЭЭГ [16].

Другое исследование у детей той же возрастной группы было проведено в НИИ педиатрии Н.В. Андреевко с коллегами [18]. Авторы изучали эффективность Энцефабола в коррекции когнитивных нарушений у мальчиков школьного возраста. У 14 мальчиков 10–15 лет были исследованы восемь параметров когнитивных функций (гнозис, праксис, мышление и др.) до и после терапии Энцефаболом. В исследование были включены: 5 детей с интеллектуальной недостаточностью легкой степени, 4 ребенка с гиперкинетическими расстройствами в сочетании с нарушением активности и внимания (синдром дефицита внимания с гиперактивностью), 5 мальчиков с посттравматической церебрастенией (легкие когнитивные расстройства в связи с травмой головного мозга). Для исследования когнитивных функций авторы использовали тестовые компьютерные системы Ритмотест, Бинатест, Мнемотест, которые позволяют количественно оценить параметры познавательных функций. Энцефабол принимался в течение месяца, по 2 чайные ложки суспензии (200 мг) в день. Сравнительное изучение действия Энцефабола показало его эффективность в коррекции нарушений всех функций во всех исследуемых группах. Однако

в наилучший результат был отмечен у детей с посттравматической церебрастенией в коррекции нарушений восприятия, внимания, памяти, мелкой моторики и пространственной координации.

В результате проведенного исследования авторы делают следующие выводы: у детей с неврологическими заболеваниями, сопровождающимися дефицитом когнитивных функций, подтверждена эффективность суспензии Энцефабол как препарата ноотропного действия. С помощью метода цифрового исследования когнитивных функций тестовыми компьютерными системами выявлено улучшение процессов восприятия, внимания, памяти, зрительно-моторной координации и аналитико-синтетических процессов; применение Энцефабола рекомендовано при парциальном или полифункциональном дефиците когнитивных функций [18]. Эффективность Энцефабола у новорожденных с последствиями перинатальных осложнений изучалась в акушерской клинике при Пражском университете [17]. Было обследовано 128 новорожденных с крайне высоким риском постоянного мозгового повреждения. 62 пациента составили контрольную группу, а 66 новорожденных с 3-го дня жизни в дополнение к обычному лечению получали пиритинол. Препарат был назначен в форме суспензии. Первоначальная доза составила 1 мл/сут, после 1 месяца увеличивалась до 5 мл. Прием пиритинола продолжался от 4 до 12 месяцев, в среднем до 6-го месяца жизни. В конце первого трехмесячного этапа терапии было выявлено явное преобладание нормальных неврологических данных в группе детей, получавших пиритинол (39,4%) по сравнению с контрольной группой (11,3%). Уменьшение острых симптомов задержки умственного развития и гипертонического синдрома у новорожденных, получавших Энцефабол, свидетельствовало о постепенном созревании центральной нервной системы.



Обследование показало, что разница между двумя группами становится еще более выраженной к концу второго трехмесячного этапа развития ребенка. В группе детей, получавших лечение Энцефаболом, преобладали показатели нормального неврологического развития, сформировавшийся синдром церебрального паралича был зарегистрирован в 7,5% случаев (в контрольной группе – 17,7%). К концу первого года жизни показатели, свидетельствующие о нормальном неврологическом развитии, были зафиксированы у 57 детей (86,4%) в группе, получавшей пиритинол, в контрольной группе – у 32 пациентов (51,6%). Обе группы детей находятся под наблюдением исследователей до настоящего времени. На данный момент возраст детей в группе, проходившей лечение, составляет 4–8 лет, а в контрольной группе – 4–10 лет. В группе, получавшей пиритинол, нормальное психомоторное развитие сохранилось у 59 детей (88,7%), в контрольной группе – только у 29 детей (46,8%). Наиболее серьезные неврологические нарушения, выявленные в ходе исследования: церебральный паралич, эпилепсия и умственные дефекты. Церебральный паралич развился у 7 детей (11,3%) в группе, получавшей пиритинол, и у 22 детей (33,4%) в контрольной группе, то есть число случаев церебрального паралича в контрольной группе было в три раза больше. Не было отмечено ни одного случая эпилепсии в группе, получавшей пиритинол, тогда как в контрольной группе выявлено 11 случаев заболевания (17,7%). Умственные дефекты были обнаружены в двух случаях гипотонической формы церебрального паралича в группе, проходившей лечение, и в шести случаях в контрольной группе. В заключение авторы работы отметили, что пиритинол действует как нейродинамический стимулятор метаболизма нервных клеток и ускоряет восстановление функций мозга, но препарат необ-

ходимо применять в ранней стадии послеродового периода. Эта гипотеза была подтверждена предыдущими исследованиями на 50 новорожденных с подобными перинатальными нарушениями, которым пиритинол начали давать только после шестого месяца жизни, в этих случаях препарат оказался неэффективным. Таким образом, раннее и продолжительное применение пиритинола является перспективным для лечения перинатальных нарушений и профилактики их дальнейших последствий [17].

Приведенные выше данные исследований влияния Энцефабола на нейропсихологические и неврологические показатели как у детей школьного возраста, так и у новорожденных наглядно демонстрируют эффективность применения препарата в нейрорепедиатрической практике.

Противопоказанием к применению Энцефабола является прежде всего повышенная чувствительность к пиритинолу. Необходимо отметить, что у пациентов с гиперчувствительностью к D-пеницилламину могут наблюдаться схожие побочные эффекты вследствие химического сходства с пиритинолом (тиоловые группы). К относительным противопоказаниям относятся: заболевания почек в анамнезе, выраженные нарушения функции печени, гематологические и аутоиммунные заболевания (например, системная красная волчанка), миастения, пемфигус, непереносимость фруктозы. Следует с осторожностью назначать препарат пациентам с ревматоидным артритом, поскольку побочные эффекты пиритинола в этой группе пациентов наблюдаются более часто в связи с основной противовоспалительной терапией.

Среди противопоказаний упоминаются судорожные припадки в анамнезе и снижение порога пароксизмальной активности [2]. В этой связи нужно заметить, что существуют экспериментальные данные, свидетельствующие о потенциальном противосудорож-

ном эффекте Энцефабола [2], хотя клинических исследований в этой области не проводилось. В экспериментальных исследованиях не установлено наличия тератогенного или эмбриотоксического действия. Тем не менее, поскольку пиритинол проникает через плацентарный барьер и в незначительных количествах выделяется с грудным молоком, необходимо тщательно проанализировать соотношение «риск-польза» при применении препарата в случае **беременности и в период лактации**.

Суспензия Энцефабол молочно-белого цвета, вязкая, с ароматным запахом. 5 мл суспензии содержат 80,5 мг основного действующего вещества – пиритинола и вспомогательные компоненты. Суспензия применяется для новорожденных и детей до 7 лет.

Суспензия Энцефабол молочно-белого цвета, вязкая, с ароматным запахом. 5 мл суспензии содержат: 80,5 мг основного действующего вещества – пиритинола и вспомогательные компоненты: натрия сахарината дигидрат, пропилпарагидроксибензоат, метилпарагидроксибензоат, лимонной кислоты моногидрат, калия сорбат, коктейль из натуральной эссенции, эссенция натуральная специальная, повидон, кремния диоксид коллоидный, гидроксиэтилцеллюлоза, глицерин 85%, сорбитола раствор 70%, вода очищенная. Суспензия применяется для новорожденных и детей до 7 лет.

Дозу Энцефабола определяют в зависимости от стадии патологического процесса и индивидуальной реакции:

- для новорожденных – с 3-го дня жизни по 1 мл суспензии в день утром в течение месяца;
- со 2-го месяца жизни следует увеличивать дозу на 1 мл каждую неделю до 5 мл (1 чайная ложка) в день;



- для детей от 1 года до 7 лет – по 1/2–1 чайной ложке суспензии 1–3 раза в день;
- для детей старше 7 лет – по 1/2–1 чайной ложке суспензии 1–3 раза в день или 1–2 таблетки 1–3 раза в день.

У детей с диагнозом «гиперактивность с дефицитом внимания» и патологическим типом ЭЭГ обнаруживается снижение когнитивных функций; применение препарата Энцефабол позволяет повысить когнитивные показатели пациентов, что сопровождается улучшением данных ЭЭГ.

Принимать препарат следует во время или после еды. При нарушениях сна не рекомендуется принимать вечером или на ночь последнюю дневную дозу. Длительность лечения зависит от клинической картины заболевания. При *острых состояниях* и назначении препарата в высоких дозах заметный терапевтический эффект достигается уже через несколько ча-

сов или суток. При хронических заболеваниях эффект достигается после 2–4 недель лечения. Оптимальный и устойчивый эффект наступает обычно через 6–12 недель. Длительность лечения при хронических заболеваниях должна составлять не менее 8 недель. В отдельных случаях целесообразно и более длительное применение. У новорожденных с высоким риском развития перинатальной патологии средняя продолжительность лечения составляет 6 месяцев, при этом через 3 месяца следует проверить наличие показаний для дальнейшего лечения.

Побочные эффекты Энцефабола

Важнейшей клинической характеристикой Энцефабола является его безопасность, что особенно важно при применении препарата в педиатрии, где проблеме безопасности терапии придается особое значение.

Побочные реакции при приеме Энцефабола возникают редко. Как правило, они связаны с неспецифическим активирующим воздействием препарата на структуры центральной нервной системы: может отмечаться бессонница, повышенная воз-

будимость, раздражительность, двигательное беспокойство, ухудшение сна [22]. В этой связи следует отметить, что экспериментальные данные свидетельствуют о способности Энцефабола влиять на фазу парадоксального сна, уменьшая ее продолжительность [23]. Среди более редких побочных явлений со стороны ЦНС отмечаются головная боль, головокружение, утомляемость.

Возможна индивидуальная непереносимость в виде кожных изменений (эритемы, фотосенсибильного дерматита, зуда, повышение температуры тела) или диспепсических явлений (тошноты, рвоты, диареи, снижения аппетита). Среди редких побочных явлений упоминается повышение активности сывороточных трансаминаз и холестатический синдром. Описан случай возникновения на фоне приема Энцефабола острого панкреатита, предположительно, дизиммунного генеза. Каких либо неблагоприятных эффектов на сердечно-сосудистую и дыхательную системы энцефабол не оказывает, влияние на вегетативную нервную систему минимально [2].

Побочные явления чаще всего носят преходящий характер и не требуют отмены препарата. ✨

Литература
с. 80 →

Справка

Энцефабол производится в 2 формах: таблетки, покрытые оболочкой, по 100 мг, и суспензия для перорального применения по 200 мл во флаконе. *Таблетки Энцефабол* круглые, с глянцевой поверхностью желтого цвета, двояковыпуклые. В одной таблетке кроме 100 мг пиритинола дигидрохлорида моногидрата содержится магния стеарат, натрия кармеллоза 7000, коллоидный диоксид кремния,

карбоксикрахмал натрия, моногидрат лактозы, порошкообразная целлюлоза. Каждая таблетка покрыта специальным составом, включающим горный гликолевый воск, желтый краситель, желатин, пшеничную муку, диоксид титана, тальк, сахароз, каолин. Таблетки Энцефабол реализуются в блистерах по десять таблеток. В картонной упаковке по пять блистеров.

пиритинол

ЭНЦЕФАБОЛ®

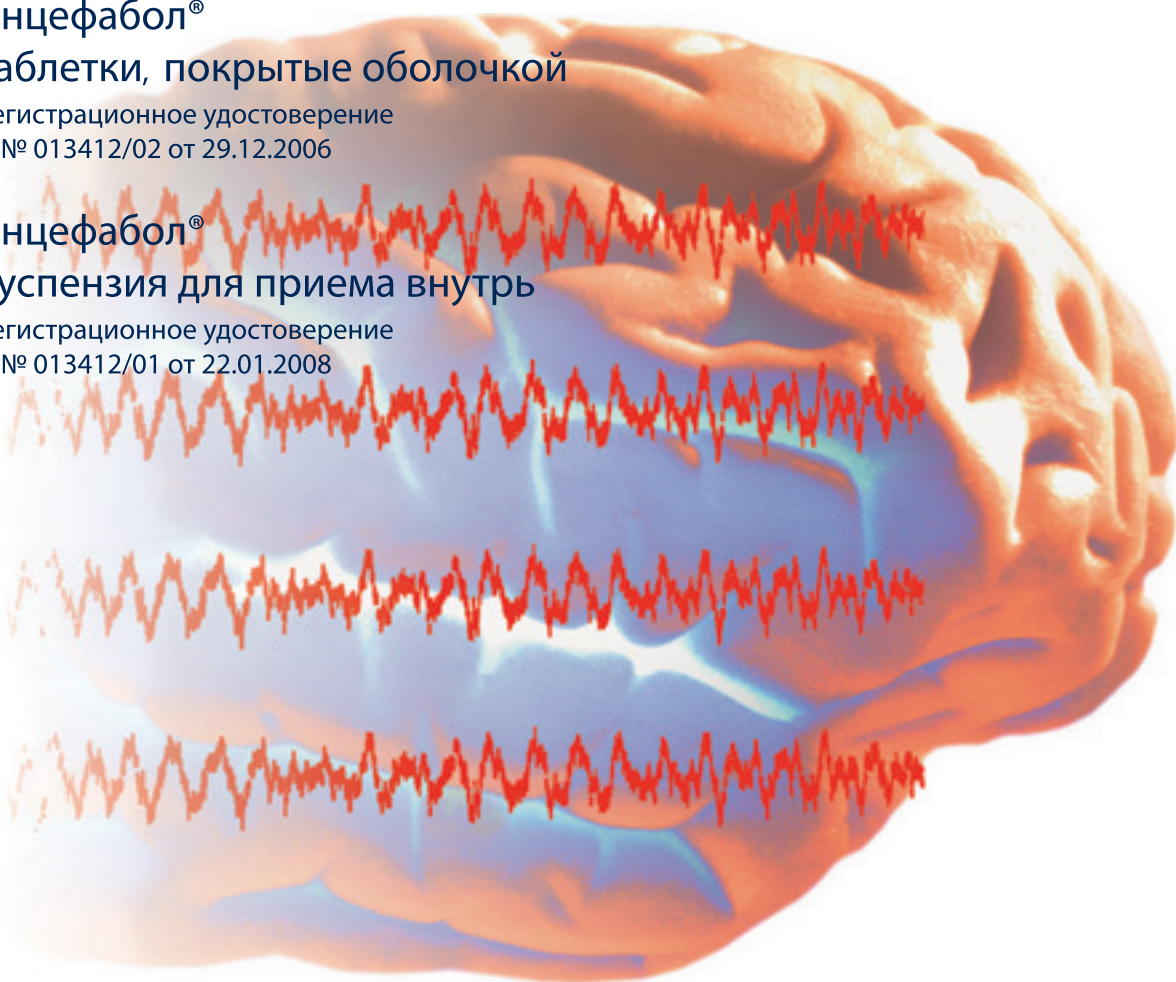
**Новая жизнь сосудов и клеток
ГОЛОВНОГО МОЗГА**

Энцефабол®
таблетки, покрытые оболочкой

Регистрационное удостоверение
П № 013412/02 от 29.12.2006

Энцефабол®
суспензия для приема внутрь

Регистрационное удостоверение
П № 013412/01 от 22.01.2008



Реклама

ООО «Никомед Дистрибьюшн Сентэ»
119048, г. Москва, ул. Усачева, д. 2, стр.1
Тел.: (495) 933 55 11
Факс: (495) 502 16 25

NYCOMED

Информация для специалистов здравоохранения



ГОУ ДПО Российская медицинская академия последипломного образования Росздрава¹, ФГБУ НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи Минздравсоцразвития²

Особенности системы интерферона при острых респираторных инфекциях и клинико-иммунологическая эффективность модифицированной интерферонотерапии у детей раннего возраста

Д.м.н., проф. И.Н. ЗАХАРОВА¹, Л.Б. ТОРШХОЕВА¹, д.м.н., проф. А.Л. ЗАПЛАТНИКОВ¹, д.м.н., проф. Н.А. КОРОВИНА¹, д.м.н., проф. В.В. МАЛИНОВСКАЯ², Т.А. ЧЕБОТАРЕВА¹, Н.С. ГЛУХАРЕВА¹, Х.И. КУРБАНОВА², д.м.н., проф. Н.С. КОРОИД¹

Целью настоящей работы явилось изучение клинико-иммунологической результативности различных схем комбинированного применения (эндонозально + ректально) Виферона при лечении детей с острыми респираторными инфекциями.

Острые респираторные инфекции (ОРИ) занимают ведущее место в структуре инфекционной патологии у детей. Высокая заболеваемость ОРИ объясняется легкостью передачи инфекции, многообразием респираторных вирусов и их антигенной изменчивостью, наличием большого количества пневмотропных бактерий, а также возможностью длительной персистенции возбудителей на фоне возрастных особенностей иммунитета (незрелость, «поздний старт», отсутствие предшествующего иммунологического опыта). Учитывая широкое распространение ОРИ в педиатрической практике и высокий риск развития тяжелых форм заболевания, особенно у детей раннего возраста, проблема эффективной профилактики и терапии острых респираторных инфекций по-прежнему актуальны [5–7]. Важнейшим звеном врожденного иммунитета является система ин-

терферона, поэтому при лечении детей с ОРИ одним из наиболее перспективных направлений представляется применение интерферона или его индукторов [8–16]. Особое место в педиатрической практике занимает препарат ВИФЕРОН[®] – генно-инженерный интерферон альфа-2b, безопасность и эффективность которого как при эндонозальном, (в виде мази и геля), так и при ректальном (в виде суппозитория) использовании у детей доказана в ряде исследований [17–19].

Материалы и методы исследования

В 2008–2010 гг. проведено открытое рандомизированное сравнительное исследование по изучению эффективности и безопасности комбинированной терапии препаратом ВИФЕРОН[®] в различных режимах дозирования при стационарном лечении ОРИ у детей раннего возраста.

Критерии включения: возраст пациента от 1 месяца до 3 лет, диагноз ОРИ, продолжительность заболевания не более 2 суток, отсутствие указаний на противовирусную и/или иммуномодулирующую терапию, подписанное добровольное информированное согласие законного представителя ребенка. Всего в исследовании участвовал 91 ребенок (49 мальчиков и 42 девочки). Методом случайного распределения дети были рандомизированы в 3 группы. При этом в основной группе (n = 30) и в группе сравнения (n = 31) помимо базисного лечения детям назначали комбинированную терапию Вифероном в разных режимах дозирования (табл. 1).

В основной группе в течение первых 5 дней терапии ВИФЕРОН[®] использовали в виде ректальных суппозитория (500 000 МЕ 2 раза в сутки) в комбинации с эндонозальным введением мази (2500 МЕ 3–4 раза в сутки). В последующие 5 дней лечения переходили на более низкие дозы препарата. При этом ректально ВИФЕРОН[®] назначали по 150 000 МЕ 2 раза в сутки, в то время как доза эндонозального введения препарата не изменялась и составляла 2500 МЕ 3–4 раз в сутки. Дети из группы сравнения на протяжении всех 10 дней лечения получали ВИФЕРОН[®]



(суппозитории) в стандартной дозе 150 000 МЕ (ректально) 2 раза в сутки и ВИФЕРОН[®] (мазь) по 2500 МЕ 3–4 раза (интраназально). В контрольной группе (n = 30) использовали только базисную терапию (табл. 1).

В специально разработанных индивидуальных картах наблюдения ежедневно регистрировали выраженность всех симптомов заболевания, фиксировали результаты лабораторных и инструментальных исследований, а также переносимость препаратов и наличие побочных явлений. Систему интерферона оценивали в динамике (до и после окончания терапии) на основании определения ИФН-α и γ, циркулирующих в сыворотке крови, а также в носоглоточных смывах. Концентрацию сывороточных ИФН-α и γ определяли методом твердофазного «сэндвич»-ИФА ELISA, используя стандартные тест-системы «ИФА-БЕСТ» (ЗАО «Вектор-БЕСТ»). Для определения индуцированной продукции интерферона *in vitro* использовали супернатанты. Индукцию ИФН-α осуществляли с помощью вируса болезни Ньюкасла (ВБН), штамм Канзас (концентрация – 1 ЦПЕ/мл), индукцию ИФН-γ – с помощью фитогемагглютинина (концентрация 5 пкг/мл). Исследование интерферонов статуса проводили в отделе интерферона ФГБУ НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи Минздравсоцразвития России.

Статистическую обработку выполняли на персональном компьютере с использованием пакета прикладных программ Microsoft Excel 2007 и Biostatica V 4.03 с вычислением средней арифметической (M) и ее стандартной ошибки (m). Статистическая значимость различий количественных признаков была оценена с использованием непараметрических (серийный критерий, критерии Манна–Уитни и Вилкоксона) и параметрических (t-критерий Стьюдента) методов. Статистически значимыми считались отличия при p < 0,05. Связь между изучаемыми пока-

зателями оценивалась по результатам корреляционного анализа с вычислением коэффициента корреляции Пирсона (r).

Результаты и обсуждение

Изучение интерферонов статуса, проведенное в период разгара ОРИ, показало, что у большей части детей имели место разнонаправленные изменения. При этом преобладающими тенденциями являлись неадекватно низкие значения анализируемых показателей. Так у 67,7 ± 5,9% детей значения ИФН-α в сыворотке были резко снижены и находились за пределом чувствительности тест-систем (ниже 2 пг/мл). Значительно реже определялись нормальные или повышенные значения сывороточного ИФН-α в диапазоне от 2,0 до 5,0 пг/мл и выше 5,0 пг/мл – по у 16,1 ± 4,7% соответственно (p < 0,001). Аналогичная ситуация была отмечена и при анализе показателей, характеризующих сывороточные концентрации ИФН-γ. При этом низкие значения ИФН-γ в сыворотке (ниже 2 пг/мл) регистрировали в 4,8 раз чаще, чем значения в диапазоне от 2,0 до 10,0 пг/мл и выше 10,0 пг/мл (p < 0,001). При изучении индуцированной про-

дукции интерферона было отмечено, что в период разгара ОРИ значительно чаще имели место нарушения в системе ИФН-γ. Так, если низкий уровень продукции ИФН-α выявляли в 22,6 ± 5,3%, то снижение ИФН-γ было обнаружено у 40,3 ± 6,2% обследованных (p < 0,01). Анализ особенностей показателей интерферонов статуса в носоглоточных смывах показал, что существенное снижение ИФН-α (< 2,0 пг/мл) имело место у 38,7 ± 6,1% детей. Еще более часто выявляли значимое снижение содержания в носоглоточных смывах ИФН-γ. Так, снижение концентрации ИФН-γ в носоглоточных смывах ниже 2,0 пг/мл было отмечено у 48,4 ± 6,4% детей раннего возраста с ОРИ. Проведенный корреляционный анализ зависимости уровня ИФН-α и ИФН-γ в носоглоточных смывах от их концентраций в сыворотке крови выявил некоторые особенности: если концентрация ИФН-α в носоглоточных смывах не зависела от значений ИФН-α в сыворотке (r = 0,09), то уровень ИФН-γ имел умеренную прямую корреляцию с концентрацией сывороточного ИФН-γ (r = 0,46).

Таким образом, полученные результаты свидетельствовали, что

Таблица 1. Группы наблюдения и особенности проводимой терапии

Группы наблюдения	Особенности терапии	Режим дозирования и схема применения Виферона
Основная (n = 30)	ВИФЕРОН [®] (мазь)	ВИФЕРОН [®] (мазь): 2500 МЕ в каждый носовой ход 3–4 раза в сутки, ежедневно в течение 10 дней*
	+ ВИФЕРОН [®] (суппозитории)	+ ВИФЕРОН [®] (суппозитории): В течение первых 5 дней 500000 МЕ (ректально) 2 раза в сутки, ежедневно; В течение 6–10 дня - 150000 МЕ (ректально) 2 раза в сутки, ежедневно
	+ Базисная терапия	
Сравнения (n = 31)	ВИФЕРОН [®] (суппозитории)	ВИФЕРОН [®] (мазь): 2500 МЕ в каждый носовой ход 3–4 раза в сутки, ежедневно в течение 10 дней*
	+ Базисная терапия	+ ВИФЕРОН [®] (суппозитории): 150000 МЕ (ректально) 2 раза в сутки, ежедневно в течение 10 дней
Контроль (n = 30)	Базисная терапия	-

* детям в возрасте до 2 лет мазь назначалась 3-кратно, от 2 до 3 лет – 4-кратно.



Таблица 2. Динамика показателей интерферонового статуса при ОРВИ у детей раннего возраста в зависимости от способа проводимой терапии

Показатель	Среднее значение показателей ИФН-статуса (M ± m), пг/мл						
	Основная группа (n = 20)		Группа сравнения (n = 21)		Группа контроля (n = 21)		
	до	после	до	после	до	после	
ИФН-α	сыв.	4,2 ± 2,5	5,3 ± 1,9	5,9 ± 2,3	11,9 ± 5,3	2,6 ± 1,3	5,1 ± 2,5
	индуц.	939,6 ± 190,0	1128,6 ± 296,5	947,3 ± 167,2	723,8 ± 158,0	1270,3 ± 306,0	1467 ± 446,0
ИФН-γ	сыв.	1,5 ± 0,7	5,6 ± 2,7	3,3 ± 1,7	7,6 ± 4,2	9,5 ± 4,7	0,7 ± 0,4*
	индуц.	826,3 ± 221,6	817,3 ± 291,0	485,4 ± 233,7	791,0 ± 296,3	701,4 ± 166,3	847,8 ± 255,0

* p < 0,05, достоверность различия по отношению к исходному показателю

у большинства обследованных детей раннего возраста с ОРВИ имелись существенные сдвиги в функционировании системы интерферона. При этом изменения касались как содержания ИФН в сыворотке крови, так и их индуцированной продукции, отражающей функциональную активность и состояние компенсаторных возможностей иммунной системы. Снижение интерферопродукции, преимущественно ИФН-γ, могло быть связано как с возрастными особенностями ИФН-генеза, так и с истощением компенсаторных резервов в условиях рекуррентных инфекций. Кроме этого, были обнаружены низкие концентрации ИФН в носоглоточных смывах, что могло отражать недостаточность местной защиты слизистой носоглотки и способствовать длительной персистенции возбудителей и развитию суперинфекции. Выявленные нарушения в системе интерферона при ОРВИ у детей раннего возраста явились обоснованием для проведения ИФН-терапии, в качестве которой использовали препарат ВИФЕРОН®.

ВИФЕРОН® назначали в соответствии с протоколом исследования, строго соблюдая схемы применения и режим дозирования (табл. 1). Динамика показателей интерферонового статуса до и после лечения была оценена у большинства пациентов – 62 ребенка (в основной группе – 20 детей, в группе сравнения – 21 ребенок, в группе контроля – 21 ребенок). Клиническая оценка изменений выраженности симптомов заболевания, а также особенностей течения ОРВИ была проведена у всех

детей, включенных в исследование (n = 91). Анализ полученных результатов показал, что применение Виферона характеризовалось положительным влиянием на показатели системы ИФН и способствовало более быстрой регрессии основных симптомов заболевания. Показано, что в целом во всех группах имела место тенденция к повышению уровня сывороточного ИФН-α независимо от способа терапии (p > 0,05). В то же время концентрация ИФН-γ в сыворотке повышалась только в основной и сравнительной группах (p > 0,05). Особо следует отметить, что среди детей, не получавших ИФН-терапию, уровень сывороточного ИФН-γ снижался в процессе наблюдения (p < 0,05) (табл. 2). Низкая ИФН-продуцирующая способность лейкоцитов, наблюдаемая нами в остром периоде заболевания, имела тенденцию к нормализации. При этом наибольшее влияние на индуцированную продукцию ИФН-α оказывала модифицированная ИФН-терапия, в сравнении со стандартной ИФН-терапией и базисным лечением, несмотря на отсутствие значимых различий (p > 0,05).

Детальный анализ динамики показателей ИФН-статуса позволил выявить следующие позитивные особенности терапии Вифероном. Так, если в основной группе к моменту окончания лечения число детей с исходно низкими значениями сывороточного ИФН-α уменьшилось в 1,5 раза (75,0 ± 9,7% против 55,0 ± 11,1%, p > 0,05), то в группе контроля – только в 1,2 раза (71,4 ± 9,9%

против 61,9 ± 10,6%, p > 0,05). Отмечено также, что на фоне проведенной терапии Вифероном число детей с низкими показателями сывороточного ИФН-γ сократилось в 1,2 раза (в основной группе) или практически не изменилось (в группе сравнения), в то время как контрольной группе у большинства детей (95,2 ± 4,7%) сохранялось значимое снижение ИФН-γ в сыворотке, уровень которого находился ниже чувствительности тест-систем (p < 0,01). Анализ показателей индуцированной продукции ИФН-α и ИФН-γ у обследованных детей показал, что повышение уровня индуцированной продукции ИФН-α отмечалось чаще на фоне модифицированной схемы ИФН-терапии (60,0 ± 10,9%) по сравнению со стандартной ИФН-терапией (38,0 ± 10,6%, p > 0,05) и с базисным лечением (28,5 ± 9,9%, p < 0,05). Отмечено также, что повышение способности к индуцированной продукции ИФН-γ отмечалось чаще у детей основной группы (γ 55,0 ± 11,1%), чем в группе сравнения (39,1 ± 10,6%, p > 0,05) и контроля (33,3 ± 10,3%, p > 0,05).

Особо следует отметить, что позитивное влияние комбинированной терапии Виферона на показатели интерферонового статуса сопровождалось также значимым клиническим эффектом (табл. 2). Так, в основной группе и в группе сравнения отмечалась более выраженное сокращение периода лихорадки – 1 ± 0,2 суток (p < 0,05) и 1,3 ± 0,3 суток (p = 0,06) соответственно против 2,1 ± 0,4 суток в группе контроля. Анало-

недлительная



гичная динамика отмечена и при оценке проявлений синдрома интоксикации. Если в основной группе и группе сравнения длительность данного синдрома составляла $2,7 \pm 0,3$ суток ($p < 0,05$) и $2,5 \pm 0,2$ суток ($p < 0,05$) соответственно, то в контрольной группе – $3,8 \pm 0,4$ суток. Установлено, что комбинированное использование Виферона приводило к более быстрому купированию затрудненного носового дыхания (в основной группе – $4,2 \pm 0,3$ ($p < 0,05$), в группе сравнения – $4,6 \pm 0,3$ дня ($p = 0,06$) и $5,4 \pm 0,4$ суток в группе контроля). Анализ скорости регресса ринореи также свидетельствовал о позитивной тенденции снижения выраженности данного симптома у детей, получавших комбинированное лечение Вифероном. Так, если средняя продолжительность ринореи в основной и сравнительной группах составила соответственно $3,1 \pm 0,3$ и $2,9 \pm 0,4$ суток, то в группе контроля – $3,9 \pm 0,4$. Кроме того, установлено достоверно более быстрое купирование такого симптома воспаления верхних дыхательных путей, как гиперемия слизистых небных миндалин и глотки. При этом средняя продолжительность гиперемии зева в основной группе и в группе сравнения составила, соответственно, $3,3 \pm 0,2$ и $3,4 \pm 0,1$ суток, в то время, как в группе контроля – $4,9 \pm 0,4$ суток ($p < 0,05$). При анализе зависимости продолжительности основных клинических симптомов ОРИ от характера изменений показателей индуцированной продукции ИФН- α и ИФН- γ было выявлено, что повышение исходно сниженной способности к продукции как ИФН- α , так и ИФН- γ , сопровождалось более быстрым регрессом клинических проявлений ОРИ в основной группе. Проведенный корреляционный анализ выявил наличие обратной зависимости основных симптомов заболевания от уровня индуцированной продукции ИФН при повторном обследовании. Коэф-

Таблица 3. Продолжительность клинических симптомов ОРИ у детей раннего возраста в зависимости от проводимой терапии

Группы наблюдения	n	Продолжительность симптомов, в днях (M \pm m)				
		Лихорадка	Интоксикация	Затруднение носового дыхания	Ринорея	Гиперемия зева
Основная	30	1,0 \pm 0,2	2,7 \pm 0,3*	4,2 \pm 0,3*	3,1 \pm 0,3	3,3 \pm 0,2*
Сравнения	31	1,3 \pm 0,3	2,5 \pm 0,2*	4,5 \pm 0,3	2,9 \pm 0,4	3,4 \pm 0,2*
Контроль	30	2,1 \pm 0,4	3,8 \pm 0,4	5,4 \pm 0,4	3,9 \pm 0,4	4,9 \pm 0,4

* $p < 0,05$ в сравнении с группой контроля

фициент корреляции между уровнем индуцированного ИФН- γ и продолжительностью лихорадки составлял $r = -0,32$, интоксикации – $r = -0,44$, выраженностью ринореи – $r = -0,42$. Полученные данные подтверждают, что повышение уровня индуцированной продукции ИФН- γ в более поздние сроки болезни ассоциируется с эффективным иммунным ответом против инфекционных патогенов и является признаком благоприятного течения и исхода ОРИ. При этом следует особо подчеркнуть, что назначение Виферона позволяло существенно снизить госпитальное суперинфицирование и развитие осложнений. В целом установлено, что за время пребывания в стационаре у 46 детей (50,5%) отмечалось ухудшение состояния, проявляющееся повторной лихорадкой, интоксикацией и диарейным синдромом, что было расценено как развитие суперинфекции. При этом у детей основной группы ухудшение состояния регистрировалось в 1,5 раза реже ($23,9 \pm 6,3\%$), чем в группе сравнения ($37,1 \pm 7,1\%$, $p > 0,05$) и в 1,7 раз реже, чем в контрольной группе ($39,1 \pm 7,2\%$, $p > 0,05$). Особо следует подчеркнуть, что у детей, получавших ВИФЕРОН® по модифицированной схеме (основная группа) суперинфекция протекала в легкой форме, а диарейный синдром продолжался в среднем $1,7 \pm 0,2$ суток против $2,3 \pm 0,2$ и $2,3 \pm 0,4$ суток в группах сравнения и контроля соответственно ($p < 0,05$). Кроме того, установлено, что среди детей основной и сравнительной групп не было зарегистрировано

ни одного случая затяжного течения ОРИ, а также бактериальных осложнений, в то время как 10% детей контрольной группы в связи с развитием бактериальной инфекции потребовалось назначение антибиотиков.

При оценке переносимости различных схем лечения Вифероном установлено, что применение препарата, независимо от режима дозирования, не сопровождалось развитием побочных эффектов и нежелательных явлений. В целом отмечена хорошая переносимость препарата как при стандартной схеме применения, так и при модифицированном режиме дозирования.

В заключение следует отметить, что анализ результатов проведенного исследования позволил установить: модифицированная терапия Вифероном при ОРИ у детей раннего возраста оказывала позитивное влияние на показатели интерферонового статуса, что способствовало более быстрому регрессу основных клинических проявлений, снижало риск осложнений и госпитального суперинфицирования.

Таким образом, модифицированный способ лечения ОРИ у детей раннего возраста, основанный на применении стартовых доз рекомбинантного альфа 2 б-интерферона – 500 000 МЕ (ректально) в течение первых 5 дней, с переходом на 150 000 МЕ в течение последующих 5 дней в комбинации с мазью Виферон (интраназально) характеризуется хорошей переносимостью и высокой клинико-иммунологической эффективностью. 🌸

недлительная

Литература
← с. 80



ЦТП ФХФ РАН¹,
КВД № 15,
Москва²

Атопический дерматит, осложненный вторичной инфекцией: подходы к терапии

Д.м.н., проф. Е.В. ДВОРЯНКОВА^{1,2}, д.м.н., проф. И.М. КОРСУНСКАЯ¹,
А.Б. ЗАХАРОВА², Р.О. ЖУКОВСКИЙ²

Атопический дерматит (АД) – заболевание, в основе которого лежит иммунозависимое воспаление и повышенная чувствительность кожи к внешним и внутренним раздражителям.

АД развивается обычно в первые месяцы жизни (как правило, в 2–3 месяца) и является самым ранним клиническим проявлением атопии. Заболевание характеризуется рецидивирующим течением с полной или неполной ремиссией различной частоты и длительности, и у значительной части пациентов протекает хронически до взрослого состояния.

Атопический дерматит классифицируют по стадиям развития и клиническим формам в зависимости от возраста, распространенности, тяжести течения заболевания. Различаются также клинико-этиологические варианты АД, возможно преобладание пищевой, пыльцевой, грибковой, клещевой и прочих аллергий.

Существуют следующие клинические формы АД: младенческая (возраст пациентов от 2–3 месяцев до 3 лет), детская (от 3 до 12 лет) и подростковая (от 12 до 18 лет). В зависимости от распространенности кожного процесса различают:

- ограниченный АД: поражаются крупные складки (локтевые,

подколенные), тыл кистей, лучезапястные суставы или передняя поверхность шеи, зуд при этом умеренный и с редкими приступами;

- распространенный АД: поражается более 5% общей площади кожи, в процесс вовлекается область шеи, предплечий, лучезапястных суставов, кистей, локтевых и подколенных сгибов и прилегающие участки конечностей, груди и спины, зуд носит более интенсивный характер;
- диффузную форму АД: в процесс вовлечена вся поверхность кожи, за исключением ладоней и носогубного треугольника, зуд становится настолько интенсивным, что приводит к скальпированию кожи.

Начальная стадия АД, проявляющаяся гиперемией и отеком щек, легким шелушением, гнейсом, «молочным струпом», преходящей эритемой кожи щек и ягодич, является обратимой при условии своевременного начатого лечения, в противном случае заболевание переходит в следующую стадию – выраженных изменений (период обострения). Стадия выраженных изменений подразделяется на острую фазу, проявляющуюся эритемой, папулами, переходящими в везикулы, образованием эрозий, корок и шелушением, и хроническую фазу, при которой папулы сменяются шелушащейся поверхностью кожи, эскориацией и лихенификацией. Ремиссия бывает полной и неполной, а клиническое выздоровление характеризуется отсутствием клинических симптомов в течение 3–7 лет.

Наибольшее внимание заслуживает младенческая форма АД, так как именно в этом возрасте при правильном лечении и соблюдении превентивных мер возможно полное излечение и, наоборот, при недостаточном внимании врачей и родителей – распространение и прогрессирование процесса. Как правило, у детей, страдающих АД, при детальном обследовании выявляется патология основных органов и систем: в 80–97% случаев поражены органы пищеваре-



ния, в 55–60% – нервная система, 50–60% – ЛОР-органы, 30–40% – органы дыхания, 20–30% – мочевыводящие пути, и в 18% случаев выявляется протозойно-паразитарная инвазия.

Клинические проявления АД при младенческой форме проявляются 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 и ягодичах и сопровождаются сильным зудом. Патологические изменения затрагивают в основном эпидермис, имеются явления смешанного или красного дермографизма.

Основной целью терапии АД является устранение или уменьшение воспалительных изменений на коже и зуда, восстановление структуры и функции кожи, лечение сопутствующих заболеваний и предотвращение развития тяжелых форм заболевания.

Атопический дерматит практически всегда сопровождается нарушением целостности кожных покровов, что способствует проникновению находящихся на поверхности микроорганизмов в глубокие слои дермы.

Микрофлора кожи у больных АД существенно отличается от микрофлоры у здоровых лиц соответствующих возрастных групп как по количеству агентов, так и по их составу [1]. Например, *Candida albicans* встречается на коже 12% здоровых детей и 50–77% детей, страдающих АД; *S. aureus*, по данным разных авторов, встречается на коже 28% здоровых детей и 43–60% детей, больных АД. Поэтому течение атопического дерматита, особенно при неправильном уходе за кожей, очень часто осложняется присоединением вторичной инфекции.

Диагностика подобных случаев не составляет трудностей, тогда как терапия осложненного вторичной инфекцией атопического дерматита представляет опреде-

ленные трудности, поскольку применение антибактериальных препаратов (как системных, так и местных) нередко вызывает обострение кожного процесса или имеет возрастные ограничения.

В лечении АД используются такие группы препаратов системного действия, как: антигистаминные, мембраностабилизирующие препараты, витамины, иммуностимулирующие средства, препараты, восстанавливающие и регулирующие функцию органов пищеварения и нервной системы [2]. Однако ведущее значение в комплексном лечении АД имеет наружная терапия, целью которой является подавление воспаления кожи и связанных с ним основных проявлений заболевания, как в острой, так и в хронической фазе, гидратация кожных покровов, профилактика и устранение вторичного инфицирования, восстановление поврежденного эпителия и улучшение барьерных функций кожи. Препаратами для наружной терапии являются мази и кремы, содержащие глюкокортикостероиды. Различные фармакологические формы таких препаратов позволяют применять их для устранения таких проявлений АД, как мокнутие, экссудация, кератинизация, лихенификация и воспалительная инфильтрация.

В связи с пониженной функцией иммунитета у данной группы пролиферативные патогенные микроорганизмы в кожу облегчаются. Большинство специалистов склоняются к тому, что аллергенами при атопическом дерматите могут служить антигены микроорганизмов условно-патогенной микрофлоры, присутствующей на коже, или микроорганизмов в очагах хронической инфекции. Кроме того, аллергенами могут быть не только антигены бактерий (стафилококков, стрептококков и т. д.), но и антигены грибов, в изобилии существующих на коже.

Так как дети с АД имеют отягощенный аллергологический анамнез, то очень часто назначение препаратов, содержащих антибиотики, вызывает развитие аллер-

гических реакций, поэтому при осложнениях атопического дерматита необходимо применение только комбинированных препаратов, содержащих топические кортикостероиды и антибиотик. В качестве препаратов для местной терапии нами были выбраны препараты, основным компонентом которых является фузидовая кислота.

Фузидовая кислота является высокоактивной в отношении грамположительных бактерий (*Staphylococcus spp.*, *Streptococcus spp.*, *Corynebacterium minutissimum* и др.), ее действие связано с подавлением синтеза белка в бактериальной клетке за счет ингибирования фактора, необходимого для транслокации белковых субъединиц и элонгации пептидной цепи, что в итоге приводит к гибели клетки. При наружном использовании в виде крема или мази фузидовая кислота легко проникает через кожные покровы, при этом системная адсорбция препарата очень низкая. Фузидовая кислота может накапливаться в гное, с чем связана эффективность ее применения при гнойничковых инфекциях.

Противопоказанием к применению может служить только повышенная чувствительность к фузидовой кислоте или другим ингредиентам препарата.

Проведенное за рубежом исследование 1119 пациентов показало, что, в отличие от неомидина и других антибиотиков, фузидовая кислота практически не вызывает аллергических реакций и может применяться при бактериальных осложнениях контактных и аллергических дерматитов, атопическом дерматите [8, 9].

Проведенные зарубежными учеными исследования эффективности и безопасности применения фузидовой кислоты доказали, что она является ценным средством контроля кожных инфекций, особенно вызванных золотистым стафилококком [3–6].

При сравнении механизмов действия топических антибиотиков (эритромицин, кларитромицин,

недуга тифа



азитромицин, клиндамицин, гентамицин, стрептомицин, неомицин, окситетрациклин, доксициклин, миноциклин), наиболее часто применяемых в терапии кожных инфекций, было выявлено явное преимущество крема и мази с фузидовой кислотой.

Фузидовая кислота относится к группе фузидинов, ее молекулы имеют стероидоподобную структуру, но не обладают стероидной активностью. Фузидовая кислота блокирует синтез бактериального белка, препятствуя элонгации фактора G.

Кроме фармацевтических форм в виде крема и мази на основе фузидовой кислоты, существуют гели, а также комбинированные препараты, содержащие высокоэффективные кортикостероиды и фузидовую кислоту (Фуцидин Г –

до 2 лет, Фуцикорт – с 2 лет), что особенно актуально при развитии вторичной инфекции на фоне атопического дерматита [7, 8].

Под нашим наблюдением находилось 46 пациентов в возрасте от 6 месяцев до 17 лет, страдающих атопическим дерматитом, осложненным бактериальной инфекцией. Наличие бактериальной флоры было подтверждено лабораторным анализом (посев). В посевах у большинства пациентов отмечался высокий уровень *St. aureus*, *St. epider*, *Proteus inconstans* с низкой чувствительностью к эритромицину, линкомицину и клиндамицину.

Детям до 2 лет (12 пациентов) назначался Фуцидин Г 2 раза в день. Пациентам с двухлетнего возраста назначался Фуцикорт 2 раза в течение 10 дней.

На 7-й день у большинства пациентов (29 человек) высыпания на кожных покровах разрешились (фото 1, 2). У остальных пациентов к 10-му дню оставалась незначительная гиперемия на месте высыпаний, что позволило использовать увлажняющие средства, не содержащие кортикостероиды и антибиотики. В процессе терапии непереносимости препаратов не было выявлено, что свидетельствует о безопасности их применения у данной группы пациентов. Таким образом, рациональное и своевременное использование комбинированных топических средств (Фуцидин Г или Фуцикорт) позволяет быстро добиться положительной динамики в течении атопического дерматита, осложненного бактериальной инфекцией. ☀

Литература
с. 81 →

Справка

Атопический дерматит (АД) или диффузный нейродермит (устаревшее название) – хроническое аллергическое заболевание, которое развивается у лиц с генетической предрасположенностью к атопии, имеет рецидивирующее течение, возрастные особенности клинических проявлений, характеризуется эксудативными и/или лихеноидными высыпаниями, повышением уровня сывороточного IgE и гиперчувствительностью к специфическим (аллергенным) и неспецифическим раздражителям. Имеет четкую сезонную зависимость: зимой – обострения или рецидивы, летом – частичные или полные ремиссии.

Распространенность АД среди развитых стран 10–20%. Манифестация симптомов АД у детей отмечается в возрасте 6 месяцев в 60% случаев, до 1 года в 75%, до 7 лет в 80–90%. В течение последних десятилетий наблюдается существенный рост заболеваемости АД, усложняется его течение, отягощается исход. АД часто сочетается с другими аллергическими заболеваниями – с бронхиальной астмой в 34%, аллергическим ринитом в 25%, полинозом 8%.

Ведущая роль в развитии АД принадлежит эндогенным факторам (наследственность, атопия, гиперреактивность кожи, нарушение функциональных и биохимических процессов в коже), которые в сочетании с различными аллергенными и неаллергенными экзогенными факторами (психоэмоциональные нагрузки, табачный дым, пищевые добавки приводят к развитию клинической картины АД. В основе развития АД лежит генетически определенная (мультифакториальный полигенный тип наследования) особенность иммунного ответа на поступление аллергенов. Характерные черты иммунного ответа атопиков: преобладание Т-хелперов II, гиперпродукция общего IgE и специфических IgE-антител. Склонность к гиперреактивности кожи – основной фактор, определяющий реализацию атопической болезни в виде АД. Риск развития АД у детей выше в семьях, где родители имеют аллергические заболевания или реакции: если оба родителя здоровы, риск развития у ребенка АД составляет 10–20%, если болен один из родителей – 40–50%, если больны оба родителя – 60–80%.

Пристальный взгляд на атопический дерматит



Комбинированные препараты фузидовой кислоты
для лечения атопического дерматита и экземы

Фуцикорт®
фузидовая кислота /
бетаметазона валерат

Фуцидин® Г
фузидовая кислота /
гидрокортизона ацетат



Реклама



Литература

Т.Л. Кураева

Метформин в лечении сахарного диабета 2 типа у детей и подростков

1. Bloomgarden Z.T. // *Diabetes Care*. 2004. № 27. P. 998-1010.
2. Shaw J. // *Pediatric Diabetes*. 2007. № 8. Suppl. 9. P. 7-15.
3. Дедов И.И., Ремизов О.В., Петеркова В.А. // *Сахарный диабет*. 2001. № 4. С. 26-32.
4. Дубинина И.А., Кураева Т.Л., Петеркова В.А. Материалы Всероссийской конференции «Задачи детской эндокринологии в реализации национального проекта «Здоровье». Уфа, 2008. С. 34-36.
5. Arslanian S. // *Hormone Res*. 2002. № 57. Suppl. 1. P. 19-28.
6. Yokoyama H. // *Kidney Int*. 2000. № 58. P. 302-311.
7. IDF Consensus workshop // *Diabetes Care*. 2004. Vol. 27. № 7.
8. Pinhas-Hamiel O., Zeitler P. // *Pediatric Diabetes*. 2007. № 8. Suppl. 9. P. 16-27.
9. Кураева Т.Л., Дубинина И.А. // *Сахарный диабет*. 2009. № 3. С. 16-21.
10. Дедов И.И., Петеркова В.А. *Сахарный диабет у детей и подростков*. М.: Геотар, 2007. 157 с.
11. Hundal R.S., Inzucchi S.E. // *Drugs*. 2002. № 63. P. 1879-1894.
12. Петеркова В.А. // *Фарматека*. 2008. Т. 17. № 171. P. 61-63.
13. Jones K.L., Arslanian S., Peterkova V.A. et al. // *Diabetes Care*. 2002. Vol. 25. № 1. P. 89-94.
14. Freemark M, Bursley D. // *Pediatrics*. 2001. № 107. e55.
15. Grinstein G., Muzumdar R., Aponte L. et al. // *Horm. Res*. 2003. № 60. P. 121-126.
16. Salpeter S.R., Greyber E., Pasternak G.A. et al. // *Arch. Intern. Med*. 2003. № 163. P. 2594-2602.
17. Cryer D.R., Nicholas S.P., Henry D.H. et al. // *Diabetes Care*. 2005. № 28. P. 539-543.

Т.Л. Кураева

Аналоги инсулина у детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа – современный высокотехнологичный метод терапии

1. Дедов И.И., Кураева Т.Л., Петеркова В.А. *Сахарный диабет у детей и подростков*. М.: Геотар, 2007. 157 с.
2. Дедов И.И., Петеркова В.А., Кураева Т.Л. и др. *Инсулиновые аналоги в лечении сахарного диабета 1 типа у детей и подростков. Пособие для врачей*. М., Институт проблем управления здравоохранением, 2009. 48 с.
3. Deeb L.C. et al. // *Pediatrics*. 2001. № 108. P. 1175-1179.
4. Holtombe G.H et al. // *Clynic therapy*. 2002. № 24. P. 629-633
5. Петеркова В.А и соавт. // *Сахарный диабет*. 2003. № 4. С. 22-27.
6. Olaguri S. et al. Poster presented at EASD. Glasgow, 2001. P. 805.
7. Danne T. et al. // *Diabetes Care*. 2005. № 28.
8. Rave K. et al. // *Diabetes Care*. 2006. № 29. P. 1812-7.
9. Philotheou A. et al. // *Pediatr. Diabetes*. 2008. № 9. Suppl. 10. P. 58-9.
10. ADA. // *Diabetes Care*. 2008. № 1. P. 12-54.
11. Colino E. et al. // *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2005. № 70. P. 1-7.
12. Garcia-Garcia E. et al. // *J. Pediatr. Endocrinol. Metab*. 2007. Vol. 20. № 1. P. 37-40.
13. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2006-2007 // *Pediatric Diabetes*. 2007. Vol. 8. P. 88-102.

В.А. Ревякина

Этиопатогенетическая терапия риносинуситов у детей

1. Рязанцев С.В. Секретолитическая и секретомоторная терапия острых и хронических синуситов // *Новости оторинолар. и логопатол.* 998. № 4 (16). С. 90-93.
2. Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов. Методические рекомендации. Сост. С.В. Рязанцев, Н.Н. Науменко, Г.П. Захарова. СПб.: ООО «РИА-АМИ», 2003. С. 23.
3. Тарасова Г.Д. Секретолитическое лечение при воспалении дыхательных путей // *Лечащий врач*. 2000. № 1. С. 35-37.
4. Гаращенко Т.И., Радциг Е.Ю. Мукорегулирующие препараты в лечении негнойных заболеваний среднего уха // *Лечащий врач*. 2000. № 1. С. 19-23
5. Berghom K., Langer W., Marz R. Doppetolindstudie Sinupret Tropfer Tvs. Placebo auf Basis einer Therapie mit Antibioticum und abschwellenden Nasentropfen bei akuter Sinusitis (N = 128) [unveröffentlichter Bericht// Neumarkt: 1991].

Е.А. Андрианова

Обучение как компонент комплексного лечения сахарного диабета у детей и подростков

1. Rosilio M., Cotton J.B., Wieliczko M.C. et al. Factor associated with glycemic control. A cross-sectional nationwide study in 2579 French children with type 1 diabetes // *The French Pediatric Diabetes Group. Diabetes Care*. 1998. Vol. 21. P. 1146-1153.
2. Edelman S.V. Impotence of blood glucose control // *Med. Clin. North. Am*. 1998. № 82. P. 665-87.
3. Borkenstein M.N., Limbert C., Reitere E. et al. Srtucture quality management in pediatric diabetes care // *Horm. Res*. 1998. № 50. Suppl. 1. P. 48-51.
4. Chiarelli F, Verotti A., di Ricco L., de Martino M., Morgese G. Approaches to quality of control in diabetes care // *Horm. Res*. 1998. № 50. Suppl. 1. P. 41-7.
5. Bruni B., Barbero P.L., Carlini M., Castelazzi R., Gamba Ansadi S et al. Principles, means and evaluated a programme for diabetes education // *Ann. Osp. Maria Vitorria Torino*. 1981. Vol. 24. № 1-6. P. 43-74.
6. Larsson Y. Total care for juvenil diabetics – a Swedish expirement // *Klin. Padiatr*. 1983. Vol. 195. № 5. P. 317-22.
7. Анциферов М.Б. Современные концепции в обучении больных сахарным диабетом // *Сахарный диабет*. 1999. Vol. 1. № 2. С. 45-51.
8. Касаткина Э.П. Обучение больных принципам самоконтроля – резерв повышения эффективности лечения сахарного диабета // *Пробл. эндокринологии*. 1989. № 5. С. 55-59.
9. The Teaching Letter. Diabetes Education Study Group of the EASD. Geneva, 1985.
10. Saint Vincent Declaracion for diabetes care and research in Europe // *Diabetologia*. 1992. Vol. 12. Suppl. 1. P. 89-90.



Е.М. Мухаметова, С.А. Ревякина

Возможности применения энтеросорбентов Фильтрум-СТИ и Фильтрум-Сафари в комплексном лечении вирусных кишечных инфекций в педиатрической практике

1. Parashar U.D., Gibson C.J., Bresse J.S. et al. Rotavirus and severe childhood diarrhea // *Emerg. Infect. Dis.* 2006. № 12. P. 304–306.
2. Van Damme P., Giaquinto C., Huet F., et al. Multicenter prospective study of the burden of rotavirus acute gastroenteritis in Europe, 2004-2005: the REVEAL study // *J. Infect. Dis.* 2007. Vol. 195. Suppl. 1. P. S4–S16.
3. Мухина А.А., Г.А. Шипулин, Боковой А.Г. Эпидемиологическая расшивка вирусных диарей у детей // *Материалы VIII съезда всероссийского общества эпидемиологов, микробиологов и паразитологов.* М., 2002. Т. 2. С. 114-115.
4. Подколзин А.Т., Мухина А.А., Шипулин Г.А. и др. Изучение этиологии ОКИ у детей, госпитализированных в инфекционные отделения стационаров Москвы // *Инфекционные болезни.* 2004. № 4. С. 85-91.
5. Васильев Б.Я., Васильева Р.И., Лобзин Ю.В. Острые кишечные заболевания. Ротавирусы и ротавирусная инфекция. СПб.: Лань, 2000. 272 с.
6. Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей. М.: ГЭОТАР Медицина, 1998. С. 454-462.
7. Parashar U.D., Hummelman E.G., Bresse J.S., Miller M.A., Glass R.I. Global illness and deaths caused by rotavirus disease in children // *Emerg. Infect. Dis.* 2003. Vol. 9. P. 65-572.
8. Santos N., Hoshino Y. Global distribution of rotavirus serotypes/genotypes and its implication for the development and implementation of an effective rotavirus vaccine // *Rev. Med. Virol.* 2005. Vol. 15. № 1. P. 29–56.
9. Учайкин В.Ф., Шамишева О.В. Вакцинопрофилактика. Настоящее и будущее. М., 2001. С. 212-215.
10. Ardern-Holmes S.L., Lennon D., Pinnock R., Nicholson R., Graham D., Teele D., Schousboe M., Gillies M., Hollis B., Clarkin A.M., Lindeman J., Stewart J. Trends in hospitalization and mortality from rotavirus disease in New Zealand infants // *Pediatr. Infect. Dis. J.* 1999. Vol. 18. № 7. P. 614-619.
11. Dennehy P.H. Transmission of rotavirus and other enteric pathogens in the home // *Pediatr. Infect. Dis. J.* Vol. 19. Suppl. 10. P. S103–5.
12. Greenberg H.B., Estes M.K. Rotaviruses: from pathogenesis to vaccination // *Gastroenterology.* 2009. Vol. 136. № 6. P. 1939–51.
13. Greenberg H.B., Clark H.F., Offit P.A. Rotavirus pathology and pathophysiology // *Curr. Top. Microbiol. Immunol.* 1994. № 185. P. 255–83
14. Yoshida A., Kawamitsu T., Tanaka R. et al. Rotavirus encephalitis: detection of the virus genomic RNA in the cerebrospinal fluid of a child // *Pediatr. Infect. Dis. J.* 1995. № 14. P. 914-916.
15. Мазанкова Л.Н., Павлова Л.А., Ильина Н.О., Каротам П.А., Куликова М.Р. Энтеросорбция и энтеросорбенты: позиции в лечении острых кишечных инфекций у детей // *Лечащий врач.* 2003. № 9. С. 51-51.
16. Ситдикова Ф.Г., Галямова Р.К. Сборник клинических исследований препаратов «Фильтрум-СТИ» и «Лактофильтрум». Часть II: Инфекционные заболевания. Москва, 2006. С. 9.
17. Краснов В.В. Сборник клинических исследований препаратов «Фильтрум-СТИ» и «Лактофильтрум». Часть II: Инфекционные заболевания. Москва, 2006. С. 11.
18. Тихомирова О.В., Бехтерева М.К., Ныркова О.И. Сборник клинических исследований препаратов «Фильтрум-СТИ» и «Лактофильтрум». Часть II: Инфекционные заболевания. Москва, 2006. С. 8.
19. Михайлова Е.В., Шульдяков А.А., Кошкин А.П., Левин Д.Ю. Ротавирусная инфекция у детей: Учебное пособие. 2006. С. 52-54.
20. Новокионов А.А., Соколова Н.В., Сахарова А.А., Бережкова Т.В. Эффективность пищевых волокон в составе лечебного питания детей, больных вирусными диареями // *Инфекционные болезни.* 2010. Т. 8. № 3. С. 77-81.
21. Мескина Е.Р., Бочкарева Н.М., Медведева Е.А., Файзулов Е.Б. и соавт. Фильтрум-Сафари в составе лечебного питания детей с вирусными диареями // *Лечащий врач.* 2009. № 7. С. 78-80.

Н.А. Генне, Н.А. Селиверстова, М.Г. Утюшева

Современные методы лечения кашля при острых респираторных заболеваниях у детей

1. Proud D. Upper airway viral infections // *Pulm. Pharmacol. Ther.* 2008. Vol. 21. № 3. P. 468-73.
2. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». М., 2008.
3. Brunetti L., Colazzo D., Francavilla R., Tesse R., De Sario V., Lorè M., Armenio L. The role of pulmonary infection in pediatric asthma // *Allergy Asthma Proc.* 2007. Vol. 28. № 2. P. 190-3.
4. Херападаки Р., Пападопулос Н.Г. Childhood asthma and infection: virus-induced exacerbations as determinants and modifiers // *Eur. Respir. J.* 2010. Vol. 36. № 2. P. 438-45.
5. Царев С.В., Хаитов М.Р. Роль респираторных вирусов при бронхиальной астме // *Российский медицинский журнал.* 2009. Т. 17. № 2. С. 136-139.
6. Sevin C.M., Peebles R.S. Jr. Infections and asthma: new insights into old ideas // *Clin. Exp. Allergy.* 2010. Vol. 40. № 8. P. 1142-54.
7. Busse W.W., Lemanske R.F. Jr., Gern J.E. Role of viral respiratory infections in asthma and asthma exacerbations // *Lancet.* 2010. Vol. 376. № 9743. P. 826-34.
8. Martinez F.D. Inhaled corticosteroids and asthma prevention // *Lancet.* 2006. № 368. P. 708-710.
9. Балясинская Г.Л., Богомильский М.Р. Местная антибиотикотерапия заболеваний верхних дыхательных путей у детей // *Вопросы современной педиатрии.* 2002. Т. 1. № 3. С. 85-88.
10. Baker J.G. The selectivity of beta-adrenoceptor agonists at human beta1-, beta2- and beta3-adrenoceptors // *Br. J. Pharmacol.* 2010. Vol. 160. № 5. P. 1048-61.
11. Liu J., Chen X., Hu Y., Cheng G., Zhong D. Quantification of the major metabolites of bromhexine in human plasma using RRLC-MS/MS and its application to pharmacokinetics // *J. Pharm. Biomed. Anal.* 2010. Vol. 51. № 5. P. 1134-41.
12. Dicipinigaitis P.V., Gayle Y.E. Sensitivity Effect of Guaifenesin on Cough Reflex // *Chest.* 2003. № 124. P. 2178-2181.
13. Ainarpure S.S., Desai A., Korde K. Efficacy and safety of Ascoril in the management of cough-National Study Group report // *J. Indian Med. Assoc.* 2001. Vol. 99. № 2. P. 111-114.
14. Генне Н.А., Селиверстова Н.А., Малышев В.С., Утюшева М.Г., Старостина Л.С., Озерская И.В. Бронхофонографическое исследование легких у больных бронхиальной астмой раннего возраста // *Пульмонология* 2008. № 3. С. 38-41.



А.А. Пилинович

Энцефабол: применение в педиатрии

1. Бурчинский С. Г. Энцефабол: актуальные аспекты клинического применения // Здоровье Украины. 2003. № 79.
2. Дамулин И.В. Применение энцефабола в неврологической практике // Невролог. Журнал. 2002. № 3. С. 33-38.
3. Martin K.J., Tucker L., Widdowson L. Effects of some metabolites of pyritinol (Encephabol) on ACH release from brain slices // Pharmacopsychiatry. 1988. № 21. P. 33-36.
4. Лебедева Н.В. Энцефабол и его аналоги в лечении неврологических заболеваний. В кн.: Энцефабол: аспекты клинического применения. М., 2001. С. 27-31.
5. Greiner H.E., Haase A.F., Seyfried C.A. Neurochemical studies on the mechanism of action of pyritinol // Pharmacopsychiatry. 1988. № 21. P. 26-32.
6. Jaiswal A.K., Upadhyay S.N., Bhattacharya S.K. Effect of pyritinol, a cerebral protector, on learning and memory deficits induced by prenatal undernutrition and environmental impoverishment in young rats // Indian. J. Exp. Biol. 1990. Vol. 28. № 7. P. 609-615.
7. Valzelli L., Tomasikova T. Difference in learning and retention by albino-Swiss mice. Part 1. Effect of pyritinol // Methods Find. Exp. Clin. Pharmacol. 1985. № 10. P. 515-517.
8. Маркова Е.Д., Инсаров Н.Г., Гурская Н.З. и др. Роль Энцефабола в лечении экстрапирамидных и мозжечковых синдромов наследственной этиологии. В кн.: Энцефабол: аспекты клинического применения. М., 2001. С. 23-26.
9. Pavlik A., Pilar J. Protection of cell proteins against free-radical attack by nootropic drugs: scavenger effect of pyritinol confirmed by electron spin resonance spectroscopy // Neuropharmacology. 1989. № 6. P. 557-561.
10. Lun A., Gruetzmann H., Wustmann C. et al. Effect of pyritinol on the dopaminergic system and behavioural outcome in an animal model of mild chronic postnatal hypoxia // Biomed. Biochim. Acta. 1989. № 2-3. P. 237-242.
11. Saletu B., Anderer P., Gruenberger J. EEG brain mapping in gerontopsychopharmacology: on protective properties of pyritinol against hypoxic hypoxia // Psychiatry Res. 1989. № 3. P. 387-390.
12. Martin K.J., Vyas S. Increase in acetylcholine concentrations in the brain of 'old' rats following treatment with pyrithoxin (Encephabol) // Br. J. Pharmacol. 1987. № 3. P. 561-565.
13. Toledano A., Bentura M.L. Pyritinol facilitates the recovery of cortical cholinergic deficits caused by nucleus basalis lesions // J. Neural. Transm. 1994. № 3. P. 195-209.
14. Tursky T. Pyritinol and the enzymes of gamma-aminobutyric acid synthesis and degradation // Physiol. Bohemoslov. 1988. № 2. P. 135-143.
15. Бенешова О. Экспериментальные модели перинатальных осложнений и эффект пиритинола. Прага: Карлов Университет, Медицинская Школа Гигиены, Отдел Фармакологии и Физиологии.
16. Маслова Н., Егорова Н., Синельщикова А. Применение препарата энцефабол у детей с когнитивными нарушениями и изменениями ЭЭГ // Врач. 2010. № 1. С. 35-37.
17. Петова Дж. Эффект энцефабола на нейропсихологические последствия перинатальных осложнений у детей с высоким риском. Прага: Карлов Университет, Факультет Общей Медицины, Отдел Детской Нейрологии, Нейрологическая Клиника (амбулаторные больные).
18. Андреевко Н.В., Маслова О.И., Передерий Е.Э. Эффективность энцефабола в коррекции когнитивных нарушений у мальчиков школьного возраста. М.: НИИ педиатрии НЦЗД РАМН.
19. Herrmann W.M., Kern U., Rohmel J. On the effects of pyritinol on functional deficits of patients with organic mental disorders // Pharmacopsychiatry. 1986. № 5. P. 378-385.
20. Von Wild K., Simons P., Schoepfner H. Effect of pyritinol on EEG and SSEP in comatose patients in the acute phase of intensive care therapy // Pharmacopsychiatry. 1992. № 3. С. 157-165.
21. Петелин Л.С., Шток В.Н., Пигаров В.А. Энцефабол в неврологической клинике // Энцефабол: аспекты клинического применения. М., 2001. С. 7-11.
22. Лебедева Н.В., Кистенев В.А., Козлова Е.Н. и др. Энцефабол в комплексном лечении больных с цереброваскулярными заболеваниями. В кн.: Энцефабол: аспекты клинического применения. М., 2001. С. 14-18.
23. Wetzel W. Effects of nootropic drugs on the sleep-waking pattern of the rat // Biomed Biochim. Acta. 1985. № 7-8. С. 1211-1217.

И.Н.Захарова, Л.Б.Торихоева, А.Л.Заплатников, Н.А.Коровина, В.В.Малиновская, Т.А.Чеботарева, Н.С.Глухарева, Х.И.Курбанова, Н.С.Короид
Особенности системы интерферона при острых респираторных инфекциях и клинико-иммунологическая эффективность модифицированной интерферонотерапии у детей раннего возраста

1. О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2009 г. Государственный доклад. М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2010. 456 с.
2. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика/ Научно-практическая программа Союза педиатров России. М.: Международный Фонд охраны здоровья матери и ребенка, 2002. 69 с.
3. Шарпова О.В., Корсунский А.А. Инфекционные болезни у детей: прошлое, настоящее и будущее//Детские инфекции. 2003. № 3. С.4-6.
4. Щеплягина Л.А., Римарчук Г.В., Круглова И.В., Борисова О.И. Новые технологии в лечении острых респираторных заболеваний у детей//Лекция для врачей. М. 2009. 28с.
5. Самсыгина Г.А. Часто болеющие дети: проблемы патогенеза, диагностики и терапии//Педиатрия. 2005. №1. С.66-73.
6. Заплатников А.Л. Клинико-патогенетическое обоснование иммунотерапии и иммунопрофилактики вирусных и бактериальных заболеваний у детей: Автореф. дисс. докт. мед. наук. М. 2003. 48с
7. Ohmit S.E., and Monto A.S. Symptomatic predictors of influenza virus positivity in children during the influenza season//Clin Infect Dis. 2006. Vol.43. № 5. P.564-568.
8. Red Book: 2008. Report of the Committee on Infection Diseases. 25rd: American Academy of Pediatrics, 2008
9. Романцев М.Г., Горячева Л.Г., Коваленко А.Л. Противовирусные иммуноотропные препараты в детской практике//Руководство для врачей. Санкт-Петербург. 2008. 123с.
10. Ройт. А., Бростофф Дж., Мейл Д. Иммунология: Пер.с англ. М.: Мир. 592 с.
11. Вельтищев Ю.Е. Становление и развитие иммунной системы у детей, иммунная недостаточность. Иммунодиатезы. // Приложение к журналу Российский вестник перинатологии и педиатрии. Лекция для врачей №21. М., 1998. – 79с.
12. Образцова Е.В., Осидак Л.В., Афанасьева О.И., Головачева Е.Г., Милькинт К.К. и др. Препараты рекомбинантного интерферона α-2 в лечении острых респираторных инфекций у детей//Детские инфекции. 2005. №2. С.46-50.
13. Еришов Ф.И., Григорян С.С., Орлов Т.Г., Мазанкова Л.Н. и др. Противовирусная терапия у детей//Детские инфекции. 2006. №3. С.56-60.
14. Еришов Ф.И., Киселев О.И. Интерфероны и их индукторы//М. ГЭО-ТАРД-Медиа. 2005. 368с.
15. Чеботарева Т.А., Мазанкова Л.Н., Малиновская В.В., Парфенов В.В., Ульянова И.И. Клинико-иммунологическая эффективность местной интерферонотерапии при ОРИ у детей//Вопросы практической педиатрии. 2007. №4. С.29-32.



Литература

И.Н.Захарова, Л.Б.Торшхоева, А.Л.Заплатников, Н.А.Коровина, В.В.Малиновская, Т.А. Чеботарева, Н.С.Глухарева, Х.И.Курбанова, Н.С.Короид
Особенности системы интерферона при острых респираторных инфекциях и клинико-иммунологическая эффективность модифицированной интерферонотерапии у детей раннего возраста

16. Заплатников А.Л. Принципы рациональной терапии острых респираторных вирусных инфекций у детей раннего возраста//Русский медицинский журнал. 2004. Т.12. №13. С.790-795.
17. Biron C.A. Interferons- α/β as immune regulators – a new look//Immunity.-2001.-Vol.14.-P.661-664.
18. Hayden F.G., Albrecht J.K., Kaiser D.L., Gwaltney J.M. Jr. Prevention of natural colds by contact prophylaxis with intranasal alpha 2-interferon//Engl. J. Med.-1986.-Vol.314.-№2.-P.71-75.
19. Макаров З.С., Доскин В.А., Малиновская В.В. Эффективность применения мази «Виферон» при реабилитации часто болеющих детей//Лечащий врач. 2006. №1. С.86-87.
20. Макарова З.С., Доскин В.А., Малиновская В.В., Парфенов Применение «Виферона», мази для профилактики ОРВИ у детей//Детские инфекции. 2007. №1. С.86-89.
21. Малиновская В.В., Деленян Н.В., Ариненко Р.Ю. Виферон – комплексный противовирусный и иммуномоделирующий препарат для детей и взрослых//Руководство для врачей. М. 2007. 87с.

Е.В. Дворянкова, И.М. Корсунская, А.Б. Захарова, Р.О. Жуковский
Атопический дерматит, осложненный вторичной инфекцией: подходы к терапии

1. Нобл У.К. Микробиология кожи человека. М., 1986.
2. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем / Под ред. А.А. Кубановой, В.И. Кисиной. М.: Литтерра, 2005.
3. Wilkinson J.D. Fusidic acid in dermatology // Br. J. of Dermatology. 1998. Vol. 139. P. 37–40.
4. Verbist L. The antimicrobial activity of fusidic acid // J. of Antimicrobial Chemotherapy. 1990. Vol. 25. Suppl. B. P. 1–5.
5. Stuttgart G., Bauer E. Penetration and permeation into human skin of fusidic acid in different galenical formulation // Arzneum.-Forsch./Drug Res. Vol. 38 (1). 1988. № 5. P. 703–735.
6. Cassels-Brown G. A comparative study of ointment and cicatrin cream in the treatment of impetigo // Br. J. of Dermatology. 1981. Vol. 35. № 4.
7. Anthony C. Antibacterial/steroid combination therapy in infected eczema // Acta Derm. Venerol. 2008. Suppl. 216. P. 28–34.
8. Leung D.Y.M. The role Staphylococcus aureus in atopic eczema // Acta Derm. Venerol. 2008. Suppl. 216. P. 21–27.
9. Rigopoulos D., Larios G. Fucidic acid: a valuable agent for controlling Staphylococcus aureus skin infections // Acta Derm. Venereol. 2008. Suppl. 216. P. 7–13.

Национальный конгресс

ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ

Москва, МВЦ «Крокус Экспо»
8-10 июня 2011 года

Основные темы научной программы:

- Организационно-правовые вопросы в области пластической хирургии (образование, стандарты лечения, регулирование предоставления специализированной медицинской помощи населению)
- Отдельные аспекты анестезиологии и реаниматологии в пластической хирургии
- Пластическая хирургия в гинекологии
- Дерматокосметология, методы лечения и реабилитации
- Пластическая хирургия в оториноларингологии
- Пластическая хирургия в офтальмохирургии
- Пластическая хирургия в травматологии и ортопедии
- Пластическая хирургия в эстетике
- Пластическая хирургия в неврологии
- Пластическая хирургия в комбустиологии
- Пластическая хирургия в онкологии
- Пластическая хирургия в педиатрии
- Пластическая хирургия в черепно-челюстно-лицевой хирургии
- Пластическая хирургия в урологии

Организаторы

- Министерство здравоохранения и социального развития РФ
- Российская академия медицинских наук
- Российское общество пластических, реконструктивных и эстетических хирургов

Секретариат Конгресса
117420, Москва, а/я 1
телефон (495) 722-64-20
электронная почта mail@plastsur.ru
сайт www.plastsur.ru

Оргкомитет выставки
Москва, ул. Профсоюзная, д. 57
телефон (495) 722-64-20
факс (495) 786-25-57
электронная почта mail@plastsur.ru



XIII



МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС МАКМАХ/ESCMID

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 (ESCMID)

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)

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 • Бланк заказа • Бланк заказа • Бланк заказа • Бланк заказа • Бланк заказа •

Платательщик: 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) _____

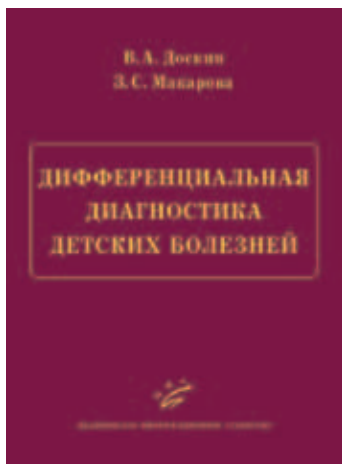
ИНН/КПП (заполняется юр. лицами) _____

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

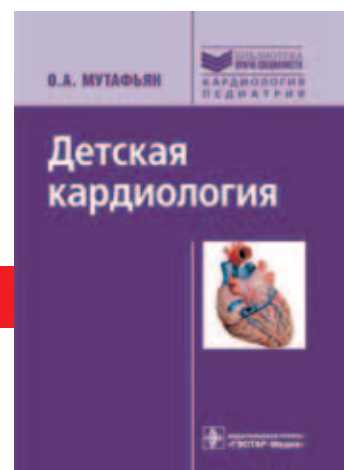
В руководстве на современном уровне освещены вопросы диагностики и лечения заболеваний почек у детей. Включены такие новые разделы, как радионуклеидные методы исследования, трансплантация почки, рефлюкс-нефропатия и др. Даны современные представления о физиологии, геномике и протеиномике почки, генетических 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.

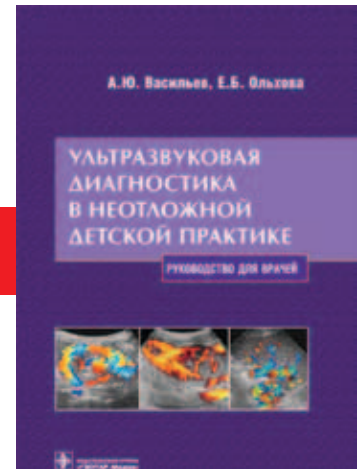
Цена: 4000 руб. (без учета доставки)

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)





Доверяйте своему ребенку!

Частые ОРЗ у ребенка сильно осложняют его воспитание. Современные дети часто простужаются. Почему? Что предпринимают в этом направлении современные педиатры? Об этом сегодняшний разговор с Верой Петровной Вавиловой, профессором кафедры подготовки врачей факультета последипломной подготовки специалистов Кемеровской государственной медицинской академии, генеральным директором Клиники современных медицинских технологий, членом Европейского респираторного общества и председателем регионального отделения Союза педиатров России.



В.П. Вавилова

– Современная медицинская наука утверждает: «Проблемы детей до семилетнего возраста – это проблемы их родителей». Если ребенок часто болеет, то причину болезни следует искать и устранять в состоянии здоровья семьи. Ребенок является «симптомом» своих родителей, то есть болезненные проявления могут быть единственным выражением семейной дезорганизации.

Здоровье или нездоровье ребенка, как физическое, так и психическое, неразрывно связано со стилем родительского воспитания и напрямую зависит от характера внутрисемейных отношений. Нарушенное общение в раннем возрасте, особенно между матерью и ребенком, в дальнейшем увеличивает риск развития различных заболеваний. В основе профилактики заболеваний должна лежать забота о психологическом комфорте ребенка.

Важно, чтобы мать сохраняла спокойное, уравновешенное состояние. У тревожной и нервной матери вырастет тревожный и нервный ребенок. Объясняется это наследственной предрасположенностью, постоянным психологическим дискомфортом, в котором растет малыш, эмоционально зависимый от матери.

Обязательно надо позаботиться о продлении домашнего периода дошкольного детства. Если малыш от природы боязлив, не любит шумной, большой компании детей, то детский сад становится для неокрепшей еще нервной системы большим испытанием. Еще важный фактор – психологическая готовность ребенка к школьному обучению. Неготовый к школе ребенок с первых же дней вступает в конфликт с учителем. У ученика развивается отрицательное отношение к школе, что может привести к разнообразным заболеваниям, «школьному неврозу». Важно, чтобы ученик пришел в школу без страха наказания за ошибки, иначе он не сможет учиться, так как чрезмерная тревога будет разрушать его деятельность. Это обстоятельство необходимо учитывать всем взрослым, обучающим ребенка (и родителям, и воспитателям детских дошкольных учреждений, и учителям). За ошибки детей ни в коем случае нельзя ругать, но каждая ошибка должна быть разобрана с ребенком, чтобы он понял, как сделать правильно.

Поэтому значимым профилактическим средством частых ОРЗ у детей является демократический стиль родительского воспитания.



Педиатрическая служба Кемеровской области

Надо принимать своего ребенка таким, какой он есть, верить в его самостоятельность и помогать ему в случае необходимости, проявляя доброту и твердость одновременно. Построенное с любовью и пониманием сотрудничество родителей с детьми является во многом гарантом психического и физического здоровья последних.

– Расскажите, пожалуйста, об опыте кемеровских педиатров.

– Я сама занимаюсь проблемой часто болеющих детей, и у нас есть уникальный опыт, много патентов по лечению детей с патологией лимфоглоточного кольца с целью сохранять лимфоидную ткань, аденоиды. Во всем мире сейчас это направление приветствуется, потому что это органы иммунитета, которые желательно сохранить, то есть избежать хирургического вмешательства.

Последствия *аденомии* на самом деле серьезны, особенно для детей-*атопиков* с бронхиальной астмой, у которых удаление лимфоидной ткани ведет к ухудшению течения заболевания. А у детей-аллергиков, у которых нет бронхиальной астмы, но есть *регулярная реактивность* бронхов, это заболевание может развиваться.

У нас есть уникальное оборудование для того, чтобы наблюдать детей с патологией лимфоглоточного кольца, составлять индивидуальные программы реабилитации. По этому направлению мы тесно сотрудничаем с главным детским отоларингологом города Москвы, профессором Татьяной Ильиничной Гаращенко. Она курирует нашу работу и всячески поддерживает.

– Каких знаний, практических навыков, по Вашему мнению, не хватает нашим врачам-педиатрам для работы?

– Педиатры – лучшие среди медицинских работников. В педиатрии нет случайных людей. Важно научить детского доктора профилактировать конфликты и грамотно их решать.

– По каким принципам проводятся занятия по повышению квалификации врачей первичного звена на базе Кемеровской государственной медицинской академии? Удастся ли создать гибкий образовательный процесс с учетом современных реалий?

– Главное, чтобы обучающиеся могли получить самые передовые знания по своей профессии. Для врачей первичного звена здравоохранения предоставляется современная и своевременная информация с конгрессов, проводимых на территории России и зарубежных стран. Каждый год информация обновляется – в этом и состоит главная цель дополнительного образования.

– Вера Петровна, Вы являетесь членом Европейского респираторного общества. Какой опыт зарубежных коллег хотелось бы применить на практике?

– Вакцинация детей против пневмококка более чем в 50 странах мира проводят пневмококковой конъюгированной вакциной с двухмесячного возраста, что позволяет на порядок уменьшить количество детей заболевших пневмонией, отитами, менингитами. Решение вопросов о расширении календаря прививок в России позволит решить многие проблемы.

– Что Вы считаете первоочередным в решении задач в качестве председателя регионального отделения Союза педиатров России?

– Детским врачам важно научиться заботиться о своем здоровье. У каждого педиатра должна быть своя личная программа оздоровления, которая позволяла бы сохранять работоспособность, радость жизни, уделять внимание своей семье.

Второй важный момент – повышение стрессоустойчивости педиатра.

Общение с родителями детей всегда требует доброжелательности, внимания, сосредоточенности, сочувствия. Умение восстанавливать свои силы, находить ресурс для каждодневной, плодотворной работы – это очень серьезный и необходимый труд для педиатра.

Третий ресурсный момент – это вопросы поощрения труда педиатра. Мы очень горды, что победителем конкурса «Детский врач 2010 года», проводимого Союзом педиатров России, признана Наталья Петровна Крекова – один из лидеров педиатрии Кузбасса. Радует, что педиатров, которыми мы гордимся, становится все больше. ☀





Современный взгляд на проблемы часто болеющих детей

8 декабря 2010 г. в Доме ученых РАН при поддержке компании «Бионорика» была организована научно-практическая конференция «Современный взгляд на проблемы часто болеющих детей». Известно, что частые, длительные и тяжелые респираторные инфекции вызывают снижение активности иммунитета и способствуют формированию хронических воспалительных процессов в органах дыхания. Кроме того, частые заболевания могут приводить к расстройству физического и нервно-психического развития детей, к социальной дезадаптации ребенка из-за пропусков занятий в школе и ограниченности общения со сверстниками. Неудивительно, что этому насущному вопросу в современной педиатрии уделяется повышенное внимание.



Г.И. Смирнова

Таблица 1. Критерии включения в группу ЧБД (В.Ю. Альбицкий, А.А. Баранов)

Возраст ребенка	Частота эпизодов ОРЗ в год
До 1 года	4 и более
1 -3 года	6 и более
4-5 лет	5 и более
Старше 5 лет	4 и более

Открыла конференцию заслуженный врач РФ, д.м.н., проф. Первого МГМУ им. И.М. Сеченова **Г.И. Смирнова** докладом «Тактика ведения часто болеющих детей в острый период респираторной инфекции». Профессор отметила, что ведущее место (80–90%) в структуре детской заболеваемости занимают острые респираторные инфекции (ОРИ) – неспецифические инфекционно-воспалительные заболевания дыхательных путей вне зависимости от их локализации. Наиболее подвержены ОРИ дети в возрасте от 2 до 6 лет, иммунная система которых находится в стадии формирования, дети, посещающие организованные коллективы, дети с аллергической патологией и с очагами хронической инфекции в носоглотке. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), каждый ребенок болеет ОРИ в среднем 4–5 раз в год.

Частые ОРИ – это и социальная, и медицинская проблема. Они могут стать причиной нарушений физического и нервно-психического развития, обострения аллергических заболеваний, формирования хронической соматической патологии, снижения качества жизни и определения статуса ребенка как часто болеющего (табл. 1). Часто болеющие дети (ЧБД) – не нозологическая форма и не диагноз, это группа детей, часто и длительно болеющих вирусными, вирусно-бактериальными инфекциями респираторного тракта из-за транзиторных, корригируемых отклонений в защитных системах организма и не имеющих стойкой органной патологии. Среди причин, способствующих возникновению частых ОРИ, можно выделить эндогенные и экзогенные факторы. Под их влиянием и с учетом возрастных и индивидуальных особенностей иммунитета ребенка могут развиваться острые респираторные заболевания (ОРЗ). Это ведет к иммунному дисбалансу, формированию хронических очагов инфекции и в итоге формируется порочный круг ЧБД: ребенок чаще болен, чем здоров. Этиологическая природа ОРИ в 95% – вирусная, и только в 3–5% – бактериальная. Несмотря на это, в 75% случаев пациентам назначают антибиотики. На фоне частых ОРИ и необоснованного применения антибиотиков развивается иммунодепрессия, что ведет к затяжным и вялотекущим рецидивам заболевания. Алгоритм лечения ОРИ всем известен: постельный режим, обильное щелочное питье, молочно-растительная, обогащенная витаминами, диета. Что касается медикаментозных средств – это, прежде всего, противовирусная и противовоспалительная терапия, и по показаниям симптоматическое лечение (жаропонижающее, деконгестанты). Противовоспалительная терапия, направленная на подавление воспаления при размножении вирусов в респира-



Научно-практическая конференция компании «Бионорика»

торном тракте, является важным патогенетически обоснованным и обязательным звеном в лечении ОРЗ и назначается с первых часов респираторной инфекции с учетом симптомов.

Если у ребенка преобладают симптомы ринита, риносинусита – то можно использовать комплексный препарат растительного происхождения – Синупрет (табл. 2).

В острый период рекомендуется назначать детям от 2 до 6 лет: по 15 капель 3 раза в день, детям школьного возраста по 25 капель или по 1 драже 3 раза в день не разжевывая, запивая небольшим количеством воды. Курс лечения составляет 10–14 дней. Преимущества применения Синупрета заключаются в его оптимальном комплексном воздействии, исключительной безопасности для детей. Синупрет начинает действовать в первые часы после приема, оказывает противовоспалительное действие, нормализует функцию слизистой оболочки, восстанавливает носовое дыхание, улучшает самочувствие.

Если респираторно-вирусная инфекция протекает с назофарингитом, фарингитом, острым тонзиллитом, аденоидитом, рекомендуется назначение Тонзилгона Н. В состав Тонзилгона Н входят корень алтея, ромашки, травы хвоща и тысячелистника, одуванчик, листья ореха и кора дуба. Активные компоненты препарата оказывают противовоспалительное действие, стимулируют местные механизмы защиты организма путем повышения фагоцитарной активности макрофагов и гранулоцитов, обладают антивирусной активностью. Кроме того, экстракты растений, входящих в состав препарата, усиливают внутриклеточное разрушение патогенных микробов вследствие повышенного образования бактерицидных кислородных метаболитов.

Грудным детям Тонзилгон Н назначают по 5 капель 5–6 раз в день,

Таблица 2. Терапевтическое действие компонентов препарата Синупрет

Действие	Синупрет	Корень генцианы	Цветы примулы	Трава шавеля	Цветы бузины	Трава вербены
Секретолитическое	+++	+	+	+	+	+
Противовоспалительное	+++		+	+	+	+
Антивирусное	++		+			+
Иммуномодулирующее	+			+		

детям дошкольного возраста – по 10 капель 5–6 раз в день, детям школьного возраста – по 15 капель или по 1 драже 5–6 раз в день. Курс лечения составляет 10–14 дней. На фоне приема Тонзилгона Н уменьшается боль в горле, воспаление и отек в горле, улучшается состояние тканей миндалин, облегчается течение респираторной инфекции, предупреждается развитие осложнений.

Если у ребенка трахеит, острый трахеобронхит или обострение хронического бронхита, можно рекомендовать назначение комплексного растительного препарата Бронхипрет. Растительные компоненты, входящие в состав препарата (жидкий экстракт травы тимьяна, жидкий экстракт листьев плюща), обладают секретолитическим, противовоспалительным, бронхолитическим, антибактериальным и противовирусным действием. Препарат Бронхипрет способствует снижению вязкости мокроты и ускорению ее эвакуации. Он назначается детям с 3 месяцев в сиропе, в дозировке соответственно возрасту. На фоне приема препарата наблюдается:

- снижение лихорадки на 2–3 день;
- улучшение отхождения мокроты со 2–3 дня;
- уменьшение частоты выраженности кашля с 3 дня;
- улучшение физикальных данных;
- облегчение течения инфекции.

Проф. Г.И. Смирнова подчеркнула, что в терапии ОРВИ не надо забывать об элиминационной терапии с использованием препаратов, содержащих стерильный раствор морской воды, которые элиминируют вирусы и бактерии со слизистой респираторного тракта

и улучшают функции мерцательного эпителия.

Топические деконгестанты не имеют самостоятельного значения. Их рекомендуется использовать короткими курсами при выраженной заложенности носа.

Антибиотики при ОРЗ показаны только при наличии вероятных признаков первичной бактериальной инфекции: температура выше 38 °С в течение более 3 дней, одышка без обструкции, асимметрия хрипов, появление гнойного отделяемого, уровень лейкоцитов в периферической крови выше 12×10^9 , палочкоядерные нейтрофилы более 5% и/или СОЭ выше 20 мм в час.

Продолжила заседание д.м.н., проф., зав. кафедрой детской оториноларингологии РМАПО **Е.П. Карпова** докладом «Осложненные формы течения ОРВИ у детей. Профилактика и лечение». Она привела следующую статистику: ежегодно в Москве регистрируется 2,5–3 млн больных ОРВИ и гриппом, больше половины заболевших составляют дети. Е.П. Карпова подчеркнула,



Е.П. Карпова



что лечению и профилактике ОРИ следует уделять повышенное внимание, «иначе ОРИ могут привести к возникновению или обострению хронических патологий, кроме того, ОРИ могут сопровождаться серьезными осложнениями». Так, по данным М.Р. Богомилского и Т.И. Гаращенко (2001), синуситы у детей до 3 лет в 94,7% случаев протекают с осложнениями, 10–22% из которых составляют гнойно-септические орбитальные процессы с возможным исходом в слепоту, в 2,1% случаев при синусите у детей до 3 лет развиваются внутричерепные осложнения. При отсутствии своевременной диагностики возможен летальный исход. Наиболее частым осложнением вирусной инфекции у детей является острый риносинусит (70–80%). Однако Е.П. Карпова отметила, что сейчас все чаще говорят не о риносинусите, а о риносинусотубарном комплексе, включая и полость носа, и носовые пазухи, и слуховые трубы. Системы организма функционально едины, а значит, если возникает воспаление – это воспаление всей слизистой оболочки.

Лечение больных с заболеванием околоносовых пазух, направленное на подавление патогенной микрофлоры и повышение резистентности организма, представляет большие трудности. Необходимо рациональное сочетание общих мер воздействия на организм с местным воздействием на очаг воспаления с целью его дренирования, восстановления аэрации и устранения инфекции. Это позволяет предотвратить развитие возможных осложнений и избежать перехода процесса в хроническую форму.

До сих пор существуют разногласия по поводу необходимости применения антибиотиков в терапии острого риносинусита. Если есть признаки бактериальной природы риносинусита, то необходимо проведение курса антибиотикотерапии, выбор препарата основывается на рекомендациях

по эмпирической стартовой терапии с учетом вероятной этиологии болезни и лекарственной чувствительности вероятного возбудителя в данном регионе.

В комплексной терапии риносинуситов необходимо наряду с другими средствами применение противовоспалительных средств с использованием фитопрепаратов, которые дают положительные результаты при лечении данной патологии. Особое внимание следует уделить препаратам, полученным по технологии фитониринга (сочетание основательных знаний по активным ингредиентам лекарственных растений и современных аспектов производства и анализа растений и экстрактов). Кроме того, каждое клиническое решение должно базироваться на концепции доказательной медицины. Этим критериям удовлетворяет препарат Синупрет. Для оценки клинической эффективности Синупрета проведено большое количество рандомизированных, плацебо-контролируемых, двойных слепых исследований, доказывающих его противовоспалительное, секретолитическое, противоотечное и иммуномодулирующее действие.

На кафедре детской оториноларингологии РМАПО совместно с НИИ детской онкологии и гематологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина было проведено исследование антиоксидантной системы (АОС) при риносинуситах у 94 детей и ее изменение под влиянием Синупрета (Карпова Е.П., Усеня Л.И., Байкова В.Н., 2004). Дети получали стандартное лечение (системную антибактериальную терапию с учетом чувствительности микрофлоры, гипосенсибилизирующую терапию, анемизацию слизистой оболочки полости носа, секретолитическую терапию, пункции верхнечелюстных пазух с последующим промыванием физиологическим раствором по показаниям); кроме того, в двух опытных группах терапия была дополнена Синупретом. У детей, получавших Синупрет,

отмечали более выраженную положительную динамику как субъективных, так и объективных показателей клинической эффективности: уменьшалась головная боль, количество отделяемого, гиперемия и инфильтрация слизистой оболочки полости носа; улучшались функциональные показатели слизистой оболочки полости носа. Применение Синупрета позволило значительно повысить активность антиоксидантной системы в сочетании с угнетением перекисидации. На основании этого можно сделать вывод о том, что Синупрет обладает не только противовоспалительным, секретолитическим, противоотечным действием, но и антиоксидантным эффектом.

Тактике ведения больных с тяжелыми формами риносинуситов у детей был посвящен доклад д.м.н., профессора РГМУ им. Н.И. Пирогова **Е.Ю. Радциг**. Она напомнила слушателям, что риносинусит – это воспаление слизистой оболочки носа и околоносовых пазух, обусловленное вирусной или бактериальной инфекцией, физической травмой, аллергической реакцией и рядом других факторов. Риносинуситы классифицируются по локализации (выделяют гаймориты, фронтиты, этмоидиты, сфеноидиты) и по длительности течения процесса (острая форма – до 4 нед., подострая – от 4 до 12 нед., хроническая – свыше 12 нед., рецидивирующая). Абсолютное большинство риносинуситов имеют вирусную природу (95–97%). Вирусная инфекция запускает порочный круг синусита (рис. 1), приводит к отеку слизистой, блоку соустьев. Если не начать лечение и не восстановить аэрацию, то мукоцилиарный эпителий уже через неделю не сможет нормально функционировать, и состояние больного будет ухудшаться.

После того, как врач поставил диагноз «риносинусит», его задача как можно скорее устранить симптомы, беспокоящие пациента, улучшив тем самым его качество



Научно-практическая конференция компании «Бионорика»

жизни. Прежде всего, добиться уменьшения отека слизистой, чтобы восстановить аэрацию носовых пазух и патологический секрет начал эвакуироваться, восстановить работу мерцательного эпителия и мукоцилиарного транспорта. Кроме того, нужно поддержать организм, чтобы помочь ему адаптироваться к борьбе с инфекцией. Действие назначаемых препаратов должно быть патогенетическим. Помня о том, что лишь небольшой процент риносинуситов вызван бактериями, в качестве стартового медикаментозного лечения следует использовать противовирусные препараты. Кроме того, необходимо назначение элиминационной терапии, противовоспалительных средств, а при аллергическом риносинусите – топических глюкокортикоидов.

В качестве противовоспалительной терапии широко используются мукоактивные системные препараты, которые воздействуют на все звенья патогенеза. Например, такой препарат, как Синупрет. Его многокомпонентность обуславливает выраженное противовоспалительное действие, помимо этого Синупрет проявляет также антивирусные, иммуномодулирующие и мукоактивные свойства. Активные компоненты растений, входящих в состав Синупрета, дополняют друг друга по своим фармакологическим свойствам и клиническим эффектам при лечении самого респираторного заболевания и его осложнений.

Е.Ю. Радциг привела результаты двойного слепого плацебо-контролируемого рандомизированного исследования, результаты которого соответствуют принципам доказательной медицины. Было показано, что назначение Синупрета в дополнение к базисной терапии острого бактериального синусита (антибиотики, назальные деконгестанты) по сравнению с плацебо существенно повышает эффективность проводимого лечения (N. Neubauer, R.W. Maerz, 1994).

На кафедре оториноларингологии педиатрического факультета РГМУ им. Н.И. Пирогова было также проведено исследование эффективности Синупрета в качестве терапии долечивания. В исследовании принимали участие больные, которые уже получили базисный курс терапии по синуситам (антибиотики и деконгестанты) но у них сохранялись жалобы на заложенность носа, выделение из носа, при эндоскопии наблюдалось отделяемое в среднем носовым ходом. Основная группа получала пролонгированный курс (3 недели) Синупрета, группа контроля использовала средства для ирригационной терапии.

Все симптомы были оценены по трехбалльной шкале, где 3 – симптом выражен максимально, 0 – симптом отсутствует. Детей наблюдали на 1, 8 и 22 день после начала терапии. Если в первый день отек был выражен более чем уверенно (более чем 2 балла), то через неделю терапии Синупретом отек спал и практически не определялся после окончания курса. Редукция отмечалась и по симптомам заложенности носа, и уменьшения отделяемого. В результате в основной группе наблюдалось



Е.Ю. Радциг

было более выраженное улучшение симптомов, чем в группе контроля. В своем докладе Е.Ю. Радциг подчеркнула необходимость проведения профилактики ОРЗ. Наиболее безопасные средства, которые можно использовать, – ингаляции, натуропатические препараты. Она указала, что натуропатические препараты внесены в рекомендательные письма, выпущенные департаментом здравоохранения г. Москвы. Однако важно выбирать средство, которое прошло все этапы контроля, производство сырья которого контролируется, прописаны и соблюдаются условия



Рис. 1. Порочный круг синусита



Е.С. Кешишян

хранения. Это не все фитопрепараты, но Синупрет к ним относится. Эффективность профилактики Синупретом хронического синусита (Тарасова Г.Д., 2007) доказана, после терапии этим препаратом уменьшилось число обострений, улучшилось качество жизни.

В конце своего выступления Е.Ю. Радциг подчеркнула, что при синусите 93% детей обращаются именно к педиатру, поэтому для эффективного лечения единство точек зрения педиатра и оториноларинголога крайне необходимо. Очень интересный доклад – «Взгляд Всемирной организации здравоохранения на лечение детей с респираторными вирусными инфекциями, или Как уменьшить

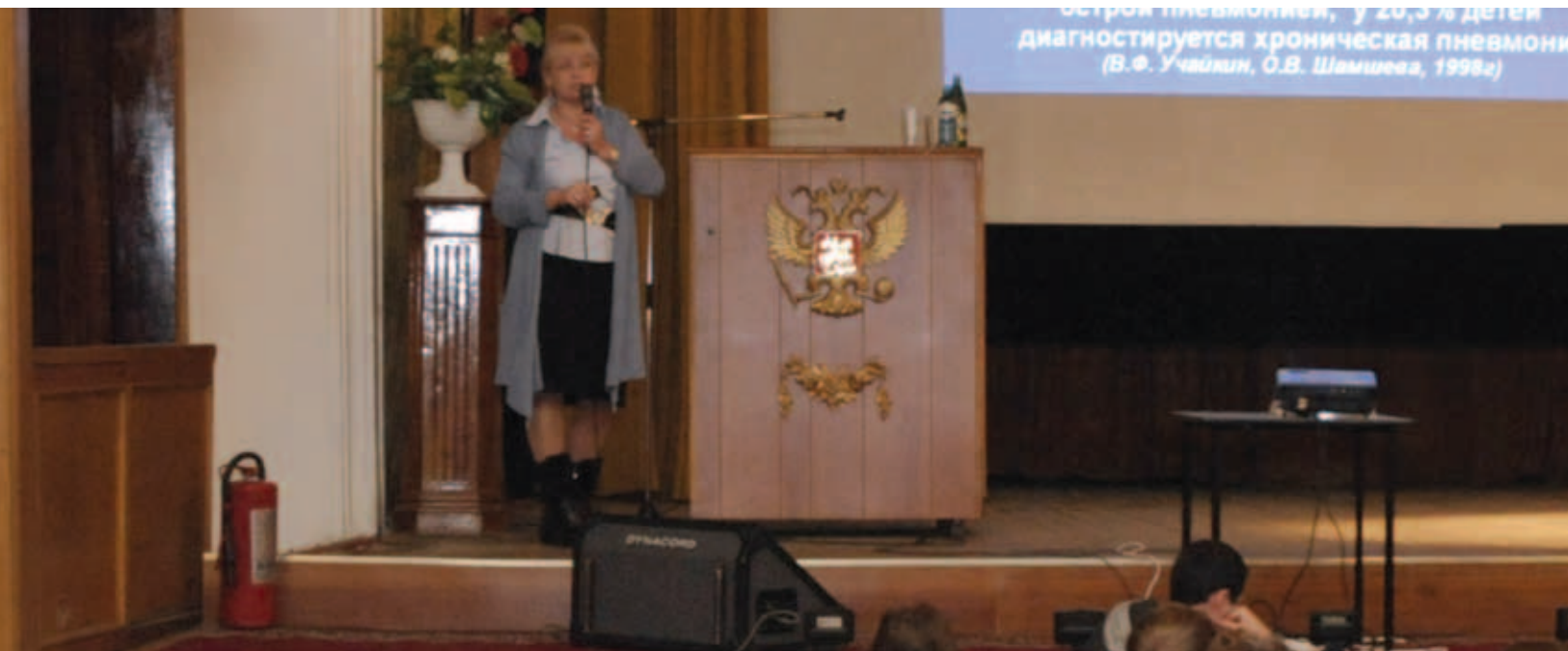
число ЧБД» – представила д.м.н., проф. Московского НИИ педиатрии и детской хирургии **Е.С. Кешишян**.

Существует два педиатрических подхода. «Золотой стандарт» педиатрии подразумевает следующий алгоритм действий: врач должен полностью оценить все симптомы, наметить предварительный диагноз, назначить лабораторные исследования, на основании этого провести дифференциальную диагностику, поставить окончательный диагноз, выработать стратегию лечения. Однако эту последовательность возможно выполнить только в стационаре, и практически невозможно в условиях амбулаторно-поликлинической помощи. Педиатр наблюдает некоторые разрозненные клинические признаки, по которым не может поставить окончательный диагноз, только лишь предположить его.

Для стандартизации первичной медико-санитарной помощи был разработан второй подход – «Integrated Management of Childhood Illness» (Интегрированное ведение болезней детского возраста (ИББДВ)). В середине 1990-х годов Всемирной организацией здравоохранения в сотрудничестве с Детским фондом ООН ЮНИСЕФ и многими другими организациями, институтами

и частными лицами была проведена колоссальная работа по установлению специфичности и чувствительности каждого симптома, его диагностической значимости. Чтобы помочь врачу определить ведущий симптом и правильно назначить антибактериальную терапию, была разработана схема, в которой все симптомы были разделены по степени тяжести. «Красный ряд» – опасные симптомы, которые подразумевают необходимость обязательной госпитализации; «желтый ряд» – ребенок может лечиться дома, но с использованием специфических лекарственных средств; «зеленый ряд» – ребенок нуждается в симптоматическом лечении. Цветность рядов наглядна и помогает выявить опасность состояния ребенка. Обращаем внимание, что медицинский работник устанавливает не окончательный диагноз, а лишь предварительный, то есть «классифицирует» его прежде всего по тяжести.

Например, врач определил симптом «кашель». Он оценивает дыхание ребенка (наличие стридорозного компонента), есть ли учащение дыхания относительно нормы для возраста (для детей до 2 мес. жизни – 60 и более дыханий в минуту; для детей до 1 года – 50 и более дыханий в минуту; для





Научно-практическая конференция компании «Бионорика»

детей от 1 года до 5 лет – 40 и более дыханий в минуту) и наличие втяжения нижнего края грудины, что указывает на значительное повреждение легочной ткани. В зависимости от полученных при обследовании результатов определяется тактика, которая точно прописана в программе и является алгоритмом действия медицинского работника («тяжелая пневмония» – красный ряд, «пневмония не тяжелая» – желтый ряд, «пневмония нет, кашель или простуда» – зеленый ряд).

Конечно, оценка только по симптому кашля является недостаточной и необходимо продолжить обследование, выявив все другие симптомы, без лечения которых трудно добиться улучшения состояния ребенка. Эти симптомы также оцениваются по тяжести и имеют соответствующий алгоритм действия (сопутствующая лихорадка, диарея, возможная патология со стороны ушей, горла, наличие анемии и нарушения питания).

Предложенная система направлена в том числе и на ограничение антибактериальных препаратов. Так, если симптом из «красного ряда» – антибиотики нужны, в остальных случаях необходима только симптоматическая терапия.

Отсутствие антибактериального лечения – один из момен-

тов уменьшения числа ЧБД. Например, при кашле эти симптоматические средства могут быть домашние (теплое питье) и лекарственные. Е.С. Кешишян рассказала, что в своей практике использует препарат растительного происхождения Бронхипрет, который обладает отхаркивающим, секретолитическим, противовоспалительным и бронхолитическим действием.

В Московском НИИ педиатрии и хирургии проводилось открытое исследование эффективности и безопасности применения сиропа Бронхипрет при лечении острых вирусных и бактериальных заболеваний органов дыхания у детей от 3-х мес. до 3-х лет (всего 50 детей). В возрасте от 3 месяцев до 1 года препарат назначался по 10–15 капель 3 раза в сутки или по 1,1 мл 3 раза в сутки при использовании прилагаемого мерного стаканчика. Детям от 1 года до 2 лет – по 17 капель 3 раза в сутки или по 2,2 мл 3 раза в сутки. От 2 до 3 лет – по 20 капель 3 раза в сутки или по 3,2 мл 3 раза в сутки. Курс лечения – 10–14 дней в зависимости от эффекта.

При применении Бронхипрета общее самочувствие улучшалось примерно к 3 дню лечения. Навязчивый кашель становился спокойнее и приобретал более влажный характер к 4–5 дню.

Наиболее важным показателем в лечении ОРВИ является частота назначения антибиотиков. Антибиотики детям назначались только в случае отсутствия эффекта от проводимой противовоспалительной терапии и при бактериальных осложнениях – при нарастании одышки и частоты дыхания, сохранении гипертермии и ухудшении общего состояния ребенка. Таким образом, показатель частоты назначения антибиотика может служить неким критерием эффективности и противовоспалительного действия предлагаемого препарата. В нашем исследовании антибиотики были назначены 2 детям (4%). Побочных эффектов не наблюдалось, хорошая переносимость препарата отмечалась практически у всех.

Эффективность применения препарата составила 96%. Таким образом, Бронхипрет может быть рекомендован для широкого применения у детей раннего возраста, как противокашлевое и отхаркивающее лекарственное средство при лечении острых вирусных и бактериальных заболеваний верхних и нижних дыхательных путей. ✨

*Материал подготовила
А. Зименкова*





Новые возможности вакцинопрофилактики

Это важное событие послужило поводом для разговора об иммунизации. В последние годы особое внимание к вопросам вакцинопрофилактики со стороны государства резко возросло. Введены в Национальный календарь прививок (НКП) вакцинация против краснухи, гепатита В, гриппа. С 2011 года вводится вакцина против гемофильной инфекции. Календарь начинает приближаться к европейскому. Это позволило взять под контроль 11 инфекций. По мнению ведущих специалистов, требуется дальнейшее расширение календаря: сегодня появилась возможность проводить им-

В Научном центре здоровья детей РАМН открылся Центр семейной вакцинопрофилактики.

мунопрофилактику ряда других инфекций, не включенных в НКП, таких как пневмококковой, папилломавирусной, ротавирусной и т.д.

Источник: www.med2.ru

Воздействие пассивного курения на детей

Результаты нового систематического обзора и мета-анализа, выполненного учеными из Гарвардской школы общественного здоровья и опубликованного в журнале PLoS Medicine, подтвердили, что уменьшение воздействия пассивного курения на детей (например, убеждение родителей не курить дома) смогло бы значительно снизить заболеваемость и смертность от инвазивных бактериальных инфекций. Такой подход был бы особенно целесообразен в раз-

Установлена тесная взаимосвязь между пассивным курением и возникновением инвазивных менингококковых инфекций у детей.

вивающихся странах с низким уровнем вакцинации против подобных инфекций.

Инвазивные бактериальные инфекции являются значимой причиной детской смертности. Основные возбудители инвазивных бактериальных инфекций у детей – *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* тип В (Hib) и *Neisseria meningitidis*.

Источник: www.mma.ru

Фаст-фуд влияет на умственное развитие

Исследователи из университета английского города Бристоль обнаружили, что «быстрая еда» грозит детям не только ожирением, но и другими последствиями, которые сохраняются на протяжении всей жизни – если ребенок регулярно ел фастфуд в возрасте до 3 лет, у него в будущем отмечается стойкое снижение IQ – коэффициент умственного развития. Понятно, что низкий IQ создаст ему трудности во время учебы в школе, а после ее окончания ему вряд ли удастся получить хорошее образование.

Английские ученые утверждают, что фаст-фуд значительно снижает коэффициент умственного развития детей.

Авторы на протяжении нескольких лет изучали 14 000 детей. У детей, которые питались наименее здоровой пищей (с преобладанием жиров и сахара), отмечалось стойкое снижение показателей IQ – в среднем на 5 баллов по сравнению с теми малышами, которые получали наиболее здоровое питание.

Источник: www.mma.ru



Грудное вскармливание – фундамент здоровья

Грудное вскармливание в течение 6 месяцев может защитить детей от наиболее распространенных инфекций.

Такие результаты проспективного исследования были опубликованы в журнале *Archives of Disease in Childhood*. Исследователи регистрировали тип вскармливания и все

эпизоды инфекционных заболеваний, включая острый, средний отит, острые респираторные инфекции, гастроэнтерит, инфекции мочевыводящих путей, конъюнктивит и стоматит у 926 детей первого года жизни. У детей, которые получали исключительно грудное молоко на протяжении 6 месяцев, отмечалось меньшее количество эпизодов инфекции по сравнению с детьми, находившимися на смешанном или искусственном вскармливании.

Источник: www.antibiotic.ru

Лекарственные средства для лечения кашля и простуды (ЛСКП) представляют угрозу жизни в случае передозировки.

Американские ученые провели общенациональное исследование с целью изучения обращаемости в отделения неотложной помощи при использовании ЛСКП у детей. Установлено, что в масштабах страны свыше 7000 детей до 12 лет в течение года обращались в отделения неотложной помощи по поводу побочных реакций от ЛСКП, при этом 64% обращений приходилось на возрастную группу

Будьте осторожны при лечении простуды

2–5 лет. Медицинские ошибки, связанные с назначением препаратов, в том числе передозировка, особенно опасны для детей до 2 лет.

Авторы считают, что необходима целенаправленная разработка образовательной, правовой и прикладной политики в этом вопросе.

Источник: www.medmir.com

Родительская любовь необходима детскому мозгу для создания каналов управления стрессом и формирования социальных связей.

Психолог из Университета Висконсина С. Поллак и его коллеги сравнили развитие детей, которых воспитывают их биологические родители в Америке, с развитием детей усыновленных (журнал *Proceedings of the National Academy of Sciences*). Установлено, что у детей из приютов изначальный уровень вазопрессина и окситоцина был ниже, и, в отличие от детей, живущих с биологическими родителями, уровень окситоцина у них не повышался и после того, как их прила-

Отсутствие внимания влияет на развитие мозга детей

скала приемная мать. Остается вопрос, станет ли гормональный дефицит причиной поведенческих проблем у этих детей в долгосрочной перспективе. Ученые подозревают, что отсутствие тесного контакта со взрослым вскоре после рождения создает проблемы у ребенка, и ответственные за социальное поведение структуры мозга у этих детей не разовьются в достаточной мере.

Источник: www.mednovosti.by

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»

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.)



План региональных научно-практических конференций группы компаний «Медфорум» на II квартал 2011 года

Название, тематика мероприятия	Участники	Дата проведения	Место проведения
Актуальные вопросы репродуктивного здоровья	Акушеры-гинекологи, *КДЛ при наличии в программе доклада для данной специальности	1 апреля	Санкт-Петербург
Охрана здоровья матери и ребенка	Акушеры-гинекологи, педиатры, неонатологи, *КДЛ при наличии в программе доклада для данной специальности	4–6 апреля, 3 дня	Архангельск
Гастроэнтерология: «Функциональные и воспалительные заболевания кишечника в повседневной практике»	Терапевты, гастроэнтерологи, педиатры, ВОП, рентгенологи	8 апреля	Москва, МО, ЦФО (МОНИКИ) 15-й корпус
Актуальные вопросы эндокринологии	Эндокринологи, гинекологи, терапевты, семейные врачи	11 апреля	Самара
Континуум женского здоровья	Акушеры-гинекологи, детские гинекологи, эндокринологи, инфекционисты, ВОП	12 апреля	Самара
Актуальные вопросы инфекционной патологии	Инфекционисты, терапевты, педиатры, вирусологи, пульмонологи, КДЛ, эпидемиологи, акушеры-гинекологи, иммунологи, паразитологи, дерматовенерологи, косметологи, фармакологи, онкологи, семейные врачи	14 апреля	Волгоград
Межрегиональная конференция «Высокотехнологичные методы диагностики и лечения» (лабораторная диагностика, УЗИ, функциональная диагностика, микробиология, эндоскопия, лучевая диагностика)	КДЛ, врачи функциональной диагностики, врачи радиоизотопной диагностики, клинические микробиологи, руководители медицинских учреждений, врачи КБЛ, иммунологи, эндоскописты, лучевые диагносты	14–15 апреля	Самара (ПФО)
Актуальные вопросы дерматовенерологии	Дерматовенерологи, дерматологи-косметологи, фармакологи, иммунологи, онкологи	15 апреля	Волгоград
Актуальные вопросы инфекционной патологии	Инфекционисты, терапевты, педиатры, вирусологи, пульмонологи, КДЛ, эпидемиологи, акушеры-гинекологи, иммунологи, паразитологи	21 апреля	Пермь
Неагрессивные способы вскармливания и ухода за детьми раннего возраста	Педиатры, неонатологи, дерматологи, *КДЛ при наличии в программе доклада для данной специальности	Конец апреля	Астрахань
Актуальные вопросы дерматовенерологии и косметологии	Дерматовенерологи, дерматологи-косметологи, фармакологи, иммунологи, онкологи	Апрель	Сочи
Актуальные вопросы инфекционной патологии	Инфекционисты, терапевты, педиатры, вирусологи, пульмонологи, КДЛ, эпидемиологи, акушеры-гинекологи, иммунологи, паразитологи	19 мая	Омск (СибФО)
Актуальные вопросы кардиологии	Кардиологи, терапевты, семейные врачи	19 мая	Омск
Школа по ревматологии	Дерматовенерологи, терапевты, ВОП, кардиологи	25 мая	Москва, МО, ЦФО (МОНИКИ)
Актуальные вопросы неврологии	Неврологи, терапевты, семейные врачи	26 мая	Калининград
Актуальные вопросы дерматовенерологии	Дерматовенерологи, дерматологи-косметологи, фармакологи, онкологи	27 мая	Калининград
Актуальные вопросы кардиологии	Кардиологи, неврологи, терапевты, семейные врачи	3 июня	Челябинск
Актуальные вопросы педиатрии и неонатологии	Педиатры, неонатологи, *КДЛ при наличии в программе доклада для данной специальности	10 июня	Калининград
Актуальные вопросы ревматологии и неврологии	Неврологи, ревматологи, терапевты, семейные врачи	Июнь	Казань (ПФО)
Гиперпластический синдром в гинекологии	Акушеры-гинекологи	Июнь	Самара
ЛОР, аллергология	Оториноларингологи, иммунологи, терапевты, семейные врачи	18–19 июня	Сочи
Семейная медицина / терапия	Терапевты, семейные врачи, педиатры, терапевты, фармакологи	20–21 июня	Сочи
Актуальные вопросы гастроэнтерологии	Гастроэнтерологи, терапевты, семейные врачи	23 июня	Сочи
I Российско-Балканская конференция по кардиогastroэнтерологии	Гастроэнтерологи, кардиологи, семейные врачи, онкологи	Конец июня – начало июля	Иркутск

Подробную информацию о конференциях можно получить в отделе региональных конференций компании «Медфорум» по телефонам: (495) 234-07-34, 8 (916) 654-77-40; e-mail: forum@webmed.ru

МЕДФОРУМ

суппозитории мазь и гель **ВИФЕРОН**[®]

ИНТЕРФЕРОН ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ РЕКОМБИНАНТНЫЙ АЛЬФА-2
С АНТИОКСИДАНТНЫМ КОМПЛЕКСОМ

- **ВИФЕРОН**[®] вошел в список ЖНВЛС*
- **ВИФЕРОН**[®] отпускается по фиксированным ценам

ЖНВЛС

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

* жизненно необходимые и важнейшие лекарственные средства

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



ферон

ПРОИЗВОДСТВО ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Адрес: 125424 г. Москва, Волоколамское ш., д. 73
Производство: 123098 г. Москва, ул. Гамалеи, д. 18, корп. А
ООО «ФЕРОН»
тел/факс (495/499) 193-3060, 646-1219 многоканальный
электронная почта: viferon@rol.ru
адрес web-сайта: <http://www.viferon.su>
информационный сайт: <http://www.interferon.su>

реклама