

Э Ф Ф Е К Т И В Н А Я

# ФАРМАКОТЕРАПИЯ

4  
2010

*педиатрия*

## Люди. События. Даты

**Н.Н. Ваганов:**

Юбилей Российской детской  
клинической больницы:  
25 – это много или мало?

## Кашель

Его причины и современные  
противокашлевые лекарственные  
средства

## Заболевания глаз

Клиническая эффективность  
глазных капель для 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»!



# Содержание

Директор Издательского дома  
Группы компаний «Медфорум»

**А. Синичкин**

(e-mail: sinmed@mail.ru)

Менеджер проекта

**В. Лопаткина**

(e-mail: medbiz@webmed.ru)

## РЕДАКЦИЯ ЖУРНАЛА

Выпускающий редактор

**М. Кузнецова**

Медицинский редактор

**Л. Головина**

Редакторы

**А. Зименкова, А. Лозовская**

Дизайн-концепт

**Е. Гуров**

Дизайнер

**А. Велевич**

Корректор

**М. Баширова**

Фотосъемка

**М. Балтабаев, А. Шанин,**

**Д. Жданович**

Подписка и распространение

**Т. Кудрешова**

(e-mail: podpiska@webmed.ru)

Научный редактор номера

**Проф. Е.Ю. Радциг**

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

М.Р. Богомильский

Н.А. Геппе

О.В. Зайцева

И.Н. Захарова

И.Я. Конь

Т.Л. Кураева

В.А. Петеркова

В.А. Ревякина

## НАШ АДРЕС:

127422, Москва, ул. Тимирязевская,

д. 1, стр. 3, офис 3515

Тел. (495) 234-07-34

www.webmed.ru

Отпечатано в типографии

«Финтрекс».

Тираж 17 500 экз.

Перепечатка материалов

разрешается только

с письменного разрешения

редакции

Свидетельство о регистрации  
средства массовой информации

ПИ № ФС77-23066

от 27.09.2005.

## Люди. События. Даты.

Юбилей Российской детской клинической больницы.

25 – это много или мало?

4

Лента новостей

7

Новости компаний

12

В Сети

13

## Слово научного редактора

14

## Клиническая эффективность

*В.М. Делягин.* Применение энтеросорбентов Фильтрум-Сти

и Фильтрум-Сафари в комплексном лечении ротавирусной инфекции у детей

15

*Е.Ю. Радциг.* Кашель и противокашлевые лекарственные средства

18

## Клинические исследования

*Е.Ю. Маркова.* Особенности лечения воспалительных заболеваний глаз у детей

22

*Д.Ю. Овсянников.* Современные представления об аллергическом рините у детей

26

## Наука и практика

*Т.В. Казюкова.* Профилактика железодефицитных состояний у детей раннего возраста

36

## Доказательная медицина

*Г.С. Голосная.* Применение Кортексина в реабилитации детей первого года жизни с перинатальными гипоксическими поражениями ЦНС

42

*А.Л. Заплатников, Г.А. Мингалимова, В.И. Далечин, Т.Н. Носкова, Л.М. Шамрай, Н.В. Кароид, Н.С. Глухарева, А.А. Гирина.* Оценка эффективности и безопасности повторных профилактических и лечебных курсов Анаферона детского в отношении острых респираторных вирусных инфекций у детей

47

## Литература

52

## Медицинский форум

IX Российский конгресс «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии»

56

VII Всероссийская конференция «Актуальные проблемы сомнологии»

66

Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы охраны здоровья матери и ребенка» в Ярославле

68

Научно-практическая конференция «Совершенствование педиатрической практики. От простого к сложному»

71



# ХV КОНГРЕСС ПЕДИАТРОВ РОССИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕДИАТРИИ» I ФОРУМ ДЕТСКИХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

14 – 17 февраля 2011 года  
г. Москва, Краснопресненская набережная, 12,  
Центр международной торговли, 4-й подъезд

## Уважаемые коллеги!

Союз педиатров России приглашает Вас принять участие в работе **XV Конгресса педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии»** и **I Форума детских медицинских сестер**. Программа Конгресса включает вопросы реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в педиатрии, организации медицинской помощи детям, охраны репродуктивного здоровья детей и подростков, питания в педиатрии, вакцинопрофилактики; высокотехнологичных методов диагностики и лечения болезней детского возраста и другие актуальные проблемы.

В рамках послевузовского профессионального образования педиатров будут проведены Школы специалистов (повышения квалификации) с выдачей сертификатов.

**На церемонии Торжественного открытия Конгресса – 14 февраля 2011 года в 18:00** в Зале Церковных Соборов Храма Христа Спасителя (г. Москва, ул. Волхонка, 15) – будут подведены итоги:

- **Конкурса «Детский врач года»** (к участию приглашаются детские врачи всех звеньев системы медицинской помощи детям),
- **Конкурса «Детская медицинская сестра года»** (к участию приглашаются медицинские сестры и фельдшера, оказывающие медицинскую помощь детям).

**На церемонии закрытия Конгресса – 17 февраля 2011 года** в зале «Амфитеатр» Центра международной торговли (г. Москва, Краснопресненская набережная, д. 12) – будут подведены итоги:

- **Конкурса работ молодых ученых.**

**Заявки** на доклады и симпозиумы, тезисы для публикации принимаются до 15 декабря 2010 г., заявки на участие в Конкурсах «Детский врач года» и «Детская медицинская сестра года» – до 31 декабря 2010 г., регистрация участников школ – до 31 января 2011 г., работы на Конкурс молодых ученых – до 31 января 2011 г.

Дополнительную информацию по вопросам участия в Конгрессе, Форуме и выставке, Школах специалистов и публикации тезисов можно получить по телефонам в Москве: 8 (499) 134-13-08, 134-30-83, 783-27-93; 8 (495) 967-15-66, 681-76-65 и на веб-сайтах: [www.pediatr-russia.ru](http://www.pediatr-russia.ru), [www.nczd.ru](http://www.nczd.ru)  
Адрес оргкомитета Конгресса: 119991, г. Москва, Ломоносовский проспект, д. 2/62,  
Научный центр здоровья детей РАМН, e-mail: [orgkomitet@nczd.ru](mailto:orgkomitet@nczd.ru)



## МЕЖДУНАРОДНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ВЫСТАВКА «ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА – 2011»

15 – 17 февраля 2011 года  
г. Москва, Краснопресненская набережная, 12,  
Центр международной торговли, 4-й подъезд

Параллельно с XV Конгрессом педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» и I Форумом детских медицинских сестер пройдет **18-я Международная медицинская выставка «Здоровье матери и ребенка – 2011»**, на стендах которой будут представлены свыше 100 ведущих отечественных и зарубежных компаний из 30 стран. Ежегодно выставку посещают свыше 8000 человек.

### Основные разделы выставки:

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

ОРГАНИЗАТОР ВЫСТАВКИ: Выставочная компания «Меткомцентр»

Дополнительную информацию по вопросам участия в Конгрессе и выставке можно получить по телефонам: 8 (495) 681-76-65, 631-14-12  
e-mail: [zmir@sumail.ru](mailto:zmir@sumail.ru)



С НОВЫМ ГОДОМ  
И РОЖДЕСТВОМ!

# Уважаемые читатели!



*Для нас, педиатров, Новый год – особенный праздник. Конечно, этого события с радостным нетерпением ждут врачи разных профессий, но, пожалуй, только детские врачи способны смотреть на мир глазами своих маленьких пациентов. Вера в сказку, чудо, исцеление не менее важна, чем повседневная кропотливая работа по постановке диагноза, внимательное ведение пациента, принятие важных решений, определяющих не только здоровье, но порою и судьбу детей. Новый год – это всегда новая веха, время подведения итогов и время обдумывания новых планов. От души желаю, чтобы все задуманное сбылось, чтобы ежедневная работа не стала рутинной и в ней всегда было место творчеству. С Новым годом! Здоровья вам и вашим маленьким пациентам!*

*Николай Николаевич Ваганов,  
главный врач Российской детской  
клинической больницы,  
председатель правления  
Ассоциации детских больниц*



## 25 – ЭТО МНОГО ИЛИ МАЛО?



*В ноябре 2010 г., а именно 25 числа, исполнилось 25 лет со дня открытия Российской детской клинической больницы (РДКБ). В связи с этой знаменательной датой состоялась Научно-практическая конференция «Современные проблемы стационарной помощи детям», на которую были приглашены главные терапевты республиканских, краевых, областных и окружных детских больниц России.*

Открывая конференцию, д. м. н., проф., заслуженный врач РФ, директор РДКБ **Николай Николаевич Ваганов** заметил: «25 лет – это немного в масштабах нашей медицины и истории. Но, тем не менее, за 25 лет нам удалось превратиться в учреждение, которое является одним из ведущих и по объему оказываемой помо-

щи, и по ее качеству, и по востребованности населением, прежде всего детским, и по многопрофильности, и по высоким медицинским технологиям». Сегодня РДКБ – это крупнейший в России больничный комплекс, оснащенный современным диагностическим и лечебным оборудованием. История создания и развития РДКБ тесно связана с развитием специализированной медицинской помощи детям, всей системы детского здравоохранения в России. Комплекс зданий, который ныне занимает РДКБ, предназначался для клиник РГМУ и строился почти 20 лет. По инициативе Минздрава РФ (А. Г. Грачева, Т. В. Кулакова) и поддержке Совета Министров РСФСР (Л. И. Лыкова) было принято революционное по тем временам решение о создании на базе недостроенного учебного комплекса детской больницы Минздрава РСФСР. Присутствовавшая на конференции **Т. В. Кулакова** поблагодарила всех за то, что они «помнят первопроход-

цев. Это важно – посеять зерно, но гораздо труднее и почетнее вырастить сад – эту больницу, уникальное учреждение, равного которому нет». В знак признательности она подарила врачам РДКБ букет из 25 белых роз, «таких же белых, как Ваши халаты, и таких же красивых, как Ваши души».

На конференции рассматривались самые актуальные на сегодняшний день для детских больниц темы: современное состояние и вопросы совершенствования стационарной помощи детям, современные технологии диагностики и лечения в условиях детского стационара, проблемы оценки качества стационарной помощи детям. Ведущие специалисты РДКБ, РГМУ им. Н. И. Пирогова и Федерального научно-клинического центра детской гематологии, онкологии, иммунологии представили более 20 докладов о достижениях последних лет, были показаны уникальные фото-, видеоматериалы.



## Юбилей Российской детской клинической больницы

В РДКБ получили развитие некоторые специализированные виды помощи детям. Было рассказано о разработанных и запатентованных методах восстановительного лечения, оригинальных методиках лечения сахарного диабета, о выдающемся успехе в терапии больных анорхизмом и крипторхизмом – пациенты уже имеют своих детей. Единственное в стране коечное отделение рентгенохирургических методов лечения организовано в РДКБ. Нет в стране институтов, равных по масштабам онкогематологическому отделению, рассчитанному на 150 коек, для лечения детей со злокачественными новообразованиями. Врожденные anomalies развития, объемные образования различной локализации и этиологии, последствия химических, радиационных повреждений успешно лечатся с использованием уникальных биоинженерных технологий в отделении микрососудистой реконструктивной хирургии. Несмотря на то, что потребности за последнее время возросли в 10 раз, отделение переливания и гравитационной хирургии крови обеспечивает больницу эритроцитной массой в необходимом объеме. Большую поддержку отделению оказывают фонд «Подари жизнь» и инициативная группа «Доноры – детям».

За недостатком времени не были продемонстрированы достижения в офтальмологии, нейрохирургии, эндоскопии, неврологии гинекологии, криолазерной хирургии, онкогематологии, телемедицины, реализации программ высоких технологий и многое другое. Однако возможность оценить весь масштаб оказываемой помощи еще представилась участникам – для главных терапевтов и журналистов было организовано посещение отделений РДКБ.

Закрывая конференцию, Н. Н. Ваганов подчеркнул, что кадровые возможности, интеллектуальный потенциал, техническая база больницы растут из года в год. Но для коллектива РДКБ «самое главное –

доверие. Если вы нам доверяете, мы будем оправдывать ваше доверие, как бы тяжело нам ни было». Как сказал д. м. н., проф., директор НИИ неотложной детской хирургии и травматологии **Л. Рошаль** в своем поздравлении, «трудно быть последней инстанцией». Да, трудно, но в РДКБ уже привыкли, что спасение жизни – это штатная ситуация. «Ваши главные достижения – в спасенном им здоровье. Вашим врачам и медсестрам говорят «спасибо» тысячи счастливых родителей, детям которых вы вернули здоровье и радость жизни», – отметила министр здравоохранения и социального развития РФ **Т. А. Голикова**, комментируя юбилей РДКБ.



*Т.В. Кулакова и Н.Н. Ваганов*

### Для справки

**Р**оссийская детская клиническая больница оснащена новейшим оборудованием, с помощью которого специалисты могут проводить все виды диагностики: ультразвуковое обследование внутренних органов, доплерографию, компьютерное тепловидение и томографию, магниторезонансную томографию, широко используются методики биохимических, клиничко-цитологических, иммунологических исследований, отделений функциональной диагностики, нейрофизиологии, рентгеновского отделения, отделения ангиографии, эндоскопии и др.

С июля 2005 года работает телемедицинский центр. Сегодня дети имеют уникальную возможность, не выезжая из своего региона, получить профессиональную врачебную консультацию опытных педиатров и хирургов ведущей детской клиники России.





## Юбилей Российской детской клинической больницы



*Н.Н. Ваганов*

### **Невозможно обойтись дешевыми препаратами!**

В дни празднования 25-летия Детской клинической больницы Николай Николаевич Ваганов, конечно же, был чрезвычайно занят, но, тем не менее, нашел время, чтобы ответить на вопрос корреспондента журнала «Эффективная фармакотерапия. Педиатрия».

**– Николай Николаевич, доступны ли вашей больнице наиболее эффективные препараты, которые существуют сегодня на рынке? Хотелось бы также узнать, какие препараты, по вашему мнению, могли бы реально улучшить качество жизни ваших маленьких пациентов, принципиально помогли бы Вам в вашей работе? Попросту говоря, о каких препаратах вы мечтаете?**

– Это довольно сложный вопрос. Одна из главных проблем заключается в том, что у нас в стране сегодня очень мало достойных отечественных препаратов. А детских – еще меньше. К тому же, учитывая уникальность и «универсальность» нашей клиники, в онкологии, гематологии, иммунологии, трансплантологии, эндокринологии и других отраслях медицины просто невозможно обойтись дешевыми препаратами. Особенно в том случае, если мы говорим о современном лечении и положительных результатах. Могу сказать следующее: то количество средств, которые мы тратим

в нашей больнице на один койко-день, несравнимо ни с одной детской отечественной больницей. Что, в свою очередь, позволяет говорить о высокой эффективности нашего лечения. Но мы осознанно идем по этому пути, выписывая наших пациентов с теми рекомендациями, которые считаем необходимыми. И отступать от этого правила не намерены.

Не секрет, что территориальные органы здравоохранения часто на нас обижаются, так как многих пациентов мы выписываем с такими рекомендациями по лекарствам, которых территории не могут или не хотят придерживаться. Да, конечно, мы понимаем объективные трудности и проблемы территорий, понимаем министров здравоохранения на местах. Но в то же время мы понимаем, что и у них есть критерии объективности их работы. И один из таких критериев, носящих медицинский характер, – это детская смертность. И если на местах не будет средств для выполнения наших рекомендаций по лекарственным препаратам, то вполне понятно, что может случиться с подобными показателями.

К тому же у нас есть и весьма похвальные в этом отношении примеры. Отдельные территории и больницы рационально пользуются выделяемыми им средствами. Например, в Псковской областной детской больнице целевые средства – это примерно 30% общего бюджета.

Какие мы видим перспективы в области фармакотерапии? Разумеется, мы следим за разработками ученых. У нас в больнице есть фармнадзор, есть мои заместители, которые отвечают за наше лекарственное обеспечение. Есть, наконец, и финансовая служба, которая контролирует все составляющие лекарственного обеспечения, в том числе цена-качество, цена-результативность.

Сегодня без современных качественных лекарственных препаратов в нашем деле не обойтись! 🌸

*А. Зименкова, М. Кузнецова*





## Рождественское волшебство в доме сердца



*К. Сухинова и В.П. Подзолков*

*3 декабря состоялось торжественное открытие уникального и первого в России Центра творческой реабилитации для маленьких пациентов отделения врожденных пороков сердца НЦССХ им. А. Н. Бакулева. Позаниматься и провести небольшие уроки живописи для больных детей в этот день пришли известные российские художники и модельеры – Никас Сафронов, Лия Павлова, Сергей Сысоев, Елена Теплицкая, а также постоянные участницы благотворительных акций – Мисс Мира 2008 Ксения Сухинова и Мисс Европа 2002 Светлана Королева.*

**В** крупнейшем в России кардиохирургическом центре имени А. Н. Бакулева, благодаря личному содействию его руководителя, академика РАМН Лео Антоновича Бокерия, Благотворительным фондом «Грани таланта» была реализована идея психологической поддержки больных детей посредством изобразительного искусства. Инновационный проект фонда «Исцеление через творчество» расширился до масштабов создания настоящего центра творческой реабилитации, где на постоянной основе с маленькими пациентами уже начали заниматься известные художники, пытаясь отвлечь одних пациентов от тревожного ожидания сложнейшей операции на сердце, а другим помочь быстрее восстановиться после нее.

Мисс Мира Ксения Сухинова, регулярно участвующая в различных благотворительных акциях, и в этот раз с радостью откликнулась на приглашение организаторов: «Очень важно привлекать внимание общественности к проблеме врожденных сердечных заболеваний. Ведь большинство вовремя прооперированных детей становятся совершенно здоровыми! Задача каждого – помочь маленькому пациенту справиться с возникающими трудностями, и я уверена, что в таком чудесном месте, как Центр творческой реабилитации, малыши еще быстрее пойдут на поправку».

Все участники мероприятия, понимая важность подобной поддержки для каждого ребенка, с радостью нарисовали с ними несколько жизнерадостных картин и вручили рождественские подарки.

Руководитель проекта Елена Шелег так прокомментировала это событие: «Сегодняшнее «рождественское волшебство» стало возможным благодаря усилиям людей, неравнодушных к проблемам больных детей. И это прежде всего главный кардиохирург России Лео Антонович Бокерия, которому мы бесконечно благодарны за постоянную поддержку, коллектив отделения врожденных пороков сердца во главе с академиком РАМН Владимиром Петровичем Подзолковым, руководство Лиги здоровья нации, Национальный конкурс «Мисс Россия»,

его партнеры и наш фонд. Создание такого центра является первым шагом в решении действительно важной проблемы – организации жизненного пространства больных детей в стационарах, что может стать по-настоящему инновационным событием в жизни нашего общества».

После творческой части участники мероприятия передали в дар фонду «Грани Таланта» свои авторские работы. Член-корреспондент Российской академии художеств Никас Сафронов – картину «Мадонна», профессор архитектуры Лия Павлова – две свои гравюры, российский модельер Сергей Сысоев и дизайнер Елена Теплицкая – свои авторские работы. Все эти произведения можно будет приобрести на благотворительном аукционе, который планируется провести в феврале 2011 года. ✨



*Никас Сафронов с юными художниками*



## Фармакология сверхмалых доз

**П**ресс-конференция на тему «Новейшие аспекты фармакологии сверхмалых доз: актуальность и перспективы применения в борьбе с современными и будущими инфекциями», организованная компанией «Материя Медика Холдинг», прошла в РИА «Новости» 17 ноября 2011 года. В пресс-конференции приняли участие А.М. Дыгай, директор НИИ Фармакологии СО РАМН, член правления Российского научного общества фармакологов, академик РАМН, д.м.н., профессор, Ю.В. Лобзин, директор ФГУ НИИ детских инфекций Росздрава, зав. кафедрой инфекционных болезней МАПО, главный внештатный специалист Минздравсоцразвития РФ по инфекционным болезням у детей, академик РАМН, д.м.н., профессор, В.В. Никифоров, заведующий кафедрой инфекци-

онных болезней ФМБА МЗСР РФ, главный внештатный специалист Минздравсоцразвития РФ по инфекционным болезням у взрослых, д.м.н., профессор.

Доклады спикеров затронули актуальную тему профилактики и лечения гриппа и ОРВИ в современной эпидемиологической ситуации. Не секрет, что ежегодно Всемирная Организация Здравоохранения сообщает о появлении новых разновидностей вируса гриппа и возбудителей острых респираторных вирусных инфекций. Соответственно, каждый год выпускаются новые лечебно-профилактические средства, призванные бороться с вирусами. Однако существует ряд критериев, которые не всегда удается соблюсти. Во-первых, препарат должен обладать специфичностью действия, чтобы воздействовать именно на вирус. Во-вторых, он должен обладать хорошей переносимостью, а также не оказывать побочных эффектов и нежелательных реакций. И, наконец, проблема заключается в том, что вирусы довольно часто приобретают резистентность к тому или иному препарату, что сводит к нулю эффект от его применения. В этой связи особо ценными являются те разработки, которые могут соответствовать всем требованиям.

Именно препараты, созданные на основе сверхмалых доз, позволяют совместить все вышеперечисленные условия в одном лекарственном средстве. Академик А.М. Дыгай особо отметил в своем выступлении, что препараты на основе сверхмалых доз – признанная на сегодняшний день инновация в фармакологии и медицине. ✨

## Современная гематология. Проблемы и решения

**Ш**естая научно-практическая конференция «Современная гематология. Проблемы и решения» прошла в рамках программы «Внедрение новых медицинских технологий, методик лечения и профилактики заболеваний в практическое здравоохранение г. Москвы и Московского региона» 2–3 ноября 2010 года.



В работе конференции приняли участие руководители и врачи-специалисты больниц, клиник Москвы и Московской области. С докладами выступили главные специалисты Департамента здравоохранения города Москвы, Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, ведущие ученые и практики.

Основные темы, которые были рассмотрены на конференции: множественная миелома, трансплантация костного мозга, лимфома Ходжкина, неходжкинские лимфомы, лейкозы, миелопролиферативные заболевания, тромботические и геморрагические осложнения. В рамках этих вопросов поднимались и наиболее актуальные проблемы детской гематологии. Например, было рассказано о результатах лечения детей с острыми лимфобластными лейкозами; об использовании альтернативных источников при проведении у детей аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток и др.

Своим опытом лечения детских патологий делились доктора из Морозовской детской больницы, федерального научно-клинического центра детской гематологии, онкологии и иммунологии, РДКБ, Измайловской ДГКБ.

В рамках конференции была организована тематическая выставочная экспозиция производителей и дистрибьюторов лекарственных средств, средств диагностики, препаратов крови и кровезаменителей, диагностического и лабораторного оборудования, изделий медицинского назначения и медицинской техники. ✨



## Пресс-конференция «Муковисцидоз 2010: вчера, сегодня, завтра»

*В рамках 5-й Европейской недели муковисцидоза в Научном центре здоровья РАМН (НЦЗД РАМН) состоялась пресс-конференция «Муковисцидоз 2010: вчера, сегодня, завтра». Цель мероприятия – привлечение внимания общества и государства в целом к проблемам детей с муковисцидозом.*



*И.В. Мясникова и Л.С. Намазова-Баранова*

**В** мероприятии приняли участие: Л. С. Намазова-Баранова – директор НИИ ППиВЛ, зам. директора НЦЗД РАМН, д. м. н., проф.; О. И. Симонова – зав. отделением пульмонологии и аллергологии НЦЗД РАМН, д. м. н., проф.; И. В. Мясникова – председатель правления Межрегиональной общественной организации «Помощь больным муковисцидозом»; В. Г. Курносков – президент фонда «Ассамблея здоровья»; Н. И. Капранов – руководитель Российского и Московского центров муковисцидоза, заслуженный деятель науки, проф.; М. О. Ефремов – заслуженный артист России. Были подняты многие проблемы, связанные с таким тяжелым заболеванием, как муковисцидоз: уровень подготовки специалистов на сегодняшний день, сравнительный анализ болезни (диагностика, лечение, уровень жизни), также затронута была тема регионального и федерального бюджетирования больных муковисцидозом, и, конечно же, обсуждались проблемы диагностики болезни.

Муковисцидоз – серьезное наследственное заболевание. В России муковисцидоз входит в программу массового скрининга новорожденных. Ген муковисцидоза встречается у каждого тридцатого жителя Европы, однако реальное заболевание развивается в том случае, когда ребенок получил мутировавший ген от обоих родителей. Эта болезнь поддается лечению, однако терапию следует начинать как можно раньше. Согласно последним данным, приводимым Минздравсоцразвития, в России на данный момент насчитывается 2186 человек, больных муковисцидозом. Реальное же число, как отметила на пресс-конференции И. В. Мясникова, может составлять более 6000 человек. В столице пациенты с муковисцидозом вполне обеспечены необходимыми лекарствами (в среднем на одного человека уходит 25000–28000 долларов ежегодно). Но вот с регионами ситуация обстоит иначе. Там расход на одного человека составляет 3000 долларов.

О. И. Симонова подчеркнула, что «ранняя постановка диагноза позволяет начать правильную терапию больных муковисцидозом, медикаментозную и немедикаментозную, включающую дыхательную гимнастику, спорт, психологическую поддержку». Практически все выступавшие обращали внимание на то, что дети, больные муковисцидозом, ничем не отличаются от обычных, здоровых детей. И в подтверждение профессор О. И. Си-



*О.И. Симонова и М.О. Ефремов*

монова продемонстрировала снимки пациентки НЦЗД РАМН до терапии и по итогам полугода медикаментозного и немедикаментозного лечения. Со второго снимка на нас смотрела счастливая улыбающаяся девочка.

Как подчеркнула в своем выступлении И. В. Мясникова, «только совместными усилиями государства, врачей, семей больных муковисцидозом – всего общества в целом – мы из года в год добиваемся успехов в реабилитации детей с муковисцидозом». После пресс-конференции маленьких пациентов ждал праздник с множеством подарков и сюрпризов. Всех без исключения детей с праздником поздравила Ольга Симонова, появившаяся перед молодыми зрителями в качестве Доброго доктора. Также маленьких зрителей и их родителей развлекали артисты театра А. Б. Джигарханяна, разыгравшие перед ними сказку про Красную Шапочку. В программе также участвовал фокусник, который доставил детям огромную радость своими трюками. И конечно, какой праздник без подарков и воздушных шаров (особенно в случае с муковисцидозом – ведь голубые шары ассоциируются с воздухом) – это лишь малость, которой могут поделиться люди, неравнодушные к проблеме, однако и этому вниманию были рады маленькие пациенты Научного центра здоровья детей РАМН. 🌸



## Центр семейной вакцинопрофилактики



Далеко не единственная особенность Центра семейной вакцинопрофилактики – возможность работать со сложными пациентами. Пожалуй, самым важным отличием центра от обычных ЛПУ является «семейный» подход к вакцинированию. В детской поликлинике никто не спрашивает у мамы, которая привела малыша на прививку, не подошло ли время очередной вакцинации самой мамы и прочих членов семьи, особенно дедушек и бабушек, иммунная система которых уже не способна обеспечить своим владельцам адекватную защиту. Более того, в новом центре прививку смогут получить даже беременные. Отношение врачей к вакцинации будущих мам до последнего времени было неоднозначным: медики опасались осложнений, к тому же под вопросом была сама эффективность данной процедуры у женщин, ждущих ребенка. Однако, когда в прошлом году в стране началась пандемия гриппа, выяснилось, что у беременных существенно выше риск летального исхода, и отношение специалистов к данной проблеме резко изменилось, стало ясно, что прививать будущих мам от гриппа просто необходимо.

К сожалению, среди большей части населения слово «прививка» ассоциируется исключительно с детским возрастом и длинной очередью к школьному медкабинету. Более того, далеко не все знают, были ли сделаны все необходимые прививки и не подошел ли срок ревакцинации, не говоря уже о довольно значительном проценте людей, которые опасаются прививаться и прививать своих детей, так как напуганы регулярно встречающимися в непрофильных СМИ слухами об осложнениях. Для распространения среди населения достоверной и актуальной информации о вакцинопрофилактике в новом центре был открыт специальный кабинет, в котором родители смогут получить ответы на все вопросы, касающиеся безопасности используемых вакцин, сроков вакцинации, а также показаний и противопоказаний к данной процедуре. Чтобы понять актуальность работы данного кабинета, достаточно вспомнить, что снижение заболеваемости вакциноуправляемыми инфекциями напрямую зависит от того, насколько значительная часть населения была привита.

*21 декабря 2010 года в Москве состоялось открытие Центра семейной вакцинопрофилактики, нового подразделения Научного центра здоровья детей РАМН. Одним из основных направлений работы нового центра станет вакцинация детей, страдающих серьезными хроническими заболеваниями и врожденными пороками развития. Наблюдаясь в обычной районной поликлинике, такие дети получали медотвод от прививок и фактически оставались беззащитными перед многочисленными инфекциями. Теперь же, благодаря опытным специалистам Центра семейной вакцинопрофилактики, своевременную вакцинацию смогут получить даже те дети, которых не рисковали прививать участковые педиатры.*

Вакцинопрофилактика является важнейшей составляющей национальной системы здравоохранения, так как именно прививки помогают сохранить жизнь и здоровье как отдельных людей, так и общества в целом. По словам председателя исполкома Союза педиатров России, директора НЦЗД академика РАМН Александра Александровича Баранова, именно повсеместное распространение прививок удлинило жизнь современного человека на 25–30 лет.

К сожалению, помимо тех аспектов вакцинопрофилактики, что вызывают у врачей законную гордость, есть и сложности, о которых также шла речь на пресс-конференции, прошедшей в рамках церемонии открытия нового центра. Например, если сравнить Российский национальный календарь прививок (НКД) с западными, то станет видно, что наш меньше практически на треть. Кроме того, существует ряд заболеваний, вакцины для профилактики которых уже прошли все необходимые испытания, но пока не включены в НКД. На практике это означает, что, например, прививку против пневмококковой инфекции в России получить можно, но только за собственные деньги (страховые компании, работающие по системе ДМС, почему-то не торопятся включать в свои программы вакцинопрофилактику).

Будем надеяться, что уже в ближайшем будущем изменится как общественное отношение к вакцинопрофилактике, так и количество средств, которые государство готово потратить на это безусловно важнейшее направление профилактической медицины. ✨



## Болезнь Крона и НЯК

**В** одном из залов отеля «Холидей Инн Москва Сокольники» собрались педиатры, терапевты (участковые терапевты, семейные врачи, больничные ординаторы стационаров), гастроэнтерологи, эндоскописты, колопроктологи, хирурги, врачи других специальностей, а также журналисты. Зал был заполнен до предела – ведь тема конференции оказалась чрезвычайно актуальной. И темы представленных докладов репрезентативно отражали важный срез проблем современной гастроэнтерологии.

В оргкомитет и секретариат конференции вошли такие видные специалисты, как академик РАМН профессор В. Т. Ивашкин, профессор Н. А. Геппе, профессор С. И. Эрдес, профессор О. С. Шифрин, профессор Е. К. Баранская. То, что в секретариате оказались такие известные специалисты-педиатры, как Наталья Анатольевна Геппе, д. м. н., профессор, заслуженный врач РФ, зав. кафедрой детских болезней, директор Клиники детских болезней, Университетской детской клинической больницы Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, а также Светлана Ильинична Эрдес, д. м. н., профессор кафедры детских болезней Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, – отнюдь не случайность, ведь дети практически так же часто подвержены воспалительным заболеваниям кишечника, а постановка диагноза и собственно лечение маленьких пациентов осложнено рядом специфических факторов. Так что, помимо того, что отдельные сообщения целиком были посвящены педиатрическим проблемам, некоторые докладчики, говоря о лечении ВЗК, привлекали опыт лечения и взрослых, и юных пациентов. Остановимся более подробно на программе мероприятия. Оно было поделено на четыре секции.

В рамках первой секции «Что мы знаем и почему мы так мало знаем о ВЗК?» (модераторы: Ивашкин В.Т., Геппе Н.А.) были заслушаны следующие доклады: Н. А. Геппе «Место гастроэнтерологической патологии и воспалительных заболеваний кишечника в педиатрии сегодня», Т. А. Демуры «От гена к молекуле и морфологической картине ВЗК», а также мастер-класс В. Т. Ивашкина и Е. А. Полузковой «Сравнительная оценка патогенетических механизмов болезни Крона и НЯК. NOD-рецепторы при ВЗК».

Модераторами второй секции «Клинические сценарии ВЗК» выступили Ивашкин В.Т., Геппе Н.А., Царьков П.В. Эта секция состояла из двух дискуссий в президиуме.

После небольшого перерыва конференция продолжила свою работу. Третью секцию «Успехи и трудности лечения ВЗК» (модераторы: Ивашкин В.Т., Геппе Н.А., Эрдес С.И.) открыл доклад О. С. Шифрина «Базовая терапия НЯК и болезни Крона. Международные и российские стандарты». Затем был прочитан доклад Е. А. Корниенко «Современные международные алгоритмы и рекомендации по ведению детей с НЯК и болезнью Крона».

Четвертая секция носила название «Как облегчить жизнь больного с ВЗК». Модераторы: Ивашкин В.Т., Геппе Н.А., Шифрин О.С. Участники конференции смогли прослушать следующие доклады: А. В. Горелов «Внекишечные проявления ВЗК в детстве – мешают они или могут помочь в диагностике», С. И. Эрдес «Долгий путь к диагнозу. Классический портрет и история болезни ребенка с ВЗК в России. Как ускорить про-

*В Москве 12 ноября 2010 года с успехом прошла монотематическая учебно-практическая конференция «Горизонты наших представлений о воспалительных заболеваниях кишечника болезни Крона и неспецифическом язвенном колите у детей и взрослых».*

цесс диагностики?», О. С. Шифрин «Гастропатии у взрослых с ВЗК» и «Как поддерживать в ремиссии и курировать больных с ВЗК в амбулаторных условиях? Существуют ли международные стандарты и как мы рекомендуем это делать?», Е. К. Баранская «Пробиотики и ВЗК», М. Ю. Надинская «Анемия у больных с ВЗК (НЯК и б. К.)», М. М. Лохматов «Значение эндоскопических методов диагностики ВЗК у детей (колоноскопия, капсульная видеоэндоскопия)».

В заключение конференции было констатировано, что теперь ее участники смогут оценить современные научные представления мирового уровня об этиологии и патогенезе воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) у детей и взрослых; совершенствовать первичную диагностику ВЗК – болезни Крона (б. К.), неспецифического язвенного колита (НЯК); узнавать как классические кишечные проявления, так и внекишечные маски патологии, что поможет более ранней диагностике; своевременно выявлять осложнения ВЗК и принимать меры по их устранению. А также овладеть современными международными алгоритмами и практическими рекомендациями по диагностике и лечению больных с ВЗК в различном возрасте.

Конференция продлилась около 8 часов – практически целый рабочий и чрезвычайно насыщенный день. Следует отметить, что по завершении практически каждой секции проводилось обсуждение докладов, все желающие могли задать вопросы и получить квалифицированные ответы докладчиков. В конце каждой секции также следовало заключение модераторов.

Конференция транслировалась по Интернету. За участие в этом мероприятии врачи могли получить 5 кредитных накопительных единиц непрерывного профессионального развития (НПР), подтверждаемых сертификатом участия. ✨





## Для всей семьи

**П**ротивопростудный препарат французской компании Лаборатория Буарон Оциллококцидум начал продаваться в России в упаковке по 12 доз гранул, а не только по 6 доз, как раньше.

По данным компании КОМКОН-ФАРМА, в 2009 году число россиян, использующих Оциллококцидум для профилактики и лечения симптомов ОРВИ и гриппа, выросло на 35%. Социологические исследования, проведенные компанией в крупнейших городах России, установили, что потребители высоко оценили безопасность и эффективность препарата, а также возможность

его использования у детей. Вместе с тем было выявлено, что при приеме лекарства всей семьей – для лечения заболевшего и для профилактики ОРВИ у его близких – одной упаковки в 6 доз недостаточно. Желание приобретать увеличенную упаковку высказала треть постоянных покупателей Оциллококцидума.

Учитывая потребности российского рынка и руководствуясь опытом других стран, где упаковки лекарства для всей семьи пользуются большим спросом, Лаборатория Буарон в дополнение к уже существующей упаковке на 6 доз гранул выводит удвоенную упаковку Оциллококцидума, в которой таких доз будет 12. «Увеличенная упаковка Оциллококцидума позволяет проводить семейную профилактику и лечение нескольких членов семьи, избавляя от необходимости дифференцировать противопростудные средства в зависимости от возраста или стадии заболевания. Упаковка Оциллококцидума на 6 доз гранул – оптимальное решение для тех, кто приобретает лекарство только для себя или применяет его впервые», – комментирует преимущества разных упаковок лекарства Генеральный директор дочерней компании Лаборатория Буарон в России Жислен Ларусси. ✨

## Помпа Акку-Чек Комбо и сахарный диабет

**С**ахарный диабет (СД) относится к самым распространенным хроническим эндокринологическим заболеваниям. По оценкам экспертов, сахарный диабет можно считать эпидемией нашего века. При этом по частоте заболевания Россия стоит наравне с такими странами как, например, США, Англия, Дания.

Компания «Рош Диагностика Рус» в течение длительного времени осуществляет разработки инновационных продуктов для пациентов с СД. Одним из перспективных направлений деятельности компания считает разработку инсулиновых дозаторов, или инсулиновых помп. На сегодняшний день в России представлены помпы Акку-Чек «Д-Трон» и Акку-Чек «Спирит», а также большой выбор инфузионных материалов со стальными и тefлоновыми канюлями и различными катетерами.

В начале декабря группа детских эндокринологов по приглашению компании посетила завод, который производит инсулиновые помпы. Врачи смогли наблюдать за процессами сборки и контроля качества продукции. Но главное, докторам была представлена новая разработка компании – инсулиновая помпа Акку-Чек Комбо. Уникальность ее состоит в том, что это целая система, которая включает глюкометр и помпу. Глюкометром пациент измеряет уровень глюкозы в крови. После этого встроенный в глюкометр помощник болюсов рекомендует, сколько инсулина следует ввести пациенту в текущий момент. Он также подскажет количество инсулина на прием пищи. Глюкометр связан с инсулиновой помпой системой Bluetooth. Это означает, что рекомендации помощника болюсов отображаются на дисплее помпы, и помпа готова незамедлительно ввести болюс. При этом пациент может все команды выполнять с помощью глюкометра, незаметно для окружающих.

Врачи знают, как важно для некоторых пациентов, чтобы их окружение не знало, что у них сахарный диабет, даже не догадывалось о болезни. Поэтому они были очень обрадованы, когда узнали о такой возможности: вводить инсулин очень быстро и незаметно для окружающих. К тому же глюкометр обладает хорошей «памятью», сохраняя данные за последние 90 дней. Эти данные всегда доступны врачу, а пациенту они также подскажут, когда заменить катетер или канюлю, напомнят про дату визита к врачу. Если по каким-либо причинам инсулин не проходит по катетеру, помпа начнет издавать вибро- и звуковые предупредительные сигналы. Это дополнительная забота о безопасности наших пациентов.

Детские эндокринологи надеются, что помпа станет доступна пациентам уже в начале 2011 года. ✨





## Курение родителей влияет на характер детей

Ученые в двух новейших исследованиях подтвердили наличие связи между курением родителей и физическим и психическим состоянием их детей. В частности, эксперты связывают курение с избыточным весом и гиперактивностью детей.

Доктора настоятельно советуют беременным женщинам воздерживаться от курения ради здоровья детей. Особенно опасно курение во время первого триместра. В одном из последних исследований ученые из Гонконга рассмотрели, как влияет на детей курение отца. В результате оказалось, что дети курящих отцов весят больше своих сверстников, особенно в возрасте 7–11 лет. Это можно объяснить тем, что, вопреки сложившемуся мнению, курение не помогает похудеть, а нао-

борот, способствует отложению жира в области талии и бедер курильщиков. Возможно, пассивное курение отцов оказывает на их детей подобное воздействие.

Второе исследование, проведенное учеными из Великобритании и Бразилии, указывает на связь материнского курения во время беременности и агрессивностью и гиперактивным поведением у детей. Поскольку организм матери не служит фильтром, токсины табачного дыма попадают в организм плода. Ученые констатируют: «Все, кто когда-либо попадал в родовую палату, где рождает курильщица, могли видеть, в каком состоянии находится ее плацента. Она блеклая и обесцвеченная, что указывает на недостаточное кровоснабжение плода».

Источник: <http://zdravoe.com>

## Домашние животные спасут от аллергии?

Дети, растущие в сельской местности, реже страдают кожными аллергиями – такими, как атопический дерматит. По всей видимости, иммунная система ребенка лучше развивается в сельских условиях, где ребенок соприкасается с домашними животными.

Если мать ребенка во время беременности бывает на ферме и соприкасается с домашними животными или хотя бы с кошками, у ее ребенка реже наблюдается атопический дерматит, который так часто бывает у маленьких детей. Атопический дерматит является воспалительным заболеванием кожи. Его находят у 20% детей в индустриализированных странах, и он считается одной из самых распространенных детских болезней.

Исследователи из университета Цюриха сравнивали данные о 508 семьях, живших на фермах, с информацией о 555 семьях из сельской местности Австрии, Финляндии, Франции, Германии и Швейцарии, не имеющих фермы. В результате выяснилось, что дети, живущие на ферме, реже страдали от атопического дерматита. Кроме этого, ученые обнаружили два гена,



связанных со сниженным риском развития этого заболевания в первые два года жизни.

Выводы исследователей поддерживают теорию о том, что как гены, так и окружающая среда одинаково важны для развития иммунной системы ребенка. Предыдущие исследования уже указывали на связь между проживанием беременных женщин на животноводческих фермах и меньшим количеством аллергий у их детей.

Источник: <http://zdravoe.com>

## Готовые завтраки вредят здоровью

Американские ученые провели исследование с участием детей от 5 до 12 лет. Им предложили на выбор сладкие и несладкие готовые завтраки. Выяснилось, что дети, выбравшие несладкий завтрак, съели одну порцию хлопьев, а те, кто предпочел сладкие хлопья, подходили за второй.

Таким образом, дети, которые употребляли по две порции сладких завтраков на один прием пищи, получали лишние

калории, что, соответственно, способствовало набору избыточного веса. Кроме того, в готовых завтраках и хлопьях, которые традиционно позиционируются как полезная детская еда, на 85% больше сахара, на 65% меньше клетчатки и на 60% больше натрия, чем в аналогичных продуктах для взрослых.

Источник: [www.vrach.tv](http://www.vrach.tv)



## Уважаемые коллеги!

*В этом номере представлен ряд научных статей, охватывающих широкий круг проблем современной педиатрии.*

*Актуальной нам представляется статья, посвященная проблеме аллергического ринита у детей. Данный диагноз ставится все чаще и «молодеет», но, к сожалению, многими родителями и самими пациентами воспринимается довольно легкомысленно. Между тем, повод для тревоги есть, как и способы одолеть этот недуг.*

*Кашель и эффективные противокашлевые средства – эта проблема всегда в центре внимания педиатров. Сегодня и мы останавливаемся на ней. Какие именно энтеросорбенты эффективнее применять в комплексном лечении ротавирусной инфекции у детей? Каковы особенности лечения*

*воспалительных заболеваний глаз? Это далеко не полный перечень вопросов, ответы на которые мы вам предлагаем.*

*Наука и практика всегда идут рука об руку. Надеемся, что так получилось и на этот раз.*

*К сожалению, ограниченное пространство журнала не позволяет более подробно остановиться на многих других чрезвычайно важных для вас (и нас) моментах. Надеюсь, мы справимся с этой задачей в следующих номерах журнала «Эффективная фармакотерапия. Педиатрия».*

*Пользуясь случаем, хочу поздравить всех с Новым годом и Рождеством и пожелать крепкого здоровья!*

*Кафедра оториноларингологии  
педиатрического факультета ГОУ ВПО РГМУ  
доктор медицинских наук, профессор  
Радциг Елена Юрьевна*



РГМУ,  
ФГУ Федеральный  
научно-клинический  
центр детской  
гематологии, онкологии  
и иммунологии  
Росздрава,  
Москва

# Применение энтеросорбентов Фильтрум-СТИ и Фильтрум-Сафари в комплексном лечении ротавирусной инфекции у детей

Д. м. н., проф. В.М. Делягин

Распространенность ротавирусной инфекции среди жителей Москвы составляет 23,2–30,6 на 100 000 общего населения и 191,23–251,19 на 100 000 детей, увеличившись за последние 2 года на 31,4%. Среди всех случаев острой кишечной инфекции установленной этиологии на ротавирусную инфекцию приходится 77,53% (по данным сборника среднероссийских основных показателей деятельности всех лечебно-профилактических учреждений Департамента здравоохранения г. Москвы за 2007–2008 гг. Москва, 2009 г.). Показатель заболеваемости ротавирусной инфекцией по России у детей до 1 года составляет 626,6:100 000, для детей от 1 года до 2 лет – 540,1:100 000, для детей до 14 лет включительно – 130:100 000 [1]. Если учесть, что часть эпизодов ротавирусной инфекции оказывается замаскированной под случаи т.н. острой кишечной инфекции неустановленной этиологии, ее частота окажется еще выше.

В благополучных регионах ротавирусная инфекция регистрируется, как правило, зимой, в развивающихся странах – круглогодично. В любом случае, каждый ребенок в возрасте до 5 лет вне зависимости от того, где он проживает, переносит хотя бы один эпизод ротавирусной инфекции. Ротавирусная инфекция является са-

мозавершающейся, но быстрая дегидратация и неадекватная помощь могут привести к фатальному исходу. По приблизительным оценкам в мире от ротавирусной инфекции за год гибнет около полумиллиона детей в возрасте до 5 лет. В США до введения вакцины от ротавируса в год погибало 20–60 детей [2]. Первыми, кто сталкивается с ротавирусной инфекцией у детей, являются работники поликлинического звена и скорой помощи.

## Пути передачи и патофизиология

Вирус передается фекально-оральным путем. Не исключены контактно-бытовой и аэрогенный пути заражения. Хотя ротавирусы в дыхательных путях эффективно не размножаются, они могут обнаруживаться в респираторном секрете. Существуют свидетельства, что ротавирусы могут присутствовать в загрязненной воде и передаваться «водным» путем.

Важно помнить, что вирус длительно сохраняется на твердых поверхностях, в загрязненной воде и на руках. Он относительно устойчив к действию традиционно используемых дезинфицирующих средств, но инактивируется под действием хлора. Индекс контагиозности высокий. Часты случаи повторных заболеваний и реинфекции. Инкубационный период –

*По мере изменения культурно-экономического статуса общества серьезно меняется структура кишечных инфекций. Вместо прежних бактериальных (холера, брюшной тиф, дизентерия) на первое место выходят вирусные инфекции.*

24–72 часа [3]. Ротавирус в высоких концентрациях обнаруживается в фекальных массах перед заболеванием, весь период болезни и спустя 10 дней после исчезновения симптоматики. Заболевание чаще регистрируется в организованных коллективах, а также среди недоношенных и находящихся на искусственном вскармливании детей. Пик заболеваемости приходится на возраст 4–24 мес. Половой предрасположенности к инфекции не существует, но мальчики болеют тяжелее, поэтому в стационарах их больше, чем девочек [4, 5].

Вирус размером около 70 нм относится к семейству *Reoviridae*. Группа А встречается часто, группа В у детей раннего возраста встречается редко, но вызывала большие эпидемии у взрослых в Китае. Группа С у человека встречается редко. Группы А, В, С, D, E и F встречаются у животных.



*Вирус длительно сохраняется на твердых поверхностях, в загрязненной воде и на руках. Он относительно устойчив к действию традиционно используемых дезинфицирующих средств, но инактивируется под действием хлора. Индекс контагиозности высокий. Часты случаи повторных заболеваний и реинфекции.*

Вирус имеет 2-нитчатую РНК из 11 сегментов и двухслойный капсид. Существует 4 основных и не менее 10 второстепенных серотипов группы А ротавируса человека, определяемых на основании антигенной специфичности вирусного протеина 7 (VP7), наружной белковой оболочки вириона основного нейтрализующего антигена. Другой белок наружной белковой оболочки вириона, называемый VP4, ассоциируется с вирулентностью, а также играет роль в нейтрализации вируса.

Вирус поражает эпителий тонкой кишки преимущественно в области верхушек ворсинок. Именно эти клетки играют особую роль во всасывании жидкости, электролитов и углеводов. Нарушается гидролиз углеводов, возникает мальабсорбция, усиливается перистальтика кишечника. Все это приводит к выраженной водянистой (секреторной) диарее. Инфекция остается локализованной в кишечнике, но у иммунокомпromетированных пациентов она проникает во внутренние органы [6].

*Вирус поражает эпителий тонкой кишки преимущественно в области верхушек ворсинок. Именно эти клетки играют особую роль во всасывании жидкости, электролитов и углеводов. Нарушается гидролиз углеводов, возникает мальабсорбция, усиливается перистальтика кишечника. Все это приводит к выраженной водянистой (секреторной) диарее.*

## Клиническая картина

Ротавирус поражает и взрослых, и детей. Но у взрослых инфекция часто протекает бессимптомно или значительно легче, чем у детей. В клинической картине преобладают тошнота, потеря аппетита, схваткообразные боли в животе, синдром диареи не выражены.

У детей в анамнезе нередко удается выявить контакт с детьми, страдающими поносами. Симптоматика обычно развивается в течение 2 суток после контакта. Появляются анорексия, тошнота, схваткообразные боли в животе. Моторика кишечника усилена, кишечные шумы слышны на расстоянии. Типичны субфебрильная лихорадка и водянистый понос. У детей грудного возраста стул может быть зеленоватым. Ректальное исследование провоцирует отхождение водянистого стула. Быстро появляется перианальный дерматит. Диарея может быстро приводить к дегидратации. Для последней характерна тахикардия, не соответствующая температуре тела, запавшие глаза и/или родничок, сухие слизистые, редкое мочеиспускание, потеря массы тела и высокий гематокрит.

Нередко после выздоровления сохраняется неустойчивый стул, рецидивирующие поносы, непереносимость ранее благополучно воспринимаемой пищи.

Ротавирусная инфекция может быть подтверждена иммуноферментным методом, агглютинацией на латексе, электронной микроскопией, культурально. Но идентификация вируса требует времени, поэтому в практической работе применяется не всегда [7]. Кроме того, серо-

логический метод недостаточно надежен, у детей грудного возраста сероконверсия может вообще не быть.

Дифференциальная диагностика проводится с другими вариантами гастроэнтеритов (энтеровирусная инфекция), с пищевой токсикоинфекцией и прочими вариантами диареи и эксикоза.

Обязательной госпитализации подлежат дети первого года жизни, из социально неблагополучных семей, с некорригируемым эксикозом, токсикозом, неспособные к оральной регидратации. Вследствие высокой контагиозности ротавируса при наличии в семье больного требуется его изоляция от здоровых детей, тщательное мытье рук всеми членами семьи.

## Лечение

Нужно обратить внимание, что лечение ротавирусной инфекции сосредотачивается вокруг предотвращения эксикоза и терапии обезвоживания. В ряде случаев медикаментозного лечения вообще не требуется. Антибиотики не показаны, антидиарейные и противорвотные препараты как рутинные не получили признания. Поливалентная вакцина в наших условиях применяется не часто. Основная задача – восполнение дефицита жидкости.

На догоспитальном этапе важно оценить степень эксикоза, сохранность витальных функций, состояние гемодинамики. При выраженном эксикозе на этапе транспортировки назначают изотонический раствор натрия хлорида или Рингера-лактат в дозе 20 мл/кг массы тела. При нетяжелом состоянии ребенка при транспортировке показано только наблюдение.

В домашних условиях при отсутствии эксикоза проводится «выпаивание» ребенка.

Наряду с этим многими специалистами рекомендуется назначение энтеросорбентов, среди которых на первое место выдвигаются препараты Фильтрум-СТИ и Фильтрум-Сафари [8]. Поле применения препаратов достаточно широкое, в том числе и при вирусных диареях.



В состав препаратов входит природный энтеросорбент лигнин в сочетании с некоторыми другими естественными соединениями. Лигнин – активный сорбент, что обуславливает детоксикационные свойства препарата. Лигнин связывает и выводит из организма патогенные возбудители и продукты метаболизма, способствующие эндогенному токсикозу. В отличие от других энтеросорбентов, присутствующих на рынке, в состав препарата Фильтрум-Сафари вместе с лигнином входит пребиотик фруктоолигосахарид, способствующий восстановлению кишечной флоры, что чрезвычайно важно на фоне нарушенного ворсинчатого всасывания.

Лекарственная форма Фильтрум-Сафари в виде жевательных пастилок со вкусом лесных ягод способствует комплаенсу, облегчает лечение ребенка. Фильтрум-Сафари не содержит сахара, искусственных ароматизаторов и красителей. Лекарственный препарат Фильтрум-СТИ выпускается в виде таблеток, что наряду с пастилками дает выбор пациентам, несмотря на разные вкусовые предпочтения и возраст.

Фильтрум-СТИ и Фильтрум-сафари назначают детям 2–3 раза в сутки до 1 года в дозе ½ таблетки/пастилки, 1–7 лет – 1 таблетка/пастилка, 7–12 лет – 1–2 таблетки/пастилки на приём.

*Фильтрум-сафари не содержит сахара, искусственных ароматизаторов и красителей. Лекарственный препарат Фильтрум-СТИ выпускается в виде таблеток, что в сочетании с пастилками дает выбор пациентам, несмотря на разный вкус и возраст.*

Препараты не всасываются в системный кровоток, не травмируют слизистую и полностью выводятся из кишечника через 1 сутки.

Препараты рекомендуются для лечения вирусной диареи у детей. 🌸

*Литература  
→ 53 с.*

Первые энтеросорбенты с доказанным противовирусным действием для быстрого и стойкого лечения рвоты и диареи

**Фильтрум**<sup>СТИ</sup>  
**Фильтрум-Сафари**<sup>®</sup>



№10 и 50



№6 и 18

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





ГОУ ВПО РГМУ,  
кафедра  
оториноларингологии  
педиатрического  
факультета,  
Москва

# Кашель и противокашлевые лекарственные средства

Д. м. н., проф. Е.Ю. Радциг

**Н**е существует человека на планете Земля, который никогда не кашлял. Причины кашля различны. Он может возникать в результате местного раздражения или инфекционного процесса, а также быть важным симптомом целого ряда заболеваний (табл. 1). У некоторых людей определенные виды пищи (причем из ежедневно-го рациона) могут увеличивать се-

крецию слизи, что приводит к желанию откашляться [1]. Бывают случаи, когда приступы кашля продолжаются в течение нескольких месяцев или даже лет в отсутствие воспалительных заболеваний дыхательных путей, приобретая чисто рефлекторный характер. Вероятной причиной можно считать изменение функционального состояния нервных центров, воспринимающих афферент-

ную импульсацию, сохраняющееся после перенесенного первичного воспалительного процесса. Важнейшая задача кашля – защита дыхательных путей от посторонних объектов (инородных тел). На фото 1 представлено инородное тело (веточка комнатного растения), самостоятельно откашлянное 7-месячным младенцем. Это единственный случай самопроизвольно удаленного инородного тела из гортани за период с 2005 г. в конкретно взятой клинике.

Нам показалось интересным описать ситуации, когда причиной кашля являются процессы, локализующиеся в гортани. При этом чаще приходится говорить о кашле хроническом, т. е. длящемся более 3 недель.

Кашель может возникать в ответ на раздражение свободного края голосовых складок, в том числе и при респираторных аллергиях. Рефлекторное откашливание вызывает скопление слизистого отделяемого на голосовых складках, препятствующее нормальной фонации. Подобные состояния могут возникать при различных респираторных инфекциях, при процессах, характеризующихся стеканием патологического отделяемого по задней стенке глотки, а также на фоне приема различных лекарственных средств или проводимых лечебных мероприятий (лучевая терапия), изменяющих

Таблица 1. Заболевания и состояния, сопровождающиеся кашлем

Наиболее частые	
Вирусная инфекция ВДП	При непрерывно-рецидивирующем течении ОРВИ может хронизироваться
Гиперреактивность ДП	Почти всегда является следствием вирусной инфекции
Частые	
Аллергия	Обычно связана с гиперреактивностью ВДП
Ринофарингит Синусит Аденоидит	Вызываются патологическим отделяемым, стекающим по задней стенке глотки
Ирритативный кашель	Обычно инициализируется вирусной инфекцией или вторичен (на фоне активного и пассивного курения, рефлюкса содержимого ЖКТ)
Психогенный	Уменьшается во время сна
Инфекции (хламидии, коклюш, туберкулез и др.)	Диагноз ставится на основании клинических данных и специфических лабораторных тестов
Редкие	
Инородные тела дыхательных путей	Наиболее часты у маленьких детей, но могут быть и у взрослых
Врожденные аномалии развития	Трахеозоофагеальная фистула или иные аномалии, вызывающие кашель посредством сдавления ДП или забросом содержимого ЖКТ в ДП



реологические свойства секрета верхних дыхательных путей.

Покашливание и кашель могут быть порой единственным отмечаемым симптомом при мутационной дисфонии или различных формах хронического ларингита, в том числе узелках голосовых складок. У таких пациентов следует учитывать возможное влияние используемых лекарственных средств (а также форму их выпуска) на качество голоса. Эта информация крайне редко встречается в периодической печати. Хотя в последнее время иногда встречаются сообщения о возможных побочных эффектах «популярных» (т.е. часто назначаемых) лекарственных препаратов. Например, Управление по безопасности лекарственных средств и изделий медицинского назначения (Medicines and Medical Devices Safety Authority – Medsaf, Новая Зеландия) объявило о выяснении экспертной группой относительно неблагоприятного соотношения риск/польза ряда лекарственных средств у детей в возрасте младше 6 лет. Рекомендовано не применять у детей данной возрастной категории следующие препараты от кашля и простуды: бромфенирамин, хлорфенамин, декстрометорфан, дифенгидрамин, доксиламин, гвайфенезин, ипекакуана, фенилэфрин, фолкодин, прометазин, псевдоэфедрин и триптолидин [2]. Министерство здравоохранения Израиля рекомендовало использовать для лечения кашля (и насморка), особенно у детей младше 2 лет, только официально зарегистрированные лекарственные средства, продажа которых разрешена исключительно в аптечных пунктах [2].

В зарубежных руководствах по лечению голосовых расстройств детально описывается возможное влияние на различные акустические параметры голоса не только различных лекарственных средств (с указанием специфики воздействия той или иной формы выпуска конкретного препарата), но и биологически активных добавок [3, 4]. В таблице 2 приведены данные, касающиеся некоторых из них.

Какие же из перечисленных в таблице 2 препаратов могут использоваться для купирования хронического кашля у больных с воспалительной патологией гортани? Различные формы НПВС, входящих в состав комплексных противопростудных препаратов, которые содержат также противокашлевые средства центрального действия. Такие препараты подавляют кашлевой рефлекс, угнетая кашлевой центр продолговатого мозга. Их наиболее распространенные побочные эффекты – тошнота, сонливость и расстройства ЖКТ (запоры). Для симптоматического лечения острого ларингита часто используются нестероидные противовоспалительные средства в форме раствора для полоскания. Короткие курсы приема этих препаратов достаточно эффективны и безопасны. Различные формы хронического ларингита обычно требуют длительного лечения. Широко используется ингаляционный способ введения лекарственных веществ, как наиболее физиологичный. Возвращаясь к таблице 2, отметим, что не обладают возможным негативным влиянием



Фото 1.

на качество голоса и структуры гортани, но эффективны в купировании различных видов кашля системные кортикостероиды (используются в основном при неотложных состояниях), мукоактивные и натуропатические препараты. На последних (имеются в виду натуропатические препараты) хотелось бы остановиться более подробно. По данным ряда опросов, большинство врачей (и родителей) считают, что речь идет исключительно о препаратах природного происхождения. Но в эту группу входят и гомеопатические препараты, как классические, так и комплексные. Комплексные гомеопатические препараты являются официаль-

Таблица 2. Влияние различных лекарственных средств и форм их выпуска на качество голоса

Форма выпуска препарата	Возможные побочные/негативные действия на организм	Возможное негативное влияние на структуры гортани/качество голоса
<b>Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС)</b>		
Средства для полоскания	Раздражение слизистой ЖКТ (при проглатывании) Медикаментозный фарингит (при длительном приеме)	Сухость слизистых Дисфония
Таблетки для приема внутрь	Раздражение слизистой ЖКТ	Возможны кровоизлияния в структуры гортани Дисфония
<b>Комплексные препараты (антисептик+НПВС)</b>		
Таблетки для рассасывания	Медикаментозный фарингит (при длительном приеме)	Сухость слизистых Дисфония
Таблетки для приема внутрь	Раздражение слизистой ЖКТ при пероральном приеме	Сухость слизистых Дисфония
Антигистаминные	Сухость слизистых дыхательных путей	Дисфония
Кортикостероиды (системные)	Замедление роста, синдром Кушинга	—
Мукоактивные препараты	Индивидуальная непереносимость компонентов препарата	—
Натуропатические препараты	Индивидуальная непереносимость компонентов препарата	—

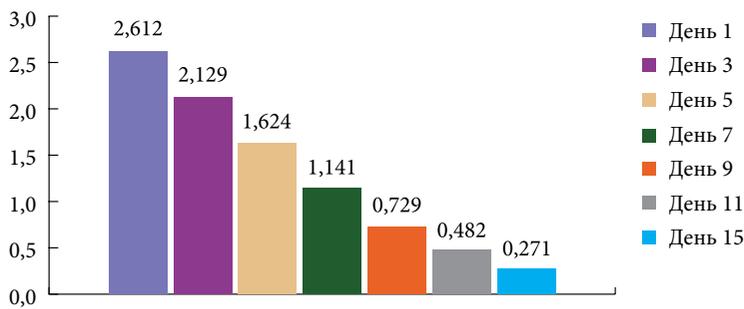


Рис. 1. Изменение средней интенсивности кашля в баллах на фоне приема препарата Стодаль

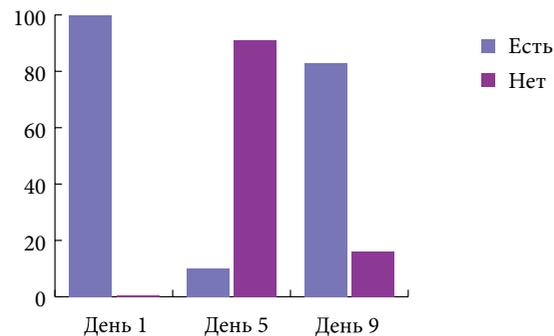


Рис. 2. Наличие кашля у больных на фоне приема препарата Стодаль

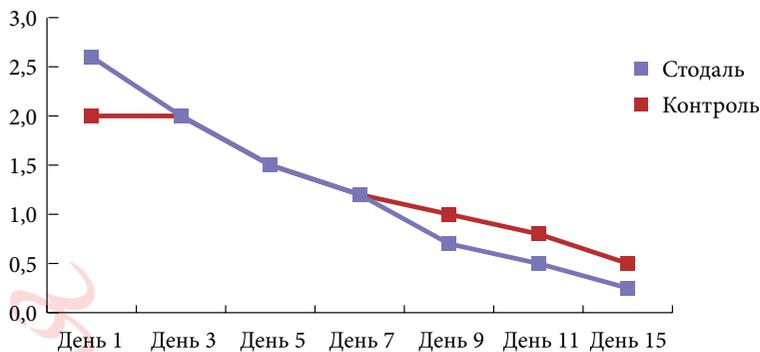


Рис. 3. Выраженность хронического кашля на фоне терапии препаратом Стодаль

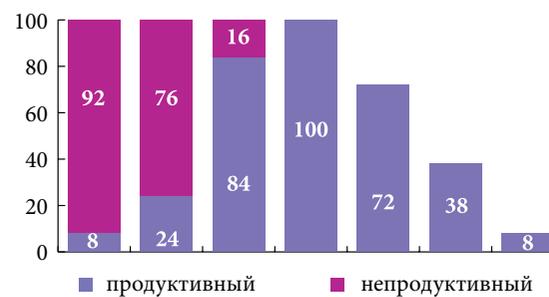


Рис. 4. Изменение характера кашля на фоне приема препарата Стодаль



Рис. 5. Изменение характера кашля на фоне приема муколитических препаратов и препаратов растительного происхождения

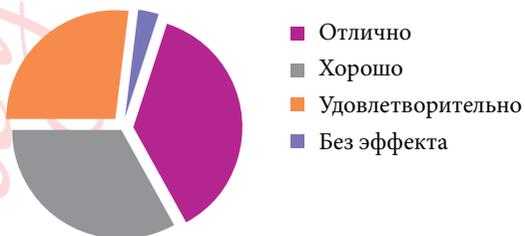


Рисунок 6. Оценка эффективности препарата Стодаль при лечении хронического кашля у детей

Литература → 53 с.

но зарегистрированными лекарственными средствами. Благодаря форме выпуска таких препаратов (сироп, таблетки) назначать их могут врачи, не обладающие специальными знаниями в области гомеопатии. Эффективность их подтверждена целым рядом клинических наблюдений [4]. В лечении различных типов кашля (как острого, так и хронического) эффективен препарат Стодаль. Назначаемый в соответствии с инструкцией (по 1 ч. л. 3–5 раз в день) в качестве монотерапии, препарат уменьшает выраженность острого кашля (рис. 1) при стандартной продолжительности курса лечения в 7 дней (рис. 2). При лечении хронического кашля можно рекомендовать прием препарата длительно до 15 дней (рис. 3). Принимая во внимание, что больше всего беспокоит больного (а также может провоцировать возникновение узелков голосовых складок) непродуктивный хронический кашель, важно не только уменьшить его выраженность,

но и ускорить переход в кашель продуктивный. Изменение характера кашля на фоне приема препарата Стодаль представлено на рисунке 4 в сравнении с наиболее часто используемыми противокашлевыми препаратами (рис. 5). Оценка эффективности препарата представлена на рисунке 6. Родители отмечали, что детям очень нравится вкус сиропа, и они с удовольствием его принимают. На фоне приема препарата не выявлено никаких побочных реакций. Это позволяет рекомендовать препарат для лечения различных видов кашля (острого и хронического, продуктивного и непродуктивного) в качестве стартового препарата, в том числе и как средство монотерапии. Традиционный 5-дневный прием препарата при затяжном и/или хроническом кашле должен увеличиваться до 9 дней (дальнейшее пролонгирование приема препарата не оказывает существенного влияния на улучшение клинической симптоматики). ☀

**РАСКЛЕИЛИСЬ**  
от гриппа и простуды?

# ОЦИЛЛОКОКЦИНУМ®



**ТАК ПРОСТО**  
**БЫТЬ**  
**ЗДОРОВЫМ!**



Рег. уд.: П № 014236/01

- Профилактика и лечение гриппа и простуды вне зависимости от стадии заболевания.
- Для профилактики достаточно всего 1 дозы гранул в неделю.
- Без возрастных ограничений.

# СТОДАЛЬ®

**Кашель – разный,  
а СИРОП – один!**



Рег. уд.: П № 015706/01

**Н.В.**  
**Приятный**  
**200 мл**  
карамельный



**Сироп для лечения различных видов кашля.**

- Уменьшает интенсивность сухого кашля.
- Ускоряет переход сухого кашля во влажный.
- Улучшает отхождение мокроты при влажном кашле.

Реклама



ГОУ ВПО РГМУ,  
кафедра офтальмологии  
педиатрического  
факультета,  
Москва

# Особенности лечения воспалительных заболеваний глаз у детей

Д. м. н. Е.Ю. Маркова

*По данным отечественных и зарубежных авторов, бактериальные конъюнктивиты составляют от 40,2 до 73% всех воспалительных заболеваний глаз. При этом выбор антибиотика для лечения инфекционных заболеваний глаз остается довольно трудной задачей, несмотря на обилие антимикробных средств различных химических групп. Трудности с выбором возникают по причине вынужденного эмпирического подхода к антибиотикотерапии, изменения спектра возбудителей в зависимости от эпидемиологической ситуации и сезона, отсутствия полноценного наблюдения за течением заболевания, и, следовательно, невозможности реального маневра в тактике лечения при первых признаках его неэффективности. Кроме того, все большую актуальность в наших условиях приобретает стоимость терапии.*

Эмпирический подход к лечению обусловлен не только отсутствием возможности идентификации возбудителя в амбулаторных условиях. Даже в хорошо оборудованных стационарах на выявление этиологически значимого микроорганизма и определение его антибиотико-чувствительности уходит 3–4 дня (а в случае «атипичных» патогенов – и более), в течение которых больной не может оставаться без лечения.

По отчету Многоцентрового ми- кроисследования резистентности

к антибиотикам бактериальных возбудителей инфекционных заболеваний глаз в России (ВИЗа) 2008 г. *S.aureus*, *S.pneumoniae*, *H.influenzae*, которые являются наиболее значимыми возбудителями инфекций глаз, особенно актуальна проблема резистентности к широко используемым антибиотикам [4]. В отношении большинства выделенных микроорганизмов крайне низкой активностью обладают тетрацилин и хлорамфеникол (устойчивы 39,1% и 63,5% штаммов *Enterobacteriaceae spp.*, а также

25% и 33,3% штаммов коагулазонегативных стафилококков соответственно). Не было выявлено значительных различий чувствительности микроорганизмов, полученных от пациентов с инфекцией глаз в амбулаторных условиях и в стационаре ( $p>0,05$ ). По выводам ВИЗа, в качестве препаратов выбора при эмпирической терапии инфекций глаз бактериальной этиологии могут рассматриваться аминогликозиды, фторхинолоны (в первую очередь III и IV поколений) и эритромицин (исключая случаи подозрения на синегнойную инфекцию). Учитывая **высокую частоту резистентности возбудителей к тетрациклину и хлорамфениколу**, применение данных препаратов следует ограничить. К сожалению, это как раз те препараты, которые чаще всего применяются офтальмологами [4].

Серьезной проблемой, с которой сталкиваются офтальмологи, работающие с детьми, является отсутствие разрешения на применение в педиатрической практике ряда высокоэффективных препаратов.

Все чаще встречается в отечественной литературе понятие *комплаенс* (англ. – compliance), которое не имеет дословного перевода. Если следовать его определению как MeSH-термина

# Тобрекс® 2X

ТОБРАМИЦИН 0,3%  
КАПЛИ ГЛАЗНЫЕ

РЕЖИМ ЛЕЧЕНИЯ,  
КОТОРОМУ ТАК ЛЕГКО  
СЛЕДОВАТЬ



- Удобный режим дозирования – 2 раза в день
- Перекрывает спектр наиболее вероятных возбудителей глазных инфекций<sup>1</sup>
- Активен в отношении *Pseudomonas aeruginosa*<sup>2</sup>
- Минимальный уровень резистентности среди возбудителей глазных инфекций<sup>1</sup>
- Разрешен к применению у детей от 1 года<sup>3</sup>



1. Е.К. Самуйло, Р.С. Козлов, Н.В. Иванчик, О.И. Кречикова. Резистентность к антибиотикам бактериальных возбудителей инфекционных заболеваний глаз: многоцентровое исследование «ВИЗа». 2. Справочник по антимикробной химиотерапии. - Смоленск: МАКМАХ, 2006 г.  
3. Инструкция по медицинскому применению препарата.

Регистрационное удостоверение ЛСР-002941/07 от 25.12.2007

ООО «Алкон Фармацевтика»  
109004, Москва, ул. Николаямская, 54  
Тел.: (495) 258-52-78, факс (495) 258-52-79

**Alcon**®



*Серьезной проблемой, с которой сталкиваются офтальмологи, работающие с детьми, является отсутствие разрешения на применение в педиатрической практике ряда высокоэффективных препаратов.*

(то есть предметного определения), *комплаенс* – это добровольное следование пациентом предписанному режиму лечения. Мы понимаем под *комплаенсом* комплекс мероприятий, направленных на безукоризненное и осознанное выполнение больным врачебных рекомендаций в целях максимально быстрого и полного выздоровления (в случае острого заболевания) или стабилизации состояния (при хроническом заболевании).

Подобное определение позволяет рассматривать проблему не только и не столько с позиций исполнимости больным, сколько с точки зрения создания медицинским работником условий для понимания больным необходимости этой исполнимости. *Комплаенс* складывается из двух частей и предусматривает действия со стороны врача и пациента [2].

Необходимые условия для *комплаенса* к антибиотикотерапии связаны с рациональным выбором antimicrobialного препарата, который определяется следующими параметрами: спектром действия препарата, соответствующим выделенному/предполагаемому возбудителю; фармакокинетикой антибиотика, от которой зависит схема лечения; лекарственной формой и способом введения препарата; органолептическими

свойствами (особенно при применении препарата у детей); переносимостью антибиотика и частотой его побочных эффектов; фармакоэкономическими аспектами лечения [2,4,10–23].

Формированию готовности к лечению у ребенка и/или его родителей способствует совместное обсуждение таких вопросов, как суть заболевания и обоснованность необходимости антибиотикотерапии; причины выбора конкретного препарата; предполагаемое время наступления эффекта; возможность побочных эффектов и действия больного в случае их появления; экономические аспекты лечения, преимущества проведения полного курса лечения; рекомендации по хранению препарата.

Важное значение имеет разработка вместе с больным плана приема препарата таким образом, чтобы схема лечения не нарушала ежедневного распорядка жизни пациента.

Критериями выбора офтальмологических антибиотиков местного применения являются: широкий спектр действия, высокая проникающая способность, низкий уровень резистентности возбудителей, низкая токсичность, хорошая переносимость, а также удобство использования и дозировки [2]. Одним из немногих разрешенных к применению у детей с 1 года препаратов является Тобрекс 2Х® компании Alkon Pharmaceuticals (формуляция 0,3% тобрамицина повышенной вязкости за счет введения в состав препарата полисорбата-80 и ксантановой камеди, с бензодециния бромидом в качестве консерванта).

Тобрамицин – это сильный быстроедействующий бактерицидный антибиотик широкого спектра действия группы аминогликозидов. Проявляет бактерицидное действие за счет угнетения синтеза белка в рибосомах бактерий. Тобрамицин активен против чувствительных штаммов следующих микроорганизмов: стафилококков, включая *S. Aureus* и *S. Epi-dermidis* (коагулазо-позитивные и коагулазо-негативные), в том числе пенициллин-резистентных

штаммов; стрептококков, включая часть представителей группы  $\alpha$ - $\beta$ -гемолитических и негемолитических видов и некоторые штаммы *Streptococcus pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter aerogenes*, *Proteus mirabilis*, *Morganella morganii*, большинства штаммов *Proteus vulgaris*, *Haemophilus influenzae* и *H. aegyptius*, *Moraxella lacunata*, *Acinetobacter calcoaceticus*, некоторых подвидов *Neisseria* [1,5,6,8,13].

### Цель исследования

Оценить клиническую эффективность местного применения глазных капель Тобрекс 2Х® (Alkon) при лечении воспалительных заболеваний глаз у детей.

### Материал и методы

Под нашим наблюдением находилось 36 детей (с конъюнктивитами и передними увеитами бактериальной и смешанной этиологии – 23 глаза) в возрасте от 1 года до 15 лет. До обращения в нашу клинику 14 детей получали антибактериальное лечение (**левомицетин 0,25%**) в амбулаторных условиях без положительной динамики. Всем больным с момента обращения местно назначались инстилляцией **капель Тобрекс 2Х** в конъюнктивальную полость 2 раза в день, лечение проводили до полного выздоровления. 17 детям (с передним увеитом – 19 глаз) Тобрекс 2Х назначали в составе протокола лечения данного заболевания.

Оценивали **переносимость и клиническую эффективность**.

Критериями эффективности были: наличие блефароспазма, гиперемии конъюнктивы, отделяемого, состояние влаги передней камеры, отек и расширение сосудов радужки, реакция зрачка на свет. Побочные эффекты: переносимость при закапывании, аллергические реакции, состояние эпителия роговицы (эпителиопатия).

### Результаты и обсуждение

При клиническом обследовании детей с конъюнктивитами было выявлено улучшение на  $3,8 \pm 1,3$  сутки. Микробиологическая эра-

педиатрия

*Важное значение имеет разработка вместе с больным плана приема препарата таким образом, чтобы схема лечения не нарушала ежедневного распорядка жизни пациента.*



дикация выявленных возбудителей была достигнута у 97% пациентов. У детей с увеитами положительная динамика наступила на  $5,8 \pm 1,8$  сутки. Ремиссия наблюдалась у 90% пациентов в течение 2 недель.

Результаты клинического применения Тобрекса 2X показали хорошую его переносимость больными. Побочные эффекты: глазной зуд, отек век, инъекция конъюнктивы наблюдались только у 6% пациентов. Все побочные реакции были умеренно выраженными и проходящими после отмены препарата. Точечные эрозии эпителия роговицы отмечены у 1 пациента с передним увеитом.

Известно, что чем меньше кратность применения глазных капель, тем большее число пациентов и их родителей соблюдают

предписанный режим лечения. Это особенно актуально в случае применения препарата у детей, так как проведение любой манипуляции, даже закапывание капель, связано с негативной реакцией ребенка.

#### Выводы

Таким образом, проведенный нами анализ подтверждает клиническую эффективность Тобрекса 2X, что согласуется с данными литературы [9–23] и указывает на то, что препарат удовлетворяет обсуждаемым условиям комплаенса, таким как широкий спектр действия и клиническая эффективность, хорошая переносимость, отсутствие клинически выраженных побочных эффектов, удобство применения. Препарат

*Известно, что чем меньше кратность применения глазных капель, тем большее число пациентов и их родителей соблюдают предписанный режим лечения. Это особенно актуально в случае применения препарата у детей, так как проведение любой манипуляции, даже закапывание капель, связано с негативной реакцией ребенка.*

Тобрекс 2X может быть рекомендован к широкому применению у детей с 1 года с воспалительными заболеваниями глаза.

*Литература  
→ 53 с.*

## Глазные болезни

## Истории из истории

### К вопросу о профилактике бленнорреи глаз.

**Проф. Otto v. Herff**

Истинное значение общепотребительного метода профилактики бленнорреи по Credé может быть выяснено лишь путем сравнения результатов применения этого метода в больницах с распространением бленнорреи среди населения, не применяющего никаких мер профилактики против этой болезни. Возможность такого сравнения предоставляет город Базель, где существует обязательная регистрация офтальмобленнорреи. По официальным данным оказывается, что это заболевание среди базельского населения встречается в 7% всех родов, при этом среди внебрачных детей заболеваемость гораздо выше, чем среди детей, рожденных в браке. Среди первых 21,2%, среди вторых 5,6%. В то же время в базельском госпитале, где применяется метод Credé, число заболеваний составляет только 2,7%. Таким образом ясно, насколько благодетелен этот метод. Чобы сделать его общераспростра-

ненным, необходимо, однако, усовершенствовать его в том смысле, чтобы применение его не причинило детям никаких беспокойств, было бы безболезненно и не оставляло красноты. Автор на большом количестве детей сделал опыты с заменой ляписа протарголом и софолом (соединение серебра с формальдегид-нуклеиновой кислотой). При протарголе (3000 наблюдений) число заражений составляло всего 0,6%. Явления раздражения наблюдались только в 30% всех случаев. Еще лучшие результаты получились от софолы. Из 2900 случаев только один раз (0,35%) произошло заболевание. Раздражающее действие обнаружилось всего только в 10% всех случаев. В 90% не было ни боли, ни красноты, ни слезотечения. На основании всех этих данных автор высказывается за применение софолы, как наилучшего профилактического средства против офтальмобленнорреи. Софол назначается в 5% растворе по 1–2 капли.

**Н.В.**

*«А вот был один случай в моей практике...». Услышать такую фразу из уст врача можно довольно часто. И так было всегда – не только в разговорах, но и на страницах уважаемых медицинских изданий, коллеги-медики обменивались интереснейшей информацией из своей практики. Поэтому сегодня мы предлагаем нашим читателям перелистать вместе с нами страницы авторитетной «Врачебной газеты» за 1907–1908 годы. Надеемся, что врачебный опыт прошлых лет будет если и не полезен, то, по крайней мере, интересен современным педиатрам.*



РУДН, кафедра  
детских болезней,  
Москва

# Современные представления об аллергическом рините у детей

К. м. н. Д.Ю. Овсянников

## Терминология и классификация

Аллергический ринит (АР) – хроническое заболевание слизистой оболочки носа, в основе которого лежит IgE-опосредованное аллергическое воспаление, обусловленное воздействием различных аллергенов и проявляющееся комплексом симптомов в виде ринореи, заложенности носа, чихания и зуда в носовой полости. Все еще используемый иногда термин «респираторный аллергоз» нельзя признать корректным в связи с необходимостью уточнения у конкретного больного локализации аллергического воспаления (АР, аллергический фарингит, бронхит, бронхиальная астма) для назначения адекватной терапевтической программы.

До недавнего времени было принято делить АР на две основные формы – сезонный (САР) и круглогодичный (КАР), которые провоцируются соответственно пыльцевыми/грибковыми и бытовыми аллергенами. В 2001 г. международной группой экспертов ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma – Аллергический ринит и его влияние на астму) данная классификация была пересмотрена. Основанием для пересмотра явились следующие факты:

■ в некоторых регионах пыльца и плесень являются круглогодичными аллергенами;

■ симптомы КАР не во всех случаях сохраняются на протяжении всего года;

■ большинство пациентов сенситивизированы к различным аллергенам;

■ изменения климата сопровождаются изменением сроков длительности пыльцевого сезона, которые трудно прогнозировать;

■ пациенты путешествуют;

■ у части пациентов, сенситивизированных только к одному виду пыльцы, симптомы сохраняются на протяжении всего года;

■ в результате персистенции минимального аллергического воспаления и развития назальной гиперреактивности у пациентов с бессимптомным АР клинические проявления не всегда возникают в сезон аллергии, либо персистиру-

ют на протяжении 2–3 недель после окончания сезона цветения у больных САР, когда вещества, обладающие неспецифическим раздражающим действием (такие как воздушные поллютанты), способны индуцировать симптомы (примирующий эффект).

В связи с этим предлагается классифицировать АР следующим образом [1]:

- Интермиттирующий АР – симптомы сохраняются менее 4 дней в неделю **или** менее 4 недель подряд.
- Персистирующий АР – симптомы сохраняются более 4 дней в неделю **и** более 4 недель подряд.
- Легкий АР – симптомы не причиняют беспокойства, отсутствуют следующие проблемы:
  - нарушение сна;
  - нарушение повседневной активности, отдыха и/или занятий спортом;
  - нарушение учебной или трудовой деятельности.
- Среднетяжелый/тяжелый АР – симптомы вызывают беспокойство, присутствует по крайней мере одна из следующих проблем:
  - нарушение сна;
  - нарушение повседневной активности, отдыха и/или занятий спортом;
  - нарушение учебной или трудовой деятельности.

*Все еще используемый иногда термин «респираторный аллергоз» нельзя признать корректным в связи с необходимостью уточнения у конкретного больного локализации аллергического воспаления для назначения адекватной терапевтической программы.*



### Эпидемиология

Аллергический ринит – одно из наиболее распространенных заболеваний человека. Эпидемиологические исследования, проведенные в последние годы, свидетельствуют о существенном увеличении распространенности АР. В России в результате исследований, проводившихся в рамках международной программы ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood – Международное исследование астмы и аллергий в детском возрасте) в 1993–2000 гг., выявлена высокая распространенность симптомов АР у детей. Так, в Москве и Зеленограде распространенность АР составляет 9,8–10,4%, в Новосибирске – 22,5–29,6%, в Иркутской области – 14,8–28,6%, в Ижевске – 23%. Однако, по данным статистической отчетности лечебно-профилактических учреждений, в этих регионах на диспансерном учете находилось менее 0,3% детей с этим заболеванием. Таким образом, очевидна существенная гиподиагностика АР [2]. По некоторым данным, средний срок установления диагноза АР составляет 3 года от начала первых проявлений заболевания (с колебаниями от 1 года до 8 лет).

Распространенность респираторной аллергии у детей первых четырех лет жизни составляет 6%, их них 66% приходится на АР [3]. Заболевание обычно начинается в дошкольном возрасте. Для возникновения клинических проявлений АР необходимо воздействие аллергена в течение двух-трех сезонов, хотя отмечены случаи заболевания у детей первого полугодия жизни. АР распространен больше среди городских жителей, чем среди сельских. В детском возрасте чаще болеют мальчики.

АР не относится к числу тяжелых заболеваний, однако он является причиной существенного снижения качества жизни больных, сопоставимого со снижением качества жизни больных бронхиальной астмой, нарушений сна и способности к обучению. Плохо контролируемые симптомы АР вызывают бессонницу в результате нарушения всех фаз сна.

Седация у больных АР, связанная с заболеванием, может еще более усугубляться приемом седативных лекарственных средств, в частности, по-прежнему назначаемых в нашей стране антигистаминных препаратов I поколения, которые уже в течение нескольких лет не рекомендуются международными экспертами (ARIA, 2008) [4]. Более того, в связи с воздействием этих препаратов на ЦНС рассматривается вопрос об исключении их из группы безрецептурного отпуска [5]. САР вызывает усиление сонливости в дневное время. Дети с неконтролируемым АР хуже учатся в школе. Проблемы с обучением могут быть результатом как самого ринита, так и ночной бессонницы и – как следствие – утомляемости в дневное время. САР ассоциируется с ухудшением способности к обучению и результатов экзаменов. Лечение антигистаминными препаратами с седативной активностью усугубляет эти проблемы, в то время как неседативные антигистаминные препараты частично уменьшают их. Другой причиной снижения успеваемости могут быть пропуски школьных занятий. Так, в США из-за АР дети пропускают до 1,5 млн школьных часов ежегодно [6]. С учетом этих данных становится понятно, какое драматическое значение для развития ребенка может иметь позднее, как говорилось ранее, с задержкой в среднем на 3 года, установление диагноза и неполучение адекватного лечения.

Важность проблемы АР обусловлена его тесной связью с такими заболеваниями, как бронхиальная астма, острый и хронический риносинусит, аллергический конъюнктивит. Установлено, что у 24% детей АР явился predisposing фактором для развития острого и хронического среднего отита, а в 28% случаев – хронического риносинусита [7].

### Этиология и патогенез

Аллергия, или гиперчувствительность, – это собирательное название типовых иммунопатологических процессов, развивающихся

*Для возникновения клинических проявлений АР необходимо воздействие аллергена в течение двух-трех сезонов, хотя отмечены случаи заболевания у детей первого полугодия жизни.*

в сенсibilизированном организме генетически предрасположенных лиц в режиме вторичного иммунного ответа при контакте с антигеном, вызвавшим сенсibilизацию. Антигены, провоцирующие аллергию, получили название аллергенов. Основные аллергены, вызывающие развитие АР, это [6]: *Внешние (причина САР):*

- Пыльца:
    - деревьев (береза, ольха, лещина, дуб, вяз, клен) – апрель–июнь;
    - злаковых (луговых) трав (тимофеевка, овсяница, козья, ежа, райграс, лихохвост, рожь) – июнь–июль;
    - сорняков (лебеда, полынь, амброзия) – август–сентябрь;
  - Плесневые грибы (*Aspergillus, Cladosporium*) – сентябрь–октябрь.
- Внутридомашние (причина САР):*
- клещи домашней пыли (*Dermaphagoides farinae, pteronyssinus*);
  - теплокровные домашние животные (кошки, собаки и др.);
  - синантропные виды (мыши, крысы, тараканы);
  - плесневые грибы (*Aspergillus, Penicillium*);
  - сухой корм для аквариумных рыбок (рачки циклопы, дафнии).

В соответствии с классической классификацией R. Gell и P. Coombs (1964) выделяют четыре типа ре-

*Седация у больных АР, связанная с заболеванием, может еще более усугубляться приемом седативных лекарственных средств, в частности, по-прежнему назначаемых в нашей стране антигистаминных препаратов I поколения.*



Таблица 1. Ранняя и поздняя фазы аллергического ответа при АР

	Ранняя фаза	Поздняя фаза
Частота у больных АР	100%	50–70%
Время развития	Несколько минут	2–8 часов – 2 сут.
Клетки-участники	Тучные клетки, базофилы	Эозинофилы, Т-лимфоциты, моноциты, нейтрофилы, базофилы
Медиаторы	Гистамин, эозинофильный/нейтрофильный хемотаксический фактор анафилаксии, химаза, триптаза	Липидные медиаторы (лейкотриены С <sub>4</sub> , В <sub>4</sub> , фактор активации тромбоцитов, простагландин D <sub>2</sub> ) Цитокины (ИЛ-1, -3, -4, -5, -6, фактор некроза опухолей α)
Симптомы	Зуд, чихание, ринорея	Заложенность носа, потеря обоняния, назальная гиперреактивность
Клиническая форма АР	Интермиттирующий АР	Персистирующий АР
Контролирующая терапия	Антигистаминные препараты, предпочтительнее II поколения (дезоратадин, Эриус; цетиризин и др.), <b>топические глюкокортикостероиды (мометазона фураат и др.)</b>	<b>Топические глюкокортикостероиды (мометазона фураат, Назонекс),</b> дезлоратадин, антагонисты лейкотриеновых рецепторов (монтелукаст натрия)

Таблица 2. Медиаторы, клинические проявления и функциональные нарушения при АР

Клинические симптомы	Биохимические медиаторы	Функциональные нарушения
Чувство щекотания в носу, зуд, «аллергический салют»	Гистамин, простагландины	Повышенная сухость, гиперемия слизистой
Чихание	Гистамин, лейкотриены	Раздражение нервных окончаний
Заложенность носа, ротовое дыхание, изменение тембра голоса	Гистамин, лейкотриены, брадикинин, ФАТ (фактор активации тромбоцитов)	Отек слизистой носа, повышенная проницаемость сосудов
Выделения из носа, ринорея, першение	Гистамин, лейкотриены	Повышенное образование и выделение назального секрета

акций гиперчувствительности. Тип I (атопия) характеризуется связыванием IgE с Fc-рецепторами тучных клеток. При контакте с аллергеном происходит перекрестное связывание IgE, что приводит к дегрануляции тучных клеток и высвобождению медиаторов аллергических реакций. АР является классическим атопическим заболеванием.

Аллергический процесс последовательно проходит иммунологическую, патохимическую и патофизиологическую стадии. Данная периодизация была предложена основоположником отечественной аллергологии А.Д. Адо. Результаты современных исследований позволили детализировать события аллергического ответа, происходящие на данных стадиях. Иммунологическая стадия охватывает все изменения в иммунной системе с момента первого поступления аллергена в организм до соединения эффекторов им-

мунного ответа (антител) с повторно поступившим в организм аллергеном. Дихотомию дифференцировки CD4+ Т-лимфоцитов в процессе развития иммунного ответа с возникновением либо Тх1-, либо Тх2-лимфоцитов называют *иммунным отклонением*, или девиацией иммунного ответа в сторону той или иной субпопуляции – Тх1 или Тх2 типа. Тх2-девиация иммунного ответа является основной причиной атопии. Тх1- и Тх2-клетки находятся во взаимно антагонистических отношениях, регулируют активность друг друга по механизму реципрокной регуляции.

Соотношение субпопуляций Тх1 и Тх2 в разные возрастные периоды имеет определенные различия. Если у здоровых взрослых отмечается относительное преобладание Тх1, а отношение Тх2:Тх1 составляет в периферической крови 3:4, то в пуповинной крови это отношение 10–100:1, следовательно, для

плода и новорожденного ребенка характерна Тх2-поляризация. Она чрезвычайно важна для физиологического течения беременности. Доминирование в конце внутриутробной жизни выработки Тх2-клеток носит адаптивный характер и направлено на защиту плаценты от потенциальной токсичности Тх1. Было установлено, что у женщин, страдающих АР, быстрее наступает беременность по сравнению с женщинами, не имеющими данного заболевания. Однако, с учетом существования генетической предрасположенности, у этих женщин чаще будут рождаться дети с АР.

Суть *патохимической стадии* заключается в образовании и выделении биологически активных медиаторов воспаления. В настоящее время в развитии аллергического ответа выделяют раннюю и позднюю фазы, различия клинических проявлений которых связывают с действием разных медиаторов (табл. 1).

медиафорд



Патофизиологическая стадия, или стадия клинических проявлений, характеризуется патогенным действием медиаторов на клетки, ткани и органы. При АР это слизистая оболочка носа. Связь некоторых клинических симптомов АР с действием медиаторов представлена в табл. 2 [9].

### Клиническая картина и диагностика

АР у детей, в особенности раннего и дошкольного возраста, диагностировать трудно.

Большое значение в диагностике АР имеет сбор анамнеза. Следует определить длительность сохранения симптомов, связь времени их начала или прекращения с сезонностью, сменой места жительства или жилища, появлением в доме домашних животных, сыростью в квартире (плесневые грибы), провоцирующими факторами (действующие сезонно или круглогодично аллергены), неспецифическими раздражителями (сигаретный дым, холодный воздух, химические пары, резкие запахи).

Важно установить наличие симптомов в момент обращения к врачу, включая зуд, чихание, ринорею, боль в области пазух, определить степень заложенности носа. Чрезвычайно характерны и специфичны для АР у детей симптомы-эквиваленты зуда: «аллергический салют» (утирание носа движением руки вверх и кнаружи), гримасы, появление поперечной складки на спинке носа.

Для определения терапевтической тактики чрезвычайно важно выявить один из двух фенотипов болезни:

- ведущими симптомами являются чихание и зуд в полости носа;
- доминирует заложенность носа (у детей этот синдром усугубляет узкий просвет носовых ходов).

Здесь просматривается связь с различной эффективностью подавления симптомов аллергического ринита разными методами лечения (табл. 3) [10, 11].

Необходимо уточнить наличие симптомов со стороны глаз (зуд, слезотечение, отечность),

Таблица 3. Относительная эффективность подавления симптомов аллергического ринита разными методами лечения

Симптомы	СИТ	Н1-блокаторы	Деконгестанты	НМК и НН	Местные ИнГКС
Насальные					
Ринорея	2+	2+ – 3+	0	2+	3+
Заложенность	2+	+	3+	0+	2+–3+
Зуд	2+	3+	0	+–2+	+–3+
Чихание	2+	3+	0	+–2+	2+–3+
Нарушение обоняния	2+	0	0	0	+
Ненасальные					
Зуд глаз	2+	2+	0	2+	2+
Слезотечение	2+	2+	+	2+	2+
Покраснение глаз	2+	2+	0	2+	2+
Зуд в ушах, небе	2+	2+	0	2+	0

0 – отсутствие заметного действия на симптомы,

+ – эффективность лечебного действия, выраженная по степени влияния на симптомы,

СИТ – аллерген-специфическая иммунотерапия,

НМК – натриевая соль кромоглициевой кислоты, НН – недокромил натрия,

ГКС – глюкокортикостероиды

со стороны глотки (першение, болезненность при глотании, зуд в области неба и горла) и сопутствующих общих симптомов в виде недомогания, слабости, нарушения сна, аллергических заболеваний (атопический дерматит, бронхиальная астма), отягощенности семейного аллергологического анамнеза, эффективность применяемых лекарственных препаратов.

Кроме чихания, зуда в носу, выделений и заложенности носа, у детей со среднетяжелым/тяжелым АР могут наблюдаться шумное дыхание, храп и нарушение обоняния или вкуса, рецидивирующие носовые кровотечения (результат форсированного сморкания и ковыряния в носу). Могут также отмечаться изменения лица, слизистых оболочек ротовой полости и признаки обструкции дыхательных путей: открытый рот, растрескавшиеся губы, гипертрофия слизистой оболочки десен и фолликулов задней стенки глотки, удлинение лица (аденоидное лицо), готическое небо, аномалии прикуса. Профузная или периодическая ринорея с выделением большого количества водянистого секрета приводит к раздражению кожи над верхней губой и крыльев носа, вызывая их отечность и гиперемию, при осмотре зева определяются про-

зрачные или белые выделения на задней стенке глотки. У больных АР могут выявляться также периорбитальный цианоз, дополнительные суборбитальные складки Денни-Моргана (типично для больных с сопутствующим атопическим дерматитом). Появление гнойных выделений, нехарактерных для неосложненного АР, свидетельствует о присоединении вторичной инфекции. Могут быть увеличены передние шейные лимфатические узлы. Раздражающее действие подтекающего из носа секрета, а также персистирующее воспаление верхних дыхательных путей вызывают хронический непродуктивный кашель. Кашель может сопровождаться жалобами на затруднение дыхания. Проглатывание большого количества слизи может вызывать боли в животе.

*Профузная или периодическая ринорея с выделением большого количества водянистого секрета приводит к раздражению кожи над верхней губой и крыльев носа, вызывая их отечность и гиперемию, при осмотре зева определяются прозрачные или белые выделения на задней стенке глотки.*



Таблица 4. Некоторые дифференциально-диагностические признаки аллергических и инфекционных поражений респираторного тракта [12]

Клинические и параклинические признаки болезни	Аллергическая этиология	Инфекционная этиология
Наследственная отягощенность по аллергическим заболеваниям	Очень частая	Не частая
Внезапные аллергические проявления, в том числе в анамнезе	Частые	Редкие
Упорно рецидивирующий характер заболевания	Характерен	Не характерен
Однотипность клинических проявлений при обострении	Характерна	Разные проявления в зависимости от этиологии
Выделения из носа	Водянистые	Гнойные
Эффект элиминации аллергена	Есть	Нет
Повышение температуры тела	Как правило, отсутствует	Как правило, присутствует
Поведение ребенка	Возбуждение, гиперактивность, «говорливость»	Вялость, утомляемость
Аппетит	Сохранен	Может быть снижен
Особенности анализа крови	Эозинофилия	Признаки вирусного или бактериального воспаления
Эффект от проведения антибактериальной терапии	Отсутствует	Может быть хороший
Эффект от применения антигистаминных препаратов	Хороший	Отсутствует или умеренный
Тесты аллергологической диагностики	Положительные	Отрицательные
Цитоморфология назального секрета	Эозинофилы 10% и более	Эозинофилы менее 5%

Таблица 5. Уровни доказательств пользы различных вмешательств при АР [17]

	Сезонный ринит		Круглогодичный ринит (для большинства исследований длительность 4 нед.)*		Персистирующий ринит**
	Взрослые	Дети	Взрослые	Дети	
<b>Антигистаминные средства</b>					
Пероральные	A	A	A	A	A
Интраназальные	A	A	A	A	Нет данных
<b>Глюкокортикостероиды</b>					
Интраназальные	A	A	A	A	Нет данных
Пероральные	A	B	B	B	Нет данных
Кромоны	A	A	A	B	Нет данных
Антагонисты лейкотриенов	A	A>6 лет			Нет данных
Деконгесанты	C	C	C	C	Нет данных
<b>Специфическая иммунотерапия</b>					
Подкожная	A	A	A	A	Нет данных
Сублингвальная***	A	A	A	A	Нет данных
Интраназальная***	A				Нет данных
Анти-IgE	A	A>12 лет	A	A>12 лет	Нет данных

\* только отдельные исследования продолжались более 4 нед.; \*\* лечение проводилось только у больных персистирующим ринитом; \*\*\* высокодозная терапия.  
Уровни доказательности: от A – данные рандомизированных контролируемых исследований до D – мнение экспертов.

Характерной особенностью САР является периодичность обострений. Симптомы рецидивируют из года в год, в одно и то же время, четко связаны с периодом цветения определенных растений. Клинические симптомы САР, вызванного пылью растений, ослабевают вплоть до полного прекращения во время дождя, когда концентрация пыльцы в воздухе уменьшается.

Симптомы АР часто путают с проявлениями острых респираторных инфекций. При сохранении респираторных симптомов более двух недель на фоне нормальной температуры тела, а также при наличии других признаков аллергического характера заболевания (табл. 4) необходимо исключать АР. Подтверждают диагноз АР результаты риноскопии (бледная или голубоватая окраска слизистой оболочки носа, увеличенная нижняя носовая раковина), назоцитогаммы (эозинофилия), аллергодиагностика. Последняя осуществляется с помощью постановки кожных проб или сопоставимого по информативности определения специфических IgE-антител к причинно значимым аллергенам. В связи с тем, что при обострении заболевания IgE фиксируются в тканях, оптимально проводить их определение в фазе ремиссии АР. Спектр тестируемых аллергенов определяется на основании сбора анамнеза. При оценке результатов определения специфических IgE необходимо учитывать возможность латентной сенсибилизации. Повышенный уровень в сыворотке крови общего IgE не является критерием диагностики АР (также как и бронхиальной астмы) и надежным предиктором атопии, поскольку показатели общего IgE значительно варьируют у детей в зависимости от возраста, увеличиваются на фоне инфекционных заболеваний [13, 14]. Дифференциальная диагностика АР у детей дошкольного возраста проводится, помимо инфекционного ринита (обычно вирусного), с инородным телом, анатомическими дефектами носа, включая одностороннюю атрезию хоан, доброкачественными опухолями,



в том числе дермоидными кистами, менингоэнцефалоцеле, муковисцидозом, мукоцилиарной дискинезией и синдромом Картагенера, обструкцией носа вследствие гипертрофии аденоидов.

У детей старшего возраста АР необходимо дифференцировать от последствий травмы (гематома перегородки, перелом костей носа и синехии), цереброспинальной ринореи, глиомы носа и медикаментозного ринита при злоупотреблении местными деконгестантами. При наличии полипоза носа требуется исключение муковисцидоза [4].

### Аллергический ринит и бронхиальная астма

На основании анализа эпидемиологических, клинических наблюдений и изучения патогенеза АР и бронхиальной астмы установлена тесная взаимосвязь данных заболеваний. Носовые ходы являются интегративной частью респираторного тракта. Слизистая оболочка носа сходна со слизистой оболочкой бронхов. В ARIA 2008 г. отмечено, что около 80% астматиков имеют АР и 10–40% больных АР имеют бронхиальную астму. Соответственно была предложена концепция «одни дыхательные пути, одна болезнь».

АР способствует развитию обострений астмы, увеличению частоты приступов удушья, обращений за неотложной медицинской помощью, госпитализаций по поводу астмы. Вероятность заболеть бронхиальной астмой у пациентов, страдающих АР, в три раза выше, чем у здоровых людей, кроме того, формированию астмы, как правило, предшествует ринит (у 32–49% пациентов). Многие больные АР имеют повышенную бронхиальную реактивность. Эта взаимосвязь обусловлена единством триггерных факторов и патогенетических механизмов развития обоих заболеваний. Таким образом, когда речь идет о диагностике АР или бронхиальной астмы, необходимо проводить обследование как верхних, так и нижних дыхательных путей. Эксперты ARIA 2008 г. рекомендуют обязательное обследование

пациентов с персистирующим АР для исключения астмы (исследование функции внешнего дыхания на наличие бронхиальной обструкции и ее обратимости), пациентов с астмой для исключения АР (риноскопия, алергодиагностика). Установлено, что раннее энергичное лечение АР может помочь предотвратить развитие бронхиальной астмы и уменьшить ее тяжесть. Несколько исследований показали улучшение симптомов астмы на фоне интраназального применения кортикостероидов при астме [14, 15]. Существование системной связи между АР и бронхиальной астмой обуславливает рациональность применения единой системной терапии этих заболеваний. Средствами системной терапии пациентов, страдающих одновременно АР и астмой, являются антагонисты лейкотриеновых рецепторов (монтелукаст натрия), специфическая иммунотерапия, при тяжелых формах заболевания – моноклональные антитела к IgE, системные кортикостероиды.

### Лечение

При составлении терапевтической программы у ребенка, страдающего АР, необходимо учитывать следующие аспекты:

- эффективность тех или иных терапевтических/профилактических вмешательств. Оценивается с точки зрения патофизиологической обоснованности и воздействия на различные проявления заболевания (табл. 1, 3) и на основании контролируемых исследований с позиций доказательной медицины (табл. 5);
- очень важно оценивать побочные эффекты терапии, уникальные для детей, особенно при сочетании АР и астмы (задержка роста, влияние на когнитивную функцию);
- особое внимание следует уделять когнитивной функции у детей дошкольного и школьного возраста, которая может ухудшаться под влиянием АР и/или терапии антигистаминными препаратами I поколения;
- многие лекарственные препараты, назначаемые детям с АР,

*АР способствует развитию обострений астмы, увеличению частоты приступов удушья, обращений за неотложной медицинской помощью, госпитализаций по поводу астмы. Вероятность заболеть бронхиальной астмой у пациентов, страдающих АР, в три раза выше, чем у здоровых людей, кроме того, формированию астмы, как правило, предшествует ринит (у 32–49% пациентов).*

не зарегистрированы для применения в педиатрии;

- при лечении АР необходимо учитывать тяжесть и длительность болезни, предпочтения пациента, а также эффективность и доступность для пациента лекарственных препаратов;
- фармакотерапию подбирают индивидуально. Следует избегать полипрагмазии и стремиться к достижению контроля заболевания минимально достаточным объемом терапии, используя ступенчатый подход в зависимости от степени тяжести АР, рекомендованный согласительными документами ARIA 2001 и 2008 гг. (табл. 6).

Ниже представлены новые данные об эффективности и рекомендации использования различных терапевтических вмешательств при АР у детей на основании согласительного документа ARIA 2008 г.

*Антигистаминные препараты.* Большое значение в лечении АР у детей имеют антигистаминные препараты. Маленькие дети предпочитают пероральные препараты интраназальным. Антигистаминные препараты I поколения вызывают серьезные побочные эффекты у детей, усугубляя влияние самого заболевания на состояние нервной системы (седация, усталость, снижение концентрации внимания, бессонница,

медиа



Таблица 6. Ступенчатый подход к терапии АР [4]

Интермиттирующий АР легкого течения	Интермиттирующий АР среднетяжелого течения и персистирующий АР легкого течения	Персистирующий АР среднетяжелого/тяжелого течения
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ пероральные антигистаминные препараты или</li> <li>■ топические антигистаминные препараты и/или</li> <li>■ деконгенсанты или</li> <li>■ антилейкотриеновые препараты</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ пероральные антигистаминные препараты или</li> <li>■ топические антигистаминные препараты и/или</li> <li>■ деконгенсанты или</li> <li>■ интраназальные кортикостероиды и/или</li> <li>■ антилейкотриеновые препараты (кромоны)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ интраназальные кортикостероиды (первая линия терапии) или</li> <li>■ интраназальные кортикостероиды в сочетании с деконгенсантами при выраженном отеке или</li> <li>■ интраназальные кортикостероиды в сочетании с пероральными антигистаминными препаратами при выраженном зуде, чихании, других проявлениях аллергии</li> </ul>

раздражительность), поэтому назначаться при АР не должны. Напротив, новые антигистаминные препараты уменьшают недомогание, вызванное АР, и могут даже улучшить способность к обучению пациентов с АР. В длительных исследованиях АР у детей подтверждена эффективность и безопасность лоратадина, цетиризина, левоцетиризина и дезлоратадина [18–20].

**Глюкокортикостероиды.** Интраназальные кортикостероиды (ИнГКС) – это самые эффективные средства лечения АР. В настоящее время в России зарегистрирован ряд препаратов ИнГКС в виде назальных спреев, дозированных аэрозолей, назальных капель (табл. 7) [7].

Современные препараты ИнГКС хорошо переносятся больными и могут использоваться в качестве базисной терапии среднетяжелого/тяжелого АР без риска

угнетения мукоцилиарного клиренса и атрофии слизистой оболочки носа длительное время. Вместе с тем при их назначении всегда необходимо учитывать страх родителей перед системными побочными эффектами, которые в действительности встречаются не часто. Предполагается, что ИнГКС не влияют на гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую систему у детей и могут назначаться длительно. В 12-месячных исследованиях у детей, получавших флутиказона пропионат, **мометазона фуоата**, не была отмечена задержка роста [21, 22]. В то же время у детей, регулярно пользовавшихся интраназальным беклометазоном, в течение года было выявлено небольшое снижение скорости роста [23]. У флутиказона пропионата биодоступность составляет 1–2%, а у **мометазона фуоата** – всего 0,1%, чем объясняется благопри-

ятный профиль безопасности **мометазона фуоата** и делает данный ИнГКС препаратом выбора у детей начиная с двухлетнего возраста. Эффективность **мометазона фуоата** подтверждена в рандомизированных плацебо-контролируемых исследованиях как при САР, так и при КАР у детей на основании шкал оценки общих назальных симптомов (табл. 8).

При лечении АР у детей следует избегать применения пероральных кортикостероидов.

**Кромоны.** Кромогликат натрия был одним из самых популярных препаратов в лечении АР у детей, однако он менее эффективен, чем ИнГКС или антигистаминные средства. У детей этот препарат не вызывает побочных эффектов. Однако кромогликат необходимо использовать 4–6 раз в сутки, что определяет низкую комплаентность при его назначении.

**Антагонисты лейкотриеновых рецепторов.** Монтелукаст рекомендуется применять для лечения САР у пациентов старше 6 лет, он является препаратом выбора при сочетании АР с персистирующей бронхиальной астмой.

**Деконгенсанты.** Интраназальные деконгенсанты (сосудосуживающие препараты) могут быть назначены на короткий срок (до 7 дней) пациентам с тяжелой обструкцией носа. Препараты этой группы следует применять с осторожностью у детей грудного возраста, так как интервал между терапевтической и токсической концентрацией препарата небольшой.

**Специфическая иммунотерапия.** Экспертами ARIA 2008 г. были сформулированы следующие положения о применении специфической иммунотерапии (СИТ) при АР:

- в настоящее время возможно местное применение СИТ;
- СИТ возможна только при подтвержденном диагнозе IgE-опосредованной аллергии;
- подкожная СИТ эффективна у взрослых и детей с аллергией на пыльцу и клещей домашней пыли, но она несет в себе риск побочных реакций, в том числе жизнеугрожающих;

Таблица 7. Препараты интраназальных глюкокортикостероидов

Химическое название препарата	Торговое название препарата	Режим дозирования у взрослых	Режим дозирования у детей	Разрешен к применению
Бекламетазона дипропионат	Беконазе Альдецин Насобек Ринокленил	50–100 мкг в кажд. ноздрю 2–4 раза	50 мкг в кажд. ноздрю 2–4 раза	С 6 лет
Будесонид	Тафен – назаль бенарин	50–100 мкг		С 15–18 лет
Флутиказона пропионат	Фликсоназе	100 мкг в кажд. ноздрю 1–2 раза	50 мкг в кажд. ноздрю 1 раз	С 4 лет
Мометазона фуоат	Назонекс	100 мкг в кажд. ноздрю 1 раз	50 мкг в кажд. ноздрю 1 раз	С 2 лет

# Назонекс®

(мометазона фуоат)

назальный спрей  
на водной основе

эксперт в устранении  
заложенности носа



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

- ✓ Назонекс® быстро\* и эффективно уменьшает заложенность носа<sup>1</sup>
- ✓ Назонекс® достоверно уменьшает симптомы аллергического конъюнктивита<sup>2</sup>
- ✓ Назонекс® эффективно предупреждает развитие симптомов САР<sup>8</sup>
- ✓ Назонекс® эффективно уменьшает размер и предупреждает рецидивы полипов<sup>3,4</sup>
- ✓ Назонекс® обладает наилучшим профилем местной и системной безопасности:
  - Самая низкая системная биодоступность ( $\leq 0,1\%$ ) в группе назальных стероидов<sup>8</sup>
  - Не вызывает атрофию слизистой оболочки носа<sup>5</sup>
- ✓ Назонекс® — интраназальный кортикостероид, разрешенный к применению у детей с 2 лет<sup>8</sup>
- ✓ Назонекс® прост и удобен в применении<sup>6,7</sup>:
  - 98% пациентов считают Назонекс® простым и удобным в применении

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

## Краткая инструкция по медицинскому применению Назонекс® (Nasonex®)

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

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

## Список литературы

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



ООО «МСД Фармасьютикалс»

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



Таблица 8. Клинические исследования эффективности мометазона фууроата при САР и КАР у детей

Форма АР	Продолжительность исследования	Возраст, годы	Число детей	Терапия, сут. доза	Результаты	Источник
САР	4 нед.	5–12	137	МФ 25 мг	Мометазона фууроат 100 мг (p=0,03) и 200 мг (p=0,04) и беклометазона дипропионат (p<0,01) более эффективны, чем плацебо	23
			135	МФ 100 мг		
			133	МФ 200 мг		
			138	БДП 168 мг		
			136	Плацебо		
КАР	≤ 28 нед.	3–11	190	МФ 100 мг	Мометазона фууроат 100 мг (p≤0,05) более эффективен, чем плацебо	24
			190	Плацебо		

МФ – мометазона фууроат, БДП – беклометазона дипропионат

В 12-месячных исследованиях у детей, получавших флутиказона пропионат, мометазона фууроат, не была отмечена задержка роста.

В то же время у детей, регулярно пользовавшихся интраназальным беклометазоном, в течение года было выявлено небольшое снижение скорости роста.

- сублингвальная СИТ рекомендуется для лечения пыльцевой аллергии у взрослых, возможна у пациентов с аллергией на клещей, ее безопасность была установлена у детей дошколь-

ного возраста, однако эффективность нуждается в дополнительном изучении;

- СИТ у больных ринитом предотвращает развитие бронхиальной астмы (вторичная профилактика астмы), снижает риск сенсibilизации к новым аллергенам, может изменить естественное течение аллергических заболеваний;
- долгосрочный эффект СИТ сохраняется в течение нескольких лет после ее отмены;
- СИТ обычно не рекомендуется в возрасте до 5 лет из-за риска побочных эффектов, а также сложности выполнения повторных инъекций на протяжении нескольких месяцев/лет.

Таким образом, АР у детей является распространенным атопиче-

ским заболеванием с назальными и неназальными симптомами, тесно связанным с бронхиальной астмой. Международные рекомендации ARIA 2008 г. содержат важнейшую информацию о современных методах диагностики и лечения АР у детей. Фармакотерапией первой линии у пациентов со среднетяжелым/тяжелым течением ринита являются интраназальные глюкокортикостероиды. Препаратом выбора, рекомендуемым для детей раннего возраста (от 2 лет и старше), является мометазона фууроат (Назонекс) в связи с самой низкой среди известных интраназальных ГКС биодоступностью (<0,1%), высоким профилем безопасности и эффективности. ❀

Литература  
→ 54 с.

медиафарма



## Ушные, горловые и носовые болезни

### Об отношении заболеваний носа и глотки к глухонемоте

Е. Urbantschitsgh произвел тщательное исследование ушей, носа и глотки у детей в венских заведениях для глухонемых. Всего исследовано 215 детей (113 мал. и 102 дев.). У 88 глухонемота врожденная, у 95 – приобретенная, а у 32 – не удалось установить. Причиной приобретенной глухонемоты в 38 случаях был менингит. В 26 – заразные болезни, в 14 – травмы (падения). Автор нашел в 82,4% хронический катар Евстахиевых труб и среднего уха, в 7,4% – признаки прежде перенесенного гнойного воспаления среднего уха, в 6,5% было наличие хроническое гнойное воспаление среднего уха. Только в 2,8% не обнаружено никаких изменений при отоскопии. Заболевания носа в виде хронических катаров, неправильностей носовой перегородки и пр. оказались в 54,6%. Поражения глотки в виде различных форм хронических катаров найдены в 72,1%. Гипертрофия небных миндалин разных степеней – в 37,5%. Аденоидные разращения разных степеней обнаружены в 88,5%, из них в самой сильной степени – 9,7%, а в средней – 47,2%. Катары среднего уха несомненно находятся в причинной зависимости от поражений носа и глотки. Что касается гиперплазии аденоидной ткани, к которой больные обнаруживают такую большую склонность, то автор констатирует, что после оперативного удаления разращений, произведенного им в 56 случаях, он не замечал изменения слуха, не считает эти гиперплазии причиной глухоты, а смотрит на них как на признак дегенеративного характера болезни.

(*Monatschrift f. Ohrenheilkunde, март 1907*). М. Бомаш

**К казуистике инородных тел носа**  
Hertz был приглашен к 2-летней девочке, заболевшей 4 дня тому назад рвотой и головной болью. На 2-й

день на груди и ягодицах появилось разлитое покраснение кожи, распространившееся в третий день почти по всему телу и похожее на скарлатиновую сыпь, с той разницей, что на лице и ягодицах можно было найти небольшие папулы. Т° колебалась между 38 °С и 39,3 °С. На 3-й день болезни появилось поражение уха и гнойное истечение из носа; при исследовании последнего оказалось, что поражена только правая половина носа; дыхание через нее очень затруднено; при исследовании ее зондом между носовой перегородкой и нижней раковиной найдено было покрытое гноем инородное тело, которое было извлечено и оказалось куском пробки, величиной в боб. Истечение из уха не особенно обильное, слизисто-гнойное, без запаха. Под влиянием лечения уха и носа т° уже на следующий день упала до нормы, сыпь исчезла. По мнению автора, в данном случае была не скарлатина, а септическое заражение: пробка в носу вызвала воспалительное состояние с нагноением; вследствие непроходимости носа гной проник в среднее ухо и путем всасывания обусловил общее септическое заражение.

(*Medycyna, 24 августа 1907*)

### Полное отсутствие соляной кислоты при гнойном гайморите. Aug. Scherer

Описываемый случай представляет довольно редкое явление; по крайней мере, в распространенных руководствах не имеется указаний на возможность такой зависимости между нагноением Highmore'овой полости и состоянием желудка. В случае автора дело шло о 18-летней девушке, страдавшей катаром верхушки и правосторонним гнойным гайморитом. В виду наличия гастрических явлений у больной был неоднократно исследован желудочный сок, причем констатировано полное отсутствие соляной кислоты. Больная, находившаяся в санатории, подверглась

систематическому гигиеническому лечению; при этом диета была приурочена к заболеванию желудка (преобладание крахмалистых веществ); кроме того, производились промывания желудка. Однако до тех пор, пока не было приступлено к местному лечению гайморита, состоянию желудка осталось без перемены. И только после устранения гайморита в желудке быстро появилась соляная кислота, и исчезли гастрические явления. Заболевание желудка в описанном случае автор объясняет проглатыванием гноя, влиявшего раздражающим образом на слизистую оболочку желудка.

### Случай мнимой глухонемоты.

#### Ch. Armand

Девочка, 9 лет, была приведена к автору как глухонемая. Она начала говорить около года, но потом перестала, и в настоящее время произносит лишь немногие слова, притом сильно исковерканные. Девочка капризна, раздражительна и невнимательна. При тщательном исследовании обнаруживается, однако, что слух, хотя сильно пониженный, у нее имеется, так что девочка оказывается не глухонемой, а, скорее, отсталой, так как ее считали неизлечимой и не заботились об ее воспитании. Лечение, состоявшее, кроме удаления аденоидных разращений и продувания ушей, в систематических занятиях с ребенком, через несколько месяцев дало большое улучшение слуха и речи; девочка могла не только произносить названия окружающих предметов, но и передавать связно маленькие рассказы. Это наблюдение показывает, насколько необходимо самое осторожное и внимательное исследование ребенка, прежде чем признать его глухонемым, и несомненно, что в этом отношении делается немало ошибок, особенно когда вопрос решается без участия специалиста.

(*Archive internat. de laryng. T. XXXIV, № 5*). М. Бомаш



ГОУ ВПО  
РГМУ Росздрава,  
Москва

# Профилактика железодефицитных состояний у детей раннего возраста

Д. м. н., профессор Т.В. Казюкова

*Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, более 1,5 миллиардов человек на планете страдают железодефицитными состояниями (ЖДС), половина этих случаев приходится на долю железодефицитной анемии (ЖДА).*

**В**ыраженность дефицита железа во многом определяется особенностями питания, возрастом, социально-экономическими факторами. В детской популяции наиболее уязвимыми группами по развитию ЖДС являются дети раннего возраста и подростки [1,2], и в нашей стране, по различным данным, у 6–40% детского населения регистрируется ЖДА [3,4,5]. Развитию ЖДС у детей способствуют несколько факторов. Во-первых, это повышенная потребность организма в железе в периоды интенсивного роста: у детей в возрасте от 5 месяцев до 5 лет и подростков [1,3,6]. Во-вторых, разнообразные алиментарные факторы – качественный или количественный дефицит микронутриентов, несбалансированный рацион, редуцированные диеты [7,8]. В-третьих, это может быть повышенная потеря железа,

к которой следует отнести диапедную кровопотерю через кишечник у младенцев (при использовании на 1-м году жизни цельного молока), менструальную кровопотерю у девушек, особенно в период становления генеративной функции (в первые 2–3 года после менархе), гемолиз и повышенное разрушение эритроцитов у юных спортсменов [6–12]. Длительный некомпенсируемый дефицит железа ведет к развитию ЖДА и сопровождается выраженными нарушениями различных функций и систем организма, последствия которых, несмотря на восстановление запасов железа, могут сохраняться в течение длительного времени и даже пожизненно. В связи с серьезными последствиями дефицита железа ВОЗ придает этой проблеме глобальное значение [1,2].

Хорошо известно, что железо является незаменимым элементом для жизнеобеспечения важнейших функций организма. Железо участвует в продуцировании и транспорте железосодержащих молекул (гемоглобин, миоглобин), поддержании прооксидантно-антиоксидантного баланса, полноценном функционировании железозависимых реакций, которые необходимы для продукции интерлейкинов, Т-киллеров, Т-супрессоров, металоферментов и др. Благодаря своей уникальной

способности к быстрому окислению и восстановлению железо катализирует процессы транспорта электронов и окисление-восстановление органических субстратов [13]. В головном мозге железо содержится в составе ферментов-оксидаз, которые поддерживают нормальное функционирование нейротрансмиттерных систем с участием дофамина, серотонина и гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК). Дофамин, являясь основным нейротрансмиттером экстрапирамидной системы, поддерживает когнитивные и аффективные реакции, а серотонин- и ГАМК-эргические системы регулируют поведение, сон, двигательную активность, эмоциональный тонус и другие реакции. Очевидно, что ЖДС оказывают системное влияние на жизненно важные функции организма ребенка, особенно в периоды интенсивного роста и умственного развития. Дефицит железа у детей раннего возраста сопровождается задержкой психомоторного развития, запаздыванием предречевых и речевых навыков, нарушением координации движений, снижением когнитивных функций и умственных способностей [14]. Обоснованно считается, что конкретные профилактические меры способны предотвратить развитие ЖДС [1,2,15]. Тем не менее, предметом постоянных дискуссий яв-



ляются вопросы коррекции ЖДС с помощью как обогащенных железом продуктов, так и разных ферропрепаратов (ФП). Разрабатываются наиболее оптимальные формы соединений железа для включения в состав молочных смесей и продуктов детского питания, обсуждаются схемы профилактики с использованием различных ФП [8,15,16].

Известно, что в организме доношенного новорожденного содержится 250–300 мг железа, что в пересчете на килограмм массы тела в несколько раз превышает его содержание у взрослого человека (3000–5000 мг). Это обусловлено депонированием железа в период внутриутробного развития и высокой концентрацией фетального гемоглобина (HbF) [17]. Накопление железа в организме плода происходит наиболее интенсивно после 28 недель гестации, поэтому недоношенные дети составляют группу риска по развитию ЖДС. Железо, содержащееся в организме каждого ребенка при рождении, составляет определенную константу в 70–75 мг/кг, и оно израсходуется к тому моменту, когда вес ребенка удвоится, т.е. к 4–6 месяцам [17]. До этого момента у детей, находящихся на грудном вскармливании, дефицит железа, как правило, не развивается, что объясняется уникальными свойствами женского молока: при относительно невысоком содержании в нем железа (0,2–0,4 мг/л) его абсорбция достигает 50–60%, чему в значительной мере способствует содержащийся в женском молоке лактоферрин [18–20]. После 6 мес. жизни потребность детей в железе увеличивается до 10 мг/сут, которые необходимы для гемоглобинообразования, депонирования в тканях, роста и пролиферации клеток [17,21]. Однако железа грудного молока хватает лишь для покрытия физиологических потерь, но недостаточно для поддержания положительного баланса железа.

Огромную роль в обеспечении младенцев железом играет питание беременной и кормящей женщины, так как только пол-

**Таблица 1. Физиологические потребности и рекомендуемые нормы потребления железа для детей первых двух лет жизни и беременных женщин [22]**

Возраст	Физиологические потребности (мг/сут)	Нормы потребления (мг/сут)	
		Россия	США
0–3 мес.	0,96	4,0	6,0
4–6 мес.	0,96	7,0	6,0
7–12 мес.	0,96	10,0	10,0
1–2 года	0,61	10,0	10,0
Беременные и кормящие женщины	1,31	33,0	30,0

**Таблица 2. Содержание железа в продуктах животного происхождения [23]**

Продукты	Суммарное содержание железа (мг/100 г продукта)	Основные железосодержащие соединения
Печень	6,9	Гем
Баранина	6,6	Гем
Язык говяжий	4,1	Гем
Мясо кролика	3,3	Гем
Конина	3,1	Гем
Говядина	2,7	Гем
Мясо курицы	1,6	Гем
Мясо индейки	1,4	Гем
Скумбрия	1,7	Ферритин, гемосидерин
Сазан	0,6	Ферритин, гемосидерин
Судак	0,5	Ферритин, гемосидерин
Хек/треска	0,5	Ферритин, гемосидерин

ноценная и сбалансированная по основным ингредиентам диета позволяет обеспечить организм ребенка этим эссенциальным микроэлементом. Существующие нормы потребления железа (табл. 1) в несколько раз превышают физиологические потребности, поскольку биодоступность железа из обычного рациона, как правило, не превышает 10%.

В этой связи большое значение среди профилактических мер принадлежит диетическим рекомендациям. Железо в продуктах питания присутствует в гемовой и негемовой формах. Источниками гемового железа являются продукты животного происхождения (мясо животных и птиц), негемового железа – растительные продукты (овощи, фрукты, злаки), а также молоко и рыба. Большая часть поступающего с пищей

железа (около 90%) представлена негемовой формой (табл. 2 и 3). Существенное влияние на всасывание негемового железа оказывают факторы, способные активировать или ингибировать его абсорбцию в кишечнике. Активаторами всасывания являются животный белок (мясо животных, птиц, рыбы), аскорбиновая, молочная и янтарная кислоты. Ингибируют абсорбцию железа такие компоненты, как соевый белок, кальций, фитаты, танины, пищевые волокна, полифенолы (бобы, орехи, чай, сыр и некоторые овощи). В конечном итоге, биодоступность железа из продуктов питания зависит от того, в какой форме представлено железо, и определяется как набором различных продуктов в рационе, так и их сочетанием при одновременном употреблении.

недоедаем



Таблица 3. Содержание железа в растительных продуктах (мг/100 г) [23]

Продукты	Железо	Продукты	Железо	Продукты	Железо
Морская капуста	16,0	Толокно	3,0	Петрушка, зелень	1,9
Чечевица, зерно	11,8	Чернослив	3,0	Алыча	1,9
Соя, зерно	9,7	Пшено крупа	2,7	Укроп	1,6
Горох, зерно	6,8	Кукуруза крупа	2,7	Капуста цветная	1,4
Гречка ядрица	6,7	Хурма	2,5	Свекла	1,4
Орехи	5,0–2,3	Груша свежая	2,3	Облепиха	1,4
Хлеб ржаной	3,9–3,1	Яблоко свежее	2,2	Смородина черная	1,3
Геркулес	3,6	Щавель	2,0	Капуста брюссельская	1,3
Шпинат	3,5	Хлеб пшеничный:		Шиповник свежий	1,3
Курага	3,2	Мука 1 сорта	2,0	Земляника	1,2
Инжир свежий	3,2	Мука в/с	1,2	Малина	1,2
				Гранаты	1,0

Кроме рационального питания беременных и кормящих женщин, профилактика ЖДС у детей первых месяцев жизни включает своевременное лечение ЖДА у матерей. Однако профилактическое назначение ФП беременным требует серьезного подхода, так как при концентрации Нб ниже 104 г/л возрастает частота преждевременных родов и рождения маловесных детей, но аналогичный риск возникает и при Нб выше 132 г/л [24].

У детей первых месяцев жизни естественной профилактикой ЖДС считается исключительно грудное вскармливание до 4–6 мес. жизни. Однако в странах с низким экономическим развитием получены убедительные данные о высокой распространенности ЖДА и дефицита других микроэлементов среди детей, находящихся на грудном вскармливании, что связывают с высокой частотой ЖДС у кормящих женщин [2, 25, 26].

У грудных детей дефицит железа в 95% случаев связан с неправильным односторонним вскармливанием, поэтому решить эту проблему несложно. Так, высокий риск развития ЖДА существует у младенцев, получающих цельное коровье молоко, что связано с низким содержанием в нем железа (около 0,3 мг/л), его низкой биодоступностью, ингибирующим влиянием на абсорбцию железа кальция и белков коровьего

молока, но главное – отсутствием в питании других источников железа [2,8,15]. Доказано, что значительная квота цельного коровьего молока или цельного кефира в диете восприимчивых младенцев может индуцировать диapedезные желудочно-кишечные кровотечения, способствовать хронической кровопотере и развитию ЖДА [10,27,28]. С возрастом подобная восприимчивость уменьшается и редко встречается после двух лет, поэтому детям первого года жизни не рекомендуется потребление цельного коровьего молока и неадаптированных смесей [9, 29, 30].

При искусственном вскармливании детей первого полугодия жизни используют смеси с содержанием железа от 0,4 до 0,8 мг/100 мл, что является вполне достаточным, т.к. еще используются антенатальные запасы железа. К 4–6 мес. запасы истощаются, и метаболизм железа становится абсолютно зависимым от его поступления с пищей. Поэтому содержание железа в «последующих» адаптированных молочных смесях (для детей старше 5–6 мес.) возрастает до 0,9–1,6 мг/100 мл (Фрисолак 2 Голд, ФризлендКампина, Голландия; Нутрилон 2, Нутриция, Голландия; НАН 2, Нестле, Швейцария и др.).

Детям старше 4–6 мес. рекомендуется вводить продукты прикорма промышленного производства, обогащенные железом (инстант-

ные каши, фруктовые соки, фруктовые и овощные пюре), с помощью которых на 10–30% покрывается потребность ребенка в железе. При этом входящие в их состав другие нутриенты (аскорбиновая кислота, яблочная и лимонная кислоты) повышают биодоступность негемового железа, в то время как «обычные» продукты содержат ряд ингредиентов, снижающих абсорбцию железа. Помимо белка и кальция, к ним относятся пищевые волокна, которыми богаты крупы, некоторые свежие овощи и фрукты (свекла, морковь, яблоки). Пищевые волокна практически не перевариваются и не всасываются в кишечнике, но способны фиксировать железо на своей поверхности и выводить его с калом [9]. В состав этих продуктов входят фосфаты, фитаты и оксалаты, ингибирующие абсорбцию железа на уровне энтероцита.

Справедливо будет отметить, что за последние 30–40 лет потребление железа детьми в возрасте 5–6 месяцев заметно возросло: с 9,1 мг/сут (1960–70-е гг.) до 16,0 мг/сут (с середины 1990-х годов) [29,30]. Это связано с тем, что дети второго полугодия стали чаще получать вместо коровьего молока «последующие» молочные смеси, в которых содержание железа повышено. Отмечено, что обогащенные железом адаптированные смеси полностью обеспечивают потребности грудных

неддиагности



детей в железе, минеральных веществах, витаминах, что способствовало снижению частоты ЖДС и ЖДА в странах Европы и США [1, 2, 29, 31].

На втором полугодии жизни вводятся мясорастительные и рыба-растительные пюре, которые служат источником наиболее ценного и высоко усвояемого гемового железа, что обеспечивает до 20–60% суточной потребности ребенка в железе и играет важную роль в профилактике ЖДС [32]. Гемовое железо, содержащееся в мясорыбных продуктах, улучшает абсорбцию железа из фруктов и овощей при их совместном употреблении. Детям старше 6–8 мес. можно ввести специальную детскую колбаску с добавлением картофельного крахмала<sup>1</sup>, который не снижает абсорбцию железа. Цельное немодифицированное молоко (коровье, козье) следует вводить в рацион только после 12 мес. из-за опасности диapedезных кровотечений. Но при употреблении смесей, сделанных из сухого молока, такой опасности нет, поскольку в процессе обработки молочный белок изменяет свою структуру [9,10]. Когда питание детей полностью сбалансировано, им не нужно профилактическое назначение ферропрепаратов.

Исключение составляют дети из групп высокого риска, куда относятся недоношенные и маловесные дети, дети от многоплодной беременности, от матерей с гестационной ЖДА, из неблагополучного социума, дети, получающие неадаптированные молочные смеси. Медикаментозная профилактика ЖДС с использованием ФП проводится на протяжении первого года жизни, начиная с 2–3 мес. жизни ребенка.

Абсолютными противопоказаниями к назначению ФП являются:

- острые вирусные и бактериальные инфекционные заболевания,
- заболевания, сопровождающиеся кумуляцией железа (гемох-

роматоз, наследственные и аутоиммунные гемолитические анемии);

- заболевания, сопровождающиеся нарушением утилизации железа (сидеробластная анемия, α- и β-талассемия, анемия при отравлении свинцом); заболевания, сопровождающиеся костномозговой недостаточностью (апластическая анемия, анемия Фанкони, Блекфана-Даймонда и др.).

Выбор того или иного ФП для профилактики ЖДС (табл. 4) зависит от возраста ребенка, сопутствующей патологии, социального статуса семьи, лекарственной формы ФП (сироп, капли, раствор для приема внутрь). Важное значение имеет степень абсорбции железа из конкретного ФП. Так, уровень абсорбции достигает 15–30% у сульфатных солей же-

леза и гидроксидполимальтозного комплекса трехвалентного железа (ГПК-Fe<sup>3+</sup>), в то время как у других ФП (глюконат, сукциниллат, хлорид и др.) он не превышает 5–10% [3,8]. На сегодня не существует однозначного мнения, какие из ФП наиболее предпочтительны для профилактики – монокомпонентные или комбинированные. Парентеральные ФП не используют в целях профилактики дефицита железа.

У грудных детей, как правило, для профилактики ЖДС используют жидкие лекарственные формы ФП: это могут быть раствор или капли для приема внутрь (Актиферрин, Мальтофер, Феррум Лек, Тотема, Ферлатум), либо сироп (Актиферрин, Мальтофер, Феррум Лек). Как известно, энтеральный путь введения наиболее оправдан с физиологической точ-

Таблица 4. Препараты железа для профилактики железодефицитных состояний

ДЛЯ ПРИЕМА ВНУТРЬ (пероральные)	
Монокомпонентные	Сложные по составу
<b>СОЛЕВЫЕ (ионные) ФЕРРОПРЕПАРАТЫ</b>	
Железа (II) глюконат (Ферронал, Ферронал 35)	Железа глюконат, марганец, медь и др. (Тотема)
Железа (II) сульфат (Гемофер пролонгатум)	Железа сульфат и аскорбиновая кислота (Сорбифер Дурулес, Ферроплекс)
Железа (II) фумарат (Хеферол)	Железа сульфат, аскорбиновая к-та, рибофлавин, тиамин мононитрат, никотинамид, пиридоксин гидрохлорид, пантотеновая к-та (Фенюльс)
	Железа сульфат и d, l-серин (Актиферрин)
	Железа сульфат, d, l-серин, фолиевая кислота и цианкобаламин (Актиферрин композитум)
	Железа сульфат, мукопротеаза, фолиевая к-та и аскорбиновая к-та (Гино-Тардиферон)
	Железа сульфат, мукопротеаза и аскорбиновая к-та (Тардиферон)
	Железа сульфат, фолиевая к-та, цианкобаламин и аскорбиновая к-та (Ферро-Фольгамма)
	Железа фумарат и фолиевая кислота (Ферретаб композитум)
<b>НЕСОЛЕВЫЕ (неионные) ФЕРРОПРЕПАРАТЫ</b>	
Железа (III) гидроксидполимальтозный комплекс (Мальтофер, Феррум Лек)	Железа (III) гидроксидполимальтозный комплекс и фолиевая кислота (Мальтофер Фол)
<b>НЕСОЛЕВЫЕ (ионные) ФЕРРОПРЕПАРАТЫ</b>	
Железа протеин сукциниллат (Ферлатум)	

<sup>1</sup> Продукты производятся по специальной рецептуре на Воскресенском заводе детского питания (Россия).



**Таблица 5. Эффекты взаимодействия ФП с другими лекарственными средствами и пищевыми продуктами**

Название веществ	Взаимодействия
Хлорамфеникол	Замедляет ответную реакцию костного мозга на ФП
Тетрациклины, пеницилламин, соединения золота, ионы фосфатов	Снижают абсорбцию железа
Салицилаты, фенилбутазон, оксифенилбутазон	Прием вместе с ФП вызывает раздражение слизистой ЖКТ, что может служить причиной развития (усиления) побочных эффектов от ФП
Холестирамин, магнезия, витамин Е, антациды (содержат Са и Al), панкреатические экстракты Блокаторы H2-гистаминовых рецепторов	Ингибируют абсорбцию железа, что снижает противоязвенный эффект ФП
Вещества, вызывающие повышение перекисного окисления (например, аскорбиновая кислота)	Способствуют повышенной кровоточивости из ЖКТ, поэтому бензидиновый тест будет всегда положительным
Фитаты (злаковые, фрукты и овощи), фосфаты (яйца, творог), таниновая кислота (чай), кальций (сыр, творог, молоко), оксалаты (лиственная зелень, овощи)	Замедляют абсорбцию железа, поэтому при назначении солевых ФП рекомендуется их прием через 1,5–2 ч. после еды

ки зрения. К тому же маленьким детям удобно давать жидкие лекарственные формы, так как их можно добавить в питье или просто дать с ложечки.

Расчет дозы ФП производят по элементарному железу (мг) на 1 кг массы тела в сутки (мг/кг/сут), в зависимости от массы тела ребенка при рождении:

- при массе менее 1000 г – 4 мг/кг/сут,
- при массе 1000–1500 г – 3 мг/кг/сут,
- при массе 1500–3000 г – 2 мг/кг/сут.

В остальных случаях профилактическая доза ФП составляет 1 мг/кг/сут.

Здоровым доношенным детям, находящимся исключительно на грудном вскармливании, с 5–6-месячного возраста до 1 года также можно рекомендовать назначение ФП из расчета 1 мг/кг/сут. Однако возможен и альтернативный путь, когда препарат железа назначают кормящей матери в дозе 1–2 мг/кг/сут (как правило, не более 100 мг/сут) в течение всего периода лактации.

При использовании оральных ФП редко могут наблюдаться побочные эффекты, связанные как с химическими свойствами солей железа, так и с повышенной чувствительностью к отдельным компонентам сложных ФП [33,34].

Проявлениями побочных эффектов могут быть металлический привкус во рту, потемнение зубов и десен, диспепсические расстройства из-за раздражения слизистой оболочки ЖКТ (тошнота, отрыжка, рвота, понос, запор), темное окрашивание стула, аллергические реакции (по типу крапивницы), некроз слизистой оболочки кишечника (наблюдается при передозировке или отравлении солевыми ФП).

Указанные нежелательные эффекты можно легко предупредить, если строго соблюдать правильный режим дозирования и прием ФП. Прежде всего это относится к солевым ФП, лечение которыми целесообразно начинать с ½–⅓ расчетной дозы, с постепенным достижением полной дозы в течение 7–10 дней. Принимать солевые ФП следует между приемами пищи (примерно через 1–2 ч. после, но не позже, чем за 1 ч. до еды), запивая небольшим количеством любого фруктового сока с мякотью. Не следует запивать солевые ФП чаем или молоком, т. к. они содержат компоненты, ингибирующие абсорбцию железа. Потемнения зубов и десен также можно избежать, если давать ФП в разведенном виде (можно развести фруктовым соком) или на кусочке сахара. Аллергические реакции обычно

связаны с другими компонентами, входящими в состав сложных ФП. Некроз слизистой оболочки кишечника развивается в крайне редких случаях передозировки или отравления солевыми ФП. Темное окрашивание стула не имеет клинического значения, но об этом следует обязательно предупредить родителей ребенка, а для врача это самый простой и надежный способ контроля за приемом ФП.

При появлении нежелательных побочных эффектов следует снизить дозу ФП или заменить его другим. Важно также учитывать взаимодействие солевых ФП с пищевыми продуктами и другими лекарственными средствами (табл. 5).

ФП на основе ГПК-Fe3+ лишены указанных выше взаимодействий, их прием не лимитируется диетическими или режимными ограничениями, поэтому профилактику начинают сразу с расчетной дозы, что делает их более привлекательными с точки зрения удобства приема и безопасности, повышает комплаентность к терапии [8, 33, 34].

Таким образом, дефицит железа у детей раннего возраста можно предотвратить, зачастую для этого просто следует провести «ревизию» рациона ребенка и кормящей матери, помочь в выборе адаптированной смеси и продуктов прикорма. Особого внимания требуют дети высокого риска по развитию ЖДС (недоношенные, маловесные, от многоплодной беременности, от матерей с анемией, из неблагоприятного социума и др.), которым необходимо проводить профилактику ЖДС с помощью эффективных и безопасных ферропрепаратов. Современные достижения в разработке адаптированных продуктов для детского рациона, а также результаты сравнительных исследований по эффективности и безопасности различных препаратов железа способствуют активному внедрению в практику детского здравоохранения приемлемых и действенных схем профилактики железодефицитных состояний у детей раннего возраста. 🌸

Фрисо – всегда найдется подходящий выбор!



## Фрисолак 1,2 Gold с нуклеотидами, пребиотиками и ДЦ ПНЖК – все необходимое для полноценного развития ребенка

Фрисо постоянно совершенствует состав своих продуктов, основываясь на последних научных данных и действующих международных рекомендациях. Безупречное качество ингредиентов и стабильность состава является гарантией хорошей переносимости продуктов Фрисо\*.

Как и грудное молоко, смеси **Фрисовом 1,2 Gold с нуклеотидами, пребиотиками и ДЦ ПНЖК** содержат ключевые нутриенты, важные для развития мозга и формирования иммунной системы ребенка:

- \* Докозагексаеновую (DHA) и арахидоновую (ARA) жирные кислоты;
- \* Нуклеотиды;
- \* Пребиотики – галактоолигосахариды.

Благодаря содержанию этих ингредиентов смеси **Фрисолак 1,2 Gold** эффективно способствуют:

- развитию мозга и органов зрения;
- становлению иммунной системы ребенка;
- формированию здоровой кишечной микрофлоры
- **FrieslandCampina** - ведущий мировой производитель высококачественных ингредиентов для детского питания и фармацевтической промышленности.

Телефон бесплатной консультации Фрисо

**8-800-333-25-08**

[www.anika-ru.ru](http://www.anika-ru.ru), e-mail: [hotline@anika-ru.ru](mailto:hotline@anika-ru.ru)

Эксклюзивный дистрибьютор в России ООО «Аника РУ»

Познаем мир вместе  **Friso**

Информация для медицинских работников



РГМУ  
им. Н.И. Пирогова,  
кафедра  
нервных болезней  
педиатрического  
факультета,  
Москва

# Применение Кортексина в реабилитации детей первого года жизни с перинатальными гипоксическими поражениями ЦНС

Д. м. н., проф. Г.С. Голосная

*Гипоксические повреждения головного мозга занимают первое место в структуре перинатальных повреждений нервной системы и составляют от 20 до 50% основных причин перинатальной смертности, а также являются факторами возникновения необратимых структурных дефектов ткани головного мозга.*

У 5–15% недоношенных детей, перенесших гипоксическое поражение ЦНС, впоследствии формируются выраженные спастические параличи, эпилепсия, поражение органов слуха и зрения, а у 25–50% детей диагностируется расстройство когнитивных функций и нарушение поведения. У доношенных детей 50% случаев церебрального паралича имеет пренатальную этиологию, 36% являются случаями пери/неонатального происхождения и 14% – неизвестного [1–3]. Развивающийся мозг новорожденного чрезвычайно чувствителен к гипоксии, которая не только вызывает очаговые повреждения мозговой ткани, но и задерживает развитие сосудистой системы и нарушает клеточную дифферен-

циацию. Толерантность к воздействию повреждающих факторов у каждого ребенка различна, поэтому при сравнительно равных условиях у всех детей развиваются неоднозначные последствия. Установлено, что смерть клеток при гипоксии происходит не только по типу некротического поражения, но и с развитием апоптоза клеток, который, в свою очередь, угнетается и индуцируется факторами специфической и неспецифической защиты.

В настоящее время получено значительное количество новой информации о патогенезе гипоксического перинатального поражения ЦНС, его молекулярных и биологических основах. Доказано, что формирование грубых структурных изменений ткани мозга под влиянием гипоксии обусловлено в том числе и неспособностью нейрональных структур синтезировать факторы защиты. В свою очередь антигены, влияющие на деструктивные процессы, обнаруживаются в сыворотке крови новорожденных в значительно превышающих нормативные значения концентрациях уже в первые сутки жизни [3].

В связи с этим большой интерес представляет изучение этих факторов и репаративных механизмов, определяющих течение и исходы гипоксии мозга у новорожденных детей, а также выбор

оптимальных программ реабилитации новорожденных, перенесших тяжелые гипоксические поражения.

Современные представления о механизмах нейронального повреждения при длительном или значительном действии таких повреждающих факторов, как гипоксия и ишемия, знание нейрорепаративных процессов при гипоксическом поражении мозга дает возможность применять в комплексных реабилитационных программах у детей первого года жизни нейропротекторные препараты. Особое место в ряду этих средств уделяется препаратам пептидной группы, обладающим универсальными, адекватными природе человеческого организма («адресность») свойствами, высокой органотропностью, минимальными побочными эффектами [4–7]. Вышеперечисленные факты определили актуальность, цели и задачи работы, результаты которой представлены ниже.

## Цель работы

Изучение эффективности применения Кортексина у доношенных новорожденных, перенесших гипоксическое поражение ЦНС. Препарат давно и успешно используется в детской неврологической практике [8–12]. Особенно эффективно его применение в те-



рапии нарушений психомоторного развития в группе доношенных детей, перенесших гипоксию. Во-первых, такие дети не всегда рассматриваются как находящиеся в группе риска формирования двигательных нарушений, что обусловлено их способностью хорошо компенсировать нарушения в 3–4-месячный период жизни, несмотря на тяжесть состояния при рождении. Второй момент, который в определенной степени является спорным, – это отсутствие морфологических маркеров повреждения мозга при проведении нейросонографии. В-третьих, выбранная группа доношенных детей позволяет четко сравнить развитие с нормативным.

Несомненно, что практикующие неврологи учитывают в реабилитационных программах у детей первого года жизни все симптомы, отрицательно влияющие на развитие (внутричерепная гипертензия, судорожные состояния и т. д.), поэтому в исследование включили только доношенных детей с определенными нарушениями, ведущим из которых стала задержка психомоторного развития.

#### Материалы и методы:

Под нашим наблюдением находилось 90 доношенных детей. Все дети родились от женщин с отягощенным акушерско-гинекологическим и соматическим анамнезом. Дети были разделены на 3 группы:

I группа – 30 детей, переживших хроническую внутриутробную гипоксию;

II группа – 30 детей, переживших острую гипоксию в родах;

III группа – 30 детей, переживших хроническую внутриутробную гипоксию и острую асфиксию в родах. Критерием отбора в группы явилось наличие клинической симптоматики и длительность воздействия гипоксического фактора. Все дети постоянно находились под наблюдением педиатра, невролога, офтальмолога. Всем наблюдаемым детям было неоднократно (в среднем 3 раза) проведено ультразвуковое исследование головного мозга (нейросонография, спектральная доплерография сосудов) и электроэнцефалография

(ЭЭГ). Исследования проводили по общепринятой методике. Для подтверждения морфологических изменений 21 ребенку с тяжелыми нарушениями развития проведена компьютерная томография головного мозга.

В оценке психомоторного развития (ПМР) применялась методика О. В. Баженовой, позволяющая получить комплексную характеристику психомоторного развития и проводить дифференциальный анализ на основе изучения отдельных групп реакций: двигательных, сенсорных, эмоциональных, голосовых, действий с предметами и способов взаимодействия со взрослыми. Каждая реакция характеризовалась 4 признаками (отсутствие, намеченность, несовершенная и совершенная форма), оцениваемыми по 3-балльной шкале (от 0 до 3). Суммы контрольных оценок вносились в карту обследования. Определялась степень нарушения по каждой из исследуемых сфер: легкая, сред-

няя, тяжелая. Методика позволяет определить начальный уровень нарушений у каждого ребенка и оценить динамику его состояния при использовании Кортексина.

#### Результаты исследования

В I группу вошли дети от матерей, имевших отягощенное течение беременности, но физиологические роды. В удовлетворительном состоянии родились 25 детей, 5 пациентов – в состоянии средней тяжести. Степень зрелости у 23 новорожденных соответствовала 36–37 неделям гестации, у 7 детей – 38–39 неделям. С оценкой по Апгар 7/8 баллов родились 22 ребенка, 8/9 – 6 детей, 7/7 – 2 ребенка. Частота внутриутробной гипотрофии составила 26,7%.

Во II группу вошли 30 детей, испытавших острую асфиксию в родах. 20 новорожденных родились в результате самостоятельных родов, 10 – оперативным путем. Все дети этой группы родились в состоянии средней тяжести (19) или

**Таблица 1. Частота внутриутробной гипотрофии, морфофункциональной незрелости и нарушений в неврологическом статусе в наблюдаемых группах в раннем неонатальном периоде (абс. чис., %)**

Выявленные нарушения	Группы					
	1		2		3	
	Абс. чис.	%	Абс. чис.	%	Абс. чис.	%
Внутриутробная гипотрофия	8	26,7	6	20	17	56,7
Морфофункциональная незрелость	23	76,7	7	23,3	20	66,7
Нарушения в неврологическом статусе	14	46,7	20	66,7	26	86,7

**Таблица 2. Изменения, выявленные при проведении нейросонографии в раннем неонатальном периоде (абс. чис., %)**

Выявленные нарушения	группы					
	1		2		3	
	Абс. чис.	%	Абс. чис.	%	Абс. чис.	%
Повышение эхогенности ПВО	25	83,3	26	86,7	30	100
Увеличение размеров желудочковой системы	4	13,3	7	23,3	10	33,3
Расширение наружных ликворных пространств	4	13,3	5	16,7	8	26,7
Субэпидимные кровоизлияния (СЭК)	1	3,3	4	13,3	3	13,3
Кисты сосудистых сплетений	2	6,7	2	6,7	2	6,7



Таблица 3. Характеристика ПМР и степени задержки в различных сферах у наблюдаемых детей (количество); (Л, С, Т- обозначения степени задержки – легкая, средняя, тяжелая)

Сферы ПМР	Группы																	
	1						2						3					
Полугодие	1			2			1			2			1			2		
	Степень нарушения																	
	Л	С	Т	Л	С	Т	Л	С	Т	Л	С	Т	Л	С	Т	Л	С	Т
Двигательная	16	4	0	4	2	0	20	6	4	10	4	1	12	9	9	20	5	5
Сенсорная	8	4	0	4	2	0	14	6	4	4	10	0	7	5	8	12	4	4
Эмоциональная	8	6	0	5	2	0	16	4	0	6	2	0	3	3	6	10	3	4
Голосовая	5	0	0	0	0	0	4	0	0	2	0	0	3	2	6	6	4	3
Действия с предметами	16	0	0	8	0	0	16	12	3	10	4	0	10	7	9	14	4	3
Взаимодействие со взрослыми	0	0	0	0	0	0	14	10	2	7	6	1	9	8	6	14	4	3

в тяжелом (11). Оценка по шкале Апгар ниже 4 баллов была у 4 новорожденных, у 2 – 5/7 баллов, у 15 – 6/7 баллов, у 9 пациентов – 7/8 баллов.

В III группе были дети, испытывавшие как хроническое, так и острое гипоксическое воздействие. В состоянии средней тяжести родились 24 ребенка, в тяжелом состоянии – 6.

Данные о раннем неонатальном периоде у новорожденных различных групп представлены в таблицах 1 и 2.

Реализация основных клинических нарушений в неврологическом статусе, как в раннем неонатальном периоде, так и в первом полугодии жизни, отмечалась у детей, испытывавших острую тяжелую асфиксию. Эти дети находились под очень тщательным наблюдением и осматривались неврологом не реже 1 раза в 3–4 недели. Трудность диагностики задержки развития у пациентов с хронической внутриутробной гипоксией (ХВГ) в анамнезе заключается в том, что в раннем неонатальном периоде

явная симптоматика неврологических нарушений может отсутствовать.

Во всех группах преимущественными сроками формирования нарушения ПМР были периоды со второго по пятый месяц жизни. Учитывая наличие и тяжесть задержки ПМР, назначался препарат Кортексин. Первичное назначение всегда осуществлялось в среднем в 2,5–3,5 месяца детям с острой гипоксией, у которых наблюдалась задержка развития не только в двигательной, но и в психоэмоциональной сфере. В 3,5–5,5 месяцев в среднем препарат впервые назначался пациентам, испытывавшим ХВГ, у которых формировалась задержка развития.

Кортексин назначали детям с легкой и средней степенью задержки психомоторного развития в дозе 0,5–1,0 мг/кг 1 раз в сутки в/м, курс лечения 10 дней. У детей с тяжелой степенью задержки ПМР, особенно при формировании отставания в психоэмоциональной сфере, препарат назначали в дозе 1 мг/кг в/м, курс лечения 10 дней. Необходимо отметить, что все дети в комплексной реабилитационной программе обязательно получали также массаж, гимнастику, плавание, при необходимости – курсы физиотерапии.

Повторный курс препарата назначался пациентам с тяжелой степенью нарушения ПМР, а также всем детям со средней степенью задержки в формировании психоэмоционального компонента

развития и пациентам с низкой возможностью компенсации выявленных нарушений.

В I группе в первом полугодии препарат получали 20 детей, во втором – 6. Во II группе в первом полугодии Кортексин назначали всем пациентам, во втором полугодии – 20. В III группе все дети получали препарат дважды за год наблюдения.

Исследование ПМР выявило различия в оценках как в количественном, так и в качественном отношении (табл. 3).

Из полученных данных видно, что самые тяжелые как в количественном, так и в качественном отношении изменения были отмечены у детей III группы. Это связано со слабыми компенсаторными возможностями пациентов, перенесших как внутриутробную гипоксию, так и острую асфиксию в родах.

Учитывая особенности нарушения психомоторного развития, можно заключить, что в первой группе преобладали нарушения двигательного развития в легкой и среднетяжелой степени, хорошо поддающиеся медикаментозной коррекции. Во второй группе наряду с этими нарушениями отмечались и тяжелые формы задержки развития, в основном за счет двигательного компонента. В третьей же группе формировались самые тяжелые нарушения ПМР – с задержкой не только двигательного, но и когнитивного, эмоционального развития, приводящей

*Необходимо отметить, что все дети в комплексной реабилитационной программе обязательно получали также массаж, гимнастику, плавание, при необходимости – курсы физиотерапии.*

# КОРТЕКСИН® ДЛЯ ДЕТЕЙ

*Восстановление  
природных  
возможностей!*



РУ №ЛСР-003190/09 от 27.04.2009

## Показания к применению:

- сниженная способность к обучению
- когнитивные нарушения (расстройства памяти и мышления)
- задержка психомоторного и речевого развития у детей
- астенические состояния
- энцефалопатии различного генеза
- эпилепсия
- черепно-мозговая травма и ее последствия
- детский церебральный паралич
- нарушения мозгового кровообращения
- острые и хронические энцефалиты и энцефаломиелиты



**ГЕРОФАРМ**  
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ

Телефон горячей линии: 8-800-333-4376  
(звонок по России бесплатный)

[www.geropharm.ru](http://www.geropharm.ru)



*Динамическое наблюдение, лечебная коррекция с помощью Кортексина позволили компенсировать нарушения ПМР у очень многих из наблюдаемых детей.*

к затруднениям в ситуационно-личностном общении.

Несомненно, назначение Кортексина в ранние сроки привело к компенсации имеющихся изменений у пациентов всех групп. Важно отметить, что ни у одного пациента не было отмечено каких-либо побочных эффектов при приеме препарата. Однако выявленные у некоторых детей изменения на НСГ потребовали уточнения картины морфологических изменений в головном мозге, для чего 21 ребенку было проведено МРТ (15 пациентам из III группы и 9 из II группы). Были выявлены следующие изменения: у 8 детей в III группе и у 3 во II – перивентрикулярная лейкомаляция (ПВЛ), у 10 – лейкопатия. Необходимо отметить, что небольшие кисты, как перивентрикулярные, так и субкортикальные, отмеченные в раннем неонатальном периоде, в дальнейшем при проведении НСГ зачастую очень трудно выявить. У 10 пациентов также отмечались умеренные расширения наружных ликворных пространств атрофического характера.

*Литература*  
→ 55 с.

Таким образом, структурные изменения, обусловившие формирование грубой задержки ПМР, были доказаны. Однако динамическое наблюдение, лечебная коррекция с помощью Кортексина позволили компенсировать нарушения ПМР у очень многих из наблюдаемых детей. У всех пациентов первой группы формирующаяся задержка ПМР была полностью компенсирована. С исходом в ДЦП во II группе было 2 детей, в III – 4. При этом у всех этих детей была выявлена ПВЛ, а при рождении зафиксирована оценка по Апгар менее 4 баллов. Грубая задержка в психоэмоциональной сфере отмечалась у 4 детей. У остальных детей наблюдались темповые задержки развития к концу первого года жизни, в основном в двигательной сфере. Программа реабилитации этих пациентов продолжалась в среднем до 1,5 лет.

**Выводы**

1. Наиболее актуальной проблемой при динамическом наблюдении доношенных детей, перенесших хроническую внутриутробную гипоксию и острую асфиксию в родах, на первом году жизни является нарушение психомоторного развития. Самыми тяжелыми из таких пациентов, как правило, бывают дети с сочетанием хронического кислородного голодания и острого страдания в родах.

2. Необходимо комплексное обследование каждого ребенка перед назначением реабилитационных мероприятий: оценка данных внутриутробного развития, родов, особенностей течения неонатального периода, консультация врачей-специалистов, проведение НСГ, ЭЭГ, ДГ.
3. В работе показана высокая эффективность Кортексина при проведении реабилитационной терапии у доношенных детей в различных группах. Доказано положительное влияние препарата на компенсацию постгипоксических изменений и задержку психомоторного развития.
4. Несмотря на имеющиеся морфологические структурные изменения, детям, перенесшим гипоксическое поражение, при первых признаках формирования задержки ПМР необходимо назначать препарат Кортексин. Это позволяет значительно сократить сроки реабилитации.
5. У пациентов с формированием среднетяжелой и тяжелой степени задержки ПМР препарат необходимо назначать дважды в год.
6. Кортексин отличается хорошей переносимостью.
7. В терапии рассматриваемой патологии назначение короткого курса лечения Кортексином является предпочтительным по сравнению с другими препаратами этой фармакологической группы. 

*медиа*



ГУ ДПО Российская  
медицинская академия  
последипломного  
образования,  
Москва<sup>[1]</sup>  
МСЧ ГУП МосНПО  
«Радон»<sup>[2]</sup>  
МУЗ ГДП №4  
Подольск<sup>[3]</sup>

# Оценка эффективности повторных профилактических и лечебных курсов анаферона детского для разработки рациональных схем применения при ОРВИ у детей

А.Л. Заплатников<sup>[1]</sup>, Г.А. Мингалимова<sup>[2]</sup>, В.И. Далечин<sup>[2]</sup>, Т.Н. Носкова<sup>[3]</sup>,  
Л.М. Шамрай<sup>[3]</sup>, Н.В. Кароид<sup>[1]</sup>, Н.С. Глухарева<sup>[1]</sup>, А.А. Гирина<sup>[1]</sup>

Доказано, что частые ОРВИ могут неблагоприятно влиять на состояние здоровья детей, снижая их защитно-адаптационные возможности и способствуя формированию хронических очагов инфекции. В ряде случаев рекуррентные респираторные инфекции могут приводить к социальной дезадаптации и снижению качества жизни в целом [3, 5–7]. Немаловажен и тот факт, что частые ОРВИ связаны со значительными материальными затратами. Учитывая серьезность медицинских, социальных и экономических аспектов данной проблемы, вопросам разработки эффективных методов профилактики ОРВИ и гриппа у детей по-прежнему уделяется самое пристальное внимание [3–8].

Общепризнано, что добиться снижения уровня заболеваемости острыми респираторными инфекциями и гриппом можно только при выполнении целого комплекса мероприятий, включающих строгое соблюдение противоэпидемических мероприятий, рациональный режим дня, полноценную диету, санацию очагов хронической инфекции, адекватное лечение сопутствующих заболеваний, закаливание, регулярные занятия физкультурой, рациональное использование поливитамино-микроэлементных

комплексов, а также иммунопрофилактику [3–5].

При этом доказано, что среди иммунопрофилактических методов наиболее результативным способом предупреждения инфекционных заболеваний является вакцинация. Однако активная специфическая иммунопрофилактика острых респираторных вирусных инфекций в настоящее время представлена только прививками против гриппа. Поэтому для предупреждения ОРВИ негриппозной этиологии активно используются различные неспецифические иммунопрофилактические лекарственные средства (иммуномодуляторы) [3–5, 8, 9].

Надо отметить, что в последние годы наблюдается учащение случаев нерационального использования иммуномодуляторов как в профилактических, так и в лечебных целях. Наиболее ярко это проявляется при анализе назначений, осуществляемых педиатрами для лечения и профилактики ОРВИ у детей, посещающих ДДУ. Так, бесконтрольное и необоснованное применение иммуномодуляторов у часто болеющих детей было отмечено нами в 31,8% [10]. При этом дети с рекуррентными респираторными инфекциями нередко получали сразу несколько иммуномодулирующих средств. Было установлено, что в ряде случаев с профилак-

*Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) и грипп в педиатрической практике по-прежнему являются самыми распространенными заболеваниями, на долю которых у детей приходится до 90% всей инфекционной патологии. Известно, что наиболее часто ОРВИ развиваются у детей, посещающих детские дошкольные учреждения (ДДУ) – именно эта категория детей характеризуется частым возникновением повторных эпизодов ОРВИ (рекуррентные инфекции)*

тической целью рекомендуются одновременные или последовательные курсы иммуномодуляторов с одинаковой фармакодинамикой. Помимо этого детям, планомерно получающим неспецифические

*Среди иммунопрофилактических методов наиболее результативным способом предупреждения инфекционных заболеваний является вакцинация.*



*Выбор препарата определялся совокупностью фармакологических свойств, позволяющих применять его повторными профилактическими и лечебными курсами, гибко меняя схему и осуществляя перевод ребенка с профилактической на лечебную и с лечебной – на профилактическую схемы приема.*

иммунопрофилактические препараты, в период развития очередного эпизода ОРВИ зачастую дополнительно назначают иммуномодуляторы.

С учетом вышесказанного мы исследовали возможность снижения полипрагмазии путем применения одного и того же препарата как для профилактики, так и для лечения [11, 12]. Выбор препарата определялся совокупностью фармакологических свойств, позволяющих применять его повторными профилактическими и лечебными курсами, гибко меняя схему и осуществляя перевод ребенка с профилактической на лечебную и с лечебной – на профилактическую схемы приема.

В качестве иммуномодулятора, который использовали как для предупреждения, так и для лечения ОРВИ, был выбран индуктор эндогенного интерферона (ИФН) – Анаферон детский [9]. Анаферон детский характеризуется гибким влиянием на синтез эндогенных интерферонов (ИФН- $\alpha$  и ИФН- $\gamma$ ). Так, при лечебном применении в первые 2–3 суток он повышает индуцированную продукцию и сывороточный уровень обоих интерферонов, а к моменту выздоровления приводит к норме содержание ИФН- $\alpha$  и ИФН- $\gamma$  в сыворотке (полная корреляция с клиническим выздоровлением) при сохранении способности кле-

ток к индуцированной продукции ИФН (характеристика резервов системы интерферона). Следует отметить, что, нормализуя сывороточные уровни ИФН- $\alpha$  и ИФН- $\gamma$ , Анаферон детский предотвращает истощение клеток – продуцентов интерферонов. При профилактическом применении Анаферона детского отмечается повышение преимущественно индуцированной продукции ИФН (- $\alpha$  и - $\gamma$ ), более выраженное у детей с исходно сниженной способностью к выработке ИФН [13]. В последнее время с помощью проточной цитофлюориметрии и радиолигандного метода было показано, что помимо гибкого влияния на синтез эндогенных ИФН Анаферон детский увеличивает число лимфоцитов, несущих рецепторы к интерферону на лимфоцитах (CD-119+), повышает экспрессию рецепторов и более чем на 50% увеличивает количество молекул ИФН- $\gamma$ , связанных с рецепторами за счет восстановления эффективности лиганд-рецепторного взаимодействия [13, 14].

В связи с тем, что противовирусное действие Анаферона реализуется через интерфероны, нет оснований для формирования резистентных штаммов к данному препарату при повторных курсах [15]. Вместе с тем способность Анаферона обеспечивать максимальную реализацию эффектов интерферона без избыточной стимуляции его продукции (за счет увеличения эффективности связывания интерферона с рецепторами) позволяет применять Анаферон довольно продолжительными курсами (максимальная продолжительность курса Анаферона составляет 3 месяца) [13]. Особо следует отметить, что иммунологическая эффективность препарата сопровождается поло-

жительной клинической динамикой при ОРВИ у детей, склонных к частым повторным ОРВИ, что было продемонстрировано в целом ряде работ [16–23].

Исследование, посвященное оценке эффективности и безопасности повторных лечебных и профилактических курсов Анаферона у детей, склонных к частым повторным ОРВИ и посещающих детские дошкольные учреждения (ДДУ) г. Подольска и пос. Новый Сергиево-Посадского р-на Московской области, проводилось в 2 этапа (в течение двух эпидсезонов с декабря 2007 по март 2009 года). Исследование было организовано как проспективное рандомизированное открытое сравнительное многоцентровое. В исследование включались дети, соответствующие ряду критериев (возраст от 1 года до 5 лет, посещение ребенком ДДУ не менее 5 дней в неделю, отсутствие указаний на применение иммуномодуляторов и/или противовирусных лекарственных средств в последние 4 недели перед включением в данное исследование, наличие добровольного информированного согласия, подписанного родителями или другими представителями ребенка). Анаферон для профилактики применялся по следующей схеме: 1 таблетка 1 раз в сутки сублингвально (дети младше 3 лет принимали внутрь раствор 1 таблетки в 10–15 мл питьевой воды). С учетом особенностей функционирования ДДУ профилактический прием Анаферона детского осуществлялся 5 раз в неделю (с понедельника по пятницу) с перерывом на выходные (когда дети находились в домашних условиях весь день). Продолжительность каждого профилактического курса составляла 3 месяца. Для лечения препарат применяли по стандартной схеме: в первые сутки лечения по 1 таблетке 8 раз (в первые 2 часа – прием каждые 30 минут – 5 приемов, а затем – по 1 таблетке 3 раза через равные промежутки времени до наступления ночного сна), а начиная со второго дня – по 1 таблетке 3 раза в сутки – до выздоровления. Лечебные курсы назначались

*В связи с тем, что противовирусное действие Анаферона реализуется через интерфероны, нет оснований для формирования резистентных штаммов к данному препарату при повторных курсах.*



при каждом ОРВИ, развивавшемся в период проведения профилактического курса.

В ходе выполнения исследования оценивали частоту развития ОРВИ (в том числе и повторных эпизодов) в группах, а также среднюю продолжительность ОРВИ в группе, длительность лихорадочного периода, частоту развития бактериальных осложнений и ряд других показателей. Для оценки эффективности лечебных курсов сравнивали среднюю продолжительность первого и второго эпизодов в обеих группах и частота применения антибиотиков во время терапии первого и второго эпизода ОРВИ в группе.

Первый этап исследования проводился в период с декабря 2007 по март 2008 года. Всего в ДДУ находилось под наблюдением 232 ребенка. В соответствии с критериями включения и другими требованиями протокола в исследование было рекрутировано 180 детей, которые методом простой рандомизации были распределены на 2 группы. Дети основной группы получали для профилактики и лечения ОРВИ и гриппа Анаферон детский. Дети контрольной группы для тех же целей получали традиционный гомеопатический препарат (Оциллококцидум). При проверке соответствия обязательных параметров требованиям протокола исследования (сроки начала и продолжительность приема препаратов, правильность заполнения индивидуальной регистрационной карты и т.п.) ряд детей основной группы и группы сравнения были исключены из анализа полученных данных. Таким образом, в окончательный анализ вошли данные, полученные от 161 ребенка. Краткая характеристика первого этапа представлена в таблице 1.

В период с ноября 2008 по февраль 2009 года проводился второй этап исследования. В ходе данного этапа в ДДУ г. Подольска были сформированы 3 группы: дети группы сравнения (n=35) получали первый курс профилактики анафероном детским; дети

**Таблица 1. Характеристики групп, вошедших в первый этап исследования (период наблюдения: декабрь 2007 – март 2008)**

Параметр	Основная группа	Группа сравнения
Численность	95	66
Средний возраст, лет (M±m)	3,5±0,09	3,2±0,12
Доля мальчиков (%)	49	45
Продолжительность максимального профилактического приема препарата (нед.)	12	6
Схема стандартного профилактического приема	указана в тексте	Прием 1 дозы 1 раз в неделю. Сублингвально, (детям младше 3 лет – в растворе)
Схема стандартного лечебного приема	указана в тексте	1–е сутки: прием 1 дозы 3 раза в день с интервалом 6 часов; 2–4 сутки лечения – по 1 дозе 2 раза в день

**Таблица 2. Характеристики групп, вошедших во второй этап исследования (период наблюдения: ноябрь 2008 – февраль 2009)**

Параметр	Основная группа	Группа сравнения	Группа контроля
Численность	50	75	16
Средний возраст, лет (M±m)	3,9±0,14	3,31±0,14	3,9±0,24
Доля мальчиков (%)	49	45	43
Продолжительность максимального профилактического приема анаферона детского (нед.)	12 (повторный)	12 (первичный)	- (не получали)

группы контроля (n=16) не получали для профилактики и для лечения иммуномодулирующих и/или противовирусных препаратов вследствие отказа родителей; вместе с тем, их родители выразили согласие на участие детей в исследовании в составе группы контроля; таким образом, дети данной группы не получали никакие препараты с целью профилактики, но наблюдались врачом-исследователем согласно протоколу; для лечения ОРВИ дети контрольной группы получали стандартный комплекс симптоматических и патогенетических препаратов). В ДДУ пос. Новый все дети были распределены в две группы – основную

и сравнения (см. выше). В связи с тем, что ни один законный представитель детей не выразил отказ от приема Анаферона детского, в этих ДДУ не удалось сформировать группу контроля.

В общей сложности, после оценки соответствия полученных данных всем необходимым критериям, для анализа эффективности были взяты данные от 141 ребенка из ДДУ обоих населенных пунктов. Краткая характеристика групп представлена в таблице 2.

Анализ эффективности повторных профилактических курсов Анаферона детского проводился с использованием данных, собранных в результате второго этапа исследования. Основным

*При проверке соответствия обязательных параметров требованиям протокола исследования (сроки начала и продолжительность приема препаратов, правильность заполнения индивидуальной регистрационной карты и т. п.) ряд детей основной группы и группы сравнения были исключены из анализа полученных данных.*



**Таблица 3. Эффективность повторных профилактических курсов анаферона детского в отношении заболеваемости детей ОРВИ (период наблюдения: ноябрь 2008 – февраль 2009)**

Показатели	Основная группа (n=17)	Группа сравнения (n=35)	Группа контроля (n=16)	Значение p
Число детей, ни разу не заболевших ОРВИ абс. (%)	12 (70,6%) <sup>1</sup>	9 (25,7%)	2 (12,5%)	p=0,001 <sup>1*</sup>
Продолжительность ОРВИ, дни	9,0±0,7 <sup>1</sup>	9,2±1,8 <sup>2</sup>	14,6±1,18	p<0,05 <sup>1,2#</sup>
Число эпизодов ОРВИ с лихорадкой абс. (%)	1 (20%) <sup>1</sup>	10 (28,6%)	16 (87,5%)	p<0,05 <sup>1,3</sup>
Частота бактериальных осложнений и назначений антибиотиков абс. (%)	0 <sup>1</sup>	8 (22,8%) <sup>2</sup>	7 (43,8%)	p<0,01 <sup>1,3</sup> p<0,04 <sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> – различия показателей при сравнении у детей основной и контрольной групп – значимы

<sup>2</sup> – различия показателей при сравнении у детей группы сравнения и контрольной группы – значимы

\* – 2-х сторонний критерий Фишера

# – 2-х сторонний точный U-критерий Манна-Уитни

<sup>3</sup> – Z-тест

**Таблица 4. Эффективность повторных лечебных курсов анаферона при ОРВИ у детей (период наблюдения: декабрь 2007 по март 2008)**

Временная характеристика эпизода ОРВИ	Группа (n = число наблюдений)	Продолжительность, дни (M±m)	Значение p
Первый ОРВИ	основная	8,4±0,37	p<0,05 <sup>1</sup>
	сравнения	10,2±0,75	
Повторный (второй) эпизод ОРВИ	основная	6,4±0,29	p<0,001 <sup>1</sup>
	сравнения	10,4±0,89	
Первый ОРВИ	основная	8,4±0,37	p=0,02 <sup>2</sup>
		6,4±0,29	
Первый ОРВИ	сравнения	10,2±0,75	p>0,05
		10,4±0,89	

<sup>1</sup> – различия показателей при сравнении у детей и группы сравнения контрольной группы – значимы (T-критерий для независимых выборок)

<sup>2</sup> – различия показателей при сравнении у детей основной группы внутри группы сравнения и контрольной группы – значимы (T-критерий).

**Таблица 5. Эффективность повторных лечебных курсов анаферона при ОРВИ у детей (период наблюдения: ноябрь 2008 по февраль 2009)**

Временная характеристика эпизода ОРВИ	Группа (n = число наблюдений)	Продолжительность Ме (Q1 - Q3)	Значение p
Первый ОРВИ	объединенная (n=81)	8,0 (5,0 - 11,0)	<0,001 <sup>1</sup>
	контрольная (n=12)	14,2 (13,5 - 18,0)	
Повторный (второй) эпизод ОРВИ	объединенная (n=33)	7,0 (6,0 - 9,0)	0,003 <sup>1</sup>
	контрольная (n=11)	15,0 (8,0 - 20,0)	
Первый ОРВИ	объединенная	8 (5,0 - 11,0)	>0,05
		7 (6,0 - 9,0)	
Первый ОРВИ	контрольная	14,2 (13,5 - 18,0)	>0,05
		15,0 (8,0 - 20,0)	

<sup>1</sup> – различия показателей при сравнении между группами – значимы (U-критерий)

критерием оценки являлась частота возникновения ОРВИ, которая сравнивалась в группах за один и тот же период наблюдения (в течение 3 месяцев, начиная с ноября 2008 года).

В настоящей статье приводятся результаты оценки эффективности повторных профилактических курсов Анаферона среди детей г. Подольска. Анализ полученных результатов исследования убедительно показал, что при повторном применении Анаферона детского профилактическая эффективность препарата не снижается (таблица 3). Так, если в основной группе подавляющее большинство детей (70,6%) ни разу не заболели ОРВИ в течение периода наблюдения, то в группе контроля здоровым оставался только 1 из 4 детей (p<0,01). При этом среди детей, получавших повторный курс Анаферона детского и заболевших ОРВИ, ни в одном случае не было отмечено рекуррентных инфекций – у всех заболевших детей основной группы имел место только 1 эпизод ОРВИ, тогда как в группе контроля у 94,1% детей отмечали 2 и более случаев заболевания (p<0,05).

Оценку эффективности лечебных курсов Анаферона детского проводили путем сравнения продолжительности течения первого и повторного (второго) ОРВИ как в первый период исследования (сравнение проводили между Анафероном детским и Оциллококцинумом), так и во второй период (сравнение проводили с аналогичными показателями группы контроля).

При сравнении продолжительности первого и повторного ОРВИ внутри группы и между группами в период с декабря 2007 по март 2008 года были получены следующие результаты (см. таблицу 4). При оценке эффективности повторных лечебных курсов Анаферона на втором этапе исследования продолжительность первого и второго эпизода ОРВИ сравнивалась между объединенной группой (получена в результате слияния основной группы и группы сравнения) и контрольной группой, не получавшей препарат (таблица 5).

# анаферон

ПРОТИВОВИРУСНЫЙ ПРЕПАРАТ  
С ИМУННОМОДУЛИРУЮЩИМИ  
СВОЙСТВАМИ

- Лечение и профилактика ОРВИ и всех видов гриппа
- Для взрослых и детей, в том числе младшего возраста (с 1 месяца)
- Регулирует продукцию и активность интерферонов -альфа, -гамма
- Активизирует ключевые звенья защиты от инфекций



**Действующее вещество – антитела к гамма-интерферону в сверхмалых дозах**

АНАФЕРОН детский – Рег. уд. ЛС Р N000372/01  
АНАФЕРОН – Рег. уд. ЛС Р N003362/01  
Отпускается в аптеках без рецепта врача

materia  medica

Новый путь к здоровью!

ООО «НПФ «Материя Медика Холдинг»

Тел./факс (495) 684-43 33

Россия, 127473, г. Москва, 3-ий Самотечный пер., дом 9

[www.materiamedica.ru](http://www.materiamedica.ru)

[www.anaferon.ru](http://www.anaferon.ru)

Лицензия № 99-04-000422 от 10.12.07



*Для повышения эффективности используемых схем может использоваться гибкая трансформация режимов дозирования Анаферона с переводом ребенка с профилактической на лечебную схемы применения и возобновлением профилактического режима приема после завершения лечения.*

Как видно из приведенных результатов, продолжительность и первого и второго ОРВИ под влиянием лечебного применения Анаферона детского значительно ниже, чем аналогичные показатели в группе контроля, причем и в первом, и во втором случае различия имеют высокую статистическую значимость ( $p < 0,001$  и  $p < 0,003$  соответственно). При сравнении продолжительности второго и первого эпизодов ОРВИ в объединенной группе не было выявлено увеличение данного показателя и даже наблюдалась незначительная тенденция к его сокращению (с 8 до 7 суток). В контрольной

группе была выявлена обратная тенденция (увеличение продолжительности заболевания с 14 до 15 суток, однако ни в первом, ни во втором случае эти изменения не обладали статистической значимостью).

Следует отметить, что при приеме продолжительных профилактических курсов Анаферона детского, в том числе повторных профилактических курсов, а также при применении препарата повторными лечебными курсами дети не предъявляли каких-либо жалоб, не было зарегистрировано развития нежелательных реакций, имевших связь с приемом Анаферона.

Таким образом, результаты проведенного исследования убедительно демонстрируют возможность формирования рациональных схем применения Анаферона для лечения и профилактики ОРВИ у детей. Установлено, что при повторном использовании Анаферона детского эффективность как лечебных, так и профилактических курсов применения препарата не снижается. Для повышения эффективности используемых схем может использоваться гибкая трансформация режимов дозирования Анаферона с переводом ребенка с профилактической на лечебную схему применения и возобновлением профилактического режима приема после завершения лечения. Применяемый повторно курсами, Анаферон характеризуется высокой клинико-профилактической эффективностью и хорошей переносимостью, что позволяет достоверно снижать заболеваемость острыми респираторными инфекциями и благоприятно влияет на течение ОРВИ. ✨

*Литература*  
→ 55 с.

*медиа*



## В. М. Делягин.

Применение энтеросорбентов Фильтрум-Сти и Фильтрум-Сафари в комплексном лечении ротавирусной инфекции у детей

1. Румянцев А. Г. Профилактика и контроль инфекционных заболеваний в первичном звене здравоохранения. М.: Медпрактика-М, 2007. 824 с.
2. Nguyen D. Pediatrics, Rotavirus//eMedicine, Last Updated 2009. <http://emedicine.medscape.com/article/803885-overview>.
3. Illing S., Claßen M. Klinikleitfaden Pädiatrie. München: Urban & Fischer, 2009. 816 s.
4. Dennehy P., Cortese M., Begue R. et al. A case-control study to determine risk factors for hospitalization for rotavirus gastroenteritis in U.S. children // *Pediatr. Infect. Dis. J.* 2006. Vol. 25. P. 1123–1131.
5. Newman R., Grupp-Phelan J., Shay D. et al. Perinatal risk factors for infant hospitalization with viral gastroenteritis // *Pediatrics*. 1999. Vol. 103. E3.

6. Gilger M., Matson D., Conner M. et al. Extraintestinal rotavirus infections in children with immunodeficiency // *J. Pediatr.* 1992. Vol. 120. P. 912–917.
7. Cortese M., Parashar U. Prevention of rotavirus gastroenteritis among infants and children: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) // *MMWR Recomm. Rep.* 2009. Vol. 58. P. 1–25.
8. Новокиёнов А. А., Соколова Н. В., Бережкова Т. В., Сахарова А. А. Клиническая эффективность нового энтеросорбента в комплексной терапии острых кишечных инфекций вирусной этиологии // *Лечащий врач*. 2009. № 7. С. 1–4.

## Е. Ю. Радциг.

Кашель и противокашлевые лекарственные средства

1. R. H. Colton, J. A. Casper, R. Leonard. Bylstrstanding voice problem. Lippincott Williams & Wilkins, 2006. P. 88.
2. <http://www.apteka.ua/article/51308>
3. R. T. Sataloff. Treatment of voice disorders. Oxford: Plural publishing Inc, 2005. P. 147–167.

4. A. L. Merati, S. A. Bielamowicz. Textbook of voice disorders. Oxford: Plural publishing Inc, 2007. P. 79–91.
5. Е. Ю. Радциг, М. П. Богомильский. Кашель у детей: этиология, диагностический алгоритм и способы лечения.

## Е. Ю. Маркова.

Особенности лечения воспалительных заболеваний глаз у детей.

1. Вохмяков А. В., Околов И. Н., Гурченко П. А. Выбор оптимального антибиотика для профилактики инфекционных осложнений в офтальмохирургии (обзор литературы) // *Клиническая офтальмология*. 2007. Т. 8. № 1. С. 37–40.
2. Карно О. И. Комплаенс антибиотикотерапии инфекций дыхательных путей // *Антибиотики и химиотерапия*. 1999. № 8. С. 44.
3. Майчук Ю. Ф., Козлов П. С. Инфекции глаз. В кн.: Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. Под ред. Л. С. Страчунского, Ю. Б. Белоусова, С. Н. Козлова. 2007. С. 266–72.
4. Многоцентровое микроследование резистентности к антибиотикам бактериальных возбудителей инфекционных заболеваний глаз в России (ВИЗА). Отчет 2008.
5. Околов И. Н., Кафтырева Л. А. Резистентность коагулазанегативных стафилококков, выделенных от больных с конъюнктивитами, к антибактериальным препаратам // *Новое в офтальмологии*. 2006.-№ 4. С. 34–36.
6. Околов И. Н., Никулин С. А. Микрофлора конъюнктивы пациентов перед рефракционными операциями и ее антибиотикорезистентность. «Лазерная рефракционная и интраокулярная хирургия». Всеросс. науч. конф. с междунар. участием, посвященная 20-летию Санкт-Петербургского филиала МНТК «Микрохирургия глаза». Санкт-Петербург, 6–7 июля 2007. Тезисы докладов. СПб, 2007. С. 50–51.
7. Alves M. R., Kara J. N. Evaluation of the clinical and microbiological efficacy of 0.3% ciprofloxacin drops and 0.3% tobramycin drops in the treatment of acute bacterial conjunctivitis // *Rev. Bras. Oftalmol.* 1993. № 52. P. 371–377.
8. Buccia F. A. Jr. An in vivo study comparing the ocular absorption of levofloxacin and ciprofloxacin prior tophacoemulsification // *Amer. J. Ophthalmol.* 2004. Vol. 137. № 2. P. 308–12.
9. Chahita M. R. et al. Shifting trends in in vitro antibiotic susceptibilities for common ocular isolates during a period of 15 years // *Amer. J. Ophthalmol.* 2004. Vol. 137. № 1. P. 43–51.
10. Durmaz B., Marol S., Oram O., Hepsen I. F., Gunal S. Aqueous humor penetration of topically applied ciprofloxacin, ofloxacin and tobramycin // *Arzneimittelforschung*. 1997. Vol. 47. № 4. P. 413–5.
11. Egger S. F. et al. In vitro susceptibilities to topical antibiotics of bacteria isolated from the surface of clinically symptomatic eyes // *Ophthalmic Res.* 2001. Vol. 33.

- № 2. P. 117–20.
12. Everett S. L. et al. An in vitro comparison of the susceptibilities of bacterial isolates from patients with conjunctivitis and blepharitis to newer and established topical antibiotics // *Cornea*. 1995. Vol. 14. № 4. P. 382–7.
13. Gilbert M. L., Wilhelmus K. R., Osato M. S. Comparative bioavailability and efficacy of fortified topical tobramycin // *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci.* 1987. Vol. 28. № 5. P. 881–5.
14. Graves A., Henry M., O'Brien T. P. et al. In vitro susceptibilities of bacterial ocular isolates to fluoroquinolones // *Cornea*. 2001. Vol. 20. № 3. P. 301–305.
15. Gross R. D., Hoffman R. O., Lindsay R. N. A Comparison of Ciprofloxacin and Tobramycin in Bacterial Conjunctivitis in Children // *Clinical Pediatrics*. 1997. Vol. 36. № 8. P. 435–444.
16. Healy D. P., Holland E. J. et al. Concentrations of levofloxacin, ofloxacin, and ciprofloxacin in human corneal stromal tissue and aqueous humor after topical administration // *Cornea*. 2004. Vol. 23. № 3. P. 255–63.
17. Kernt K., Martinez M. A., Bertin D., Stroman D., Cupp G., Martinez C., Tirado M., Guasch J. International Tobrex 2 x Group (Eu). A clinical comparison of two formulations of tobramycin 0.3% eyedrops in the treatment of acute bacterial conjunctivitis // *Eur. J. Ophthalmol.* 2005. Vol. 15. № 5. P. 541–9.
18. Kirsch L. S. et al. Perioperative ofloxacin vs. tobramycin: efficacy in external ocular adnexal sterilization and anterior chamber penetration // *Can. J. Ophthalmol.* 1995. Vol. 30. № 1. P. 11–20.
19. Koss M. J. et al. The effectiveness of the new fluoroquinolones against the normal bacterial flora of the conjunctiva // *Ophthalmology*. 2007. Vol. 104. № 1. P. 21–7.
20. Logiewa-Toborek J. et al. Influence of the surgical technique and the perioperative prophylaxis on the incidence of the endophthalmitis. Book of abstracts. XXV Congress of the ESCRS. 8–12 September 2007. P. 84
21. Leibowitz H. M. et al. Tobramycin in external eye disease: a double-masked study vs. gentamicin // *Curr. Eye Res.* 1981. Vol. 1. № 5. P. 259–66.
22. Matsumoto S., Stern M. E. Effect of anti-infective ophthalmic solutions on corneal cells in vitro // *Adv. Ther.* 2000. Vol. 17. № 3. P. 148–51.
23. Yao K., Zhang Z., Yang Y. H., Wu X. D. Aqueous humor penetration of topically applied ofloxacin, ciprofloxacin and tobramycin // *Zhonghua Yan Ke Za Zhi*. 2003. Vol. 39. № 12. P. 736–9.



**Д.Ю. Овсянников**

Современные представления об аллергическом рините у детей

1. Bousquet J, Van Cauwenberge P, Khaltaev N. Allergic rhinitis and its impact on asthma // J. Allergy Clin. Immunol. 2001. Vol. 108. Suppl. 5. P. 147–334.
2. Аллергический ринит у детей. Пособие для врачей. М., 2002. 80 с.
3. Blackwell D.L., Tonthat L. Summary health statistics for U.S. children: National Health Interview Survey, 1999 // Vital Health Stat. 2003. Vol. 10. P. 1–50.
4. Аллергический ринит и его влияние на астму – Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA), 2008 г. // Российский аллергологический журнал (приложение). 2010. С. 215.
5. Church M.K., Maurer M., Simons F.E.R., Bindslev-Jensen C., van Cauwenberge P., Bousquet J., Holgate S.T., Zuberbier T. Risk of first-generation H1-antihistamines: a GA2LEN position paper // Allergy. 2010. Vol. 65. P. 459–466.
6. Рикетти Э.Д. Аллергический ринит // Паттерсон Р., Грэммер Л.К., Гринбергер П.А. Аллергические болезни: диагностика и лечение. М.: ГЭОТАР, 2000. С. 168–193.
7. Ненашева Н.М. Аллергический ринит. // Клиническая аллергология и иммунология: руководство для практических врачей / Под ред. Л.А. Горячкиной и К.П. Кашкина. М.: Миклош, 2009. С. 118–134.
8. Veraksa A., Del Campo M., McGinnis W. Developmental patterning genes and their conserved functions: from model organisms to humans // Mol. Genet. Metab. 2000. № 69. P. 85–100.
9. Гуцин И.С., Ильина Н.И., Польшер С.А. Аллергический ринит (пособие для врачей). М., 2002. 72 с.
10. Calderon-Zapata M.A., Davies R.G. Treatment and management of allergic rhinitis. In: Allergy and Allergic Diseases / Ed. by A.B. Kay. Oxford: Blackwell Sci. 1997. Vol. 2. P. 1327–1346.
11. Cauwenberge P, Bachert C, Passalacqua G. et al. Consensus statement on treatment of allergic rhinitis // Allergy. 2000. № 55. P. 116–134.
12. Шабалов Н.П. Детские болезни. Т. 1. СПб: Питер, 2008. 562 с.
13. Nickel R., Illi S., Lau S., Sommerfeld C., Bergmann R., Kamin W. et al. Variability of total serum immunoglobulin E levels from birth to the age of 10 years. A prospective evaluation in a large birth cohort (German Multicenter Allergy Study) // Clin. Exp. Allergy. 2005. № 35. P. 619–623.
14. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы (пересмотр 2002 г.) / Под ред. А.Г. Чучалина. М.: Атмосфера, 2002. 160 с.
15. Taramarcas P, Gibson P. Intranasal corticosteroids for asthma control in people with coexisting asthma and rhinitis // Cochrane Database Syst. Rev. 2003. № 4. CD003570.
16. Dahl R., Nielsen L.P., Kips J., Foresi A., Cauwenberge P., Tudoric N. et al. Intranasal and inhaled fluticasone propionate for pollen-induced rhinitis and asthma // Allergy. 2005. № 60. P. 875–881.
17. Shekelle P.G., Woolf S.H., Eccles M., Grimshaw J. Clinical guidelines: developing guidelines // BMJ. 1999. № 318. P. 593–596.
18. Simons F.E., Silas P., Portnoy J.M., Catuogno J., Chapman D., Olufade A.O. et al. Safety of cetirizine in infants 6 to 11 months of age: a randomized, double-blind, placebo-controlled study // J. Allergy Clin. Immunol. 2003. № 111. P. 1244–1248.
19. Grimfeld A., Holgate S.T., Canonica G.W., Bonini S., Borres M.P., Adam D. et al. Prophylactic management of children at risk for recurrent upper respiratory infections: the Preventia I Study // Clin. Exp. Allergy. 2004. № 34. P. 1665–1672.
20. Simons F.E.R., Group ObotEPOAiACES. Safety of levocetirizine treatment in young atopic children. A 18-month study // Pediatr. Allergy Immunol. 2007. № 18. P. 535–542.
21. Schenkel E., Skoner D., Bronsky E., Miller S., Pearlman D., Rooklin A. et al. Absence of growth retardation in children with perennial allergic rhinitis following 1 year treatment with mometasone furoate aqueous nasal spray // Pediatrics. 2000. № 101. E. 22.
22. Ngamphaiboon J., Thepchattri A., Chatchatee P., Chumdermpadetsuk S. Fluticasone propionate aqueous nasal spray treatment for perennial allergic rhinitis in children // Ann. Allergy Asthma Immunol. 1997. № 78. P. 479–484.
23. Meltzer E.O., Berger W.E., Berkowitz R.B. et al. A dose-ranging study of mometasone furoate aqueous nasal spray in children with seasonal allergic rhinitis // J. Allergy Clin. Immunol. 1999. Vol. 104. № 1. P. 107–114.
24. Patel P. Efficacy and long-term safety of mometasone furoate nasal spray in children 3–11 years with perennial allergic rhinitis [abstract no. 249] // Ann. Allergy Asthma Immunol. 2008. Vol. 100. Suppl. 1. A90.

**Т.В. Казюкова.**

Профилактика железодефицитных состояний у детей раннего возраста.

1. Iron Deficiency Anaemia: Assessment, Prevention, and Control. A guide for programme managers. WHO; Geneva, 2001. WHO/NHD/01.3
2. Domellof M. Iron requirement of term breast-fed infants. A study in Sweden in Honduras. Umea University Medical Dissertations. 2001. New Series. № 759. 55 p.
3. Анемии у детей: диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Под ред. А. Г. Румянцева и Ю. Н. Токарева. 2-е изд. доп. и перераб. М.: МАКС Пресс, 2004. 216 с.
4. Захарова И. Н., Коровина Н. А., Малова Н. Е. Современные аспекты диагностики и лечения железодефицитных состояний у детей // Вопросы современной педиатрии. 2002. Т. 1. № 1. С. 60–62.
5. Хотимченко С. А., Алексеева И. А., Батулин А. К. Распространенность и профилактика дефицита железа у детей и беременных женщин: влияние пищевого фактора // Российский педиатрический журнал. 1999. № 1. С. 21–29.
6. Коколина В. Ф., Казюкова Т. В., Нафталиева Д. И. и др. Маточные кровотечения пубертатного периода // Педиатрия. 2008. Т. 87. № 5. С. 67–73.
7. Самсыгина Г. А., Казюкова Т. В., Левина А. А. Дефицит железа у детей и подростков: причины, диагностика, лечение, профилактика. Учебное пособие для послевузовского профессионального образования врачей педиатров // Педиатрия. 2006. № 6 (приложение).
8. Казюкова Т. В. Возрастные особенности метаболизма железа у детей и подростков в норме и патологии. Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. М., 2009. 48 с.
9. Ziegler E., Fomon S. Strategies for the prevention of iron deficiency: iron in infant formulas and baby foods // Nutrition Reviews. 1996. Vol. 54. № 11. P. 348–354.
10. Конь И. Я., Куркова В. И. Роль алиментарного фактора в развитии железодефицитной анемии у детей раннего возраста. В кн.: Дефицит железа и железодефицитная анемия у детей. М.: Славянский диалог, 2001. С. 87–98.
11. Нетребенко О. К., Украинцев С. Е. Кисломолочные продукты и кисломолочные смеси: что лучше использовать в питании детей? // Педиатрия. 2008. Т. 87. № 2. С. 74–77.
12. Eichner E. R. Iron deficiency anemia // Curr. Sports Med. Rep. 2010. Vol. 9. № 3. P. 122–123.
13. Andrews N. C. Medical Progress: Disorders of iron metabolism // N. Engl. J. Med. 1999. № 341. P. 1986–1995.
14. Lozoff B., Jimenez E., Hagen J., Mollen E., Wolf A. W. Poorer behavioral and developmental outcome more 10 years after treatment for iron deficiency in infancy // Pediatrics. 2000. № 105. P. 1–11.
15. Recommendations to prevent and control iron deficiency with of the International Nutritional Anemia Consultative Group (INACG), WHO and UNICEF. Geneva, 2001.
16. Финюганова Н. А. и соавт. Оценка эффективности лечения железодефицитной анемии у детей препаратами железа различных групп // Consilium medicum. 2005. Педиатрия (приложение 2). С. 66–67.
17. Nathan D., Oski F. Hematology of infancy and childhood. Ed 6 t. Philadelphia: Saunders. 2003.
18. Olivares M., Walter T., Cook J. D. et al. Usefulness of serum transferrin receptor and serum ferritin in diagnosis of iron deficiency in infancy // Amer. J. Clin. Nutr. 2000. Vol. 72. № 5. P. 1191–1195.
19. Ponka P. Tissue-specific regulation of iron metabolism and heme synthesis: distinct control mechanisms in erythroid cells // Blood. 1997. Vol. 89. № 1. P. 1–25.
20. Ponka P. Iron metabolism: Physiology and pathophysiology // J. Trace Elem. Exp. Med. 2006. Vol. 13. № 1. P. 73–83.
21. Воронцов И. М. Железо и смежные проблемы микронутриентного обеспечения в предконцепционной, антенатальной и постнатальной педиатрии. В кн.: Дефицит железа и железодефицитная анемия у детей. М.: Славянский диалог, 2001. С. 36–58.
22. Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации: Методические рекомендации. М.: МР 2.3.1.24.32–08.
23. Таблицы химического состава и калорийности российских пищевых продуктов питания. Под ред. И. М. Скурихина, В. А. Тутельяна. М., 2008.
24. Шилина У. А., Бреусенко Л. Е., Шалина Р. И., Казюкова Т. В. Сравнение эффективности препаратов железа (Мальтофер и Ферроградумет) у беременных



с ЖДА в III триместре. В кн.: Дефицит железа и железодефицитная анемия у детей. М.: Славянский диалог, 2001. С. 132–140.

25. NRC/UNICEF (Nutrition Research Centre/United Nations Childrens Fund). Nutritional Status of Mongolian Children and Women 2004. 3 rd National Nutrition Survey Report. Ulaanbaatar, Mongolia: UNICEF; 2006.

26. Gibson R. S., Manger M. S., Krittaphol W. et al. Does zinc deficiency play a role in stunting among primary school children in NE Thailand? // Brit. J. Nutr. 2007. № 97. P. 167–175.

27. Лукушкина Е. Ф., Нетребенко О. К., Дурмаишкина А. П., Васильева О. П. Отдаленные последствия вскармливания детей раннего возраста неадаптированными молочными продуктами // Педиатрия. 2007. Т. 86. № 4. С. 65–69.

28. Грибакин С. Г. Значение продуктов детского питания, обогащенных железом, в профилактике железодефицитной анемии // Вопр. совр. педиатрии. 2002. Т. 1. № 5. С. 52–56.

29. Питание детей грудного и раннего возраста. 54-я сессия Всемирной Ассамблеи Здравоохранения. 18 мая 2001 (документ WHA 54.2).

30. Neison S. E., Ziegler E., Copeland A. et al. Lack of adverse reactions to iron-fortified formula // Pediatrics. 1988. № 81. P. 360–364.

31. Michaelsen K. M., Weaver L., Branca F., Robertson A. Feeding and nutrition of infant and young children. WHO Regional Publication, European series. 2000.

32. Оптимизация вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации: Национальная программа. М.: Союз педиатров России, 2010.

33. Raja K. B., Jafri S. E., Dickson D. et al. Involvement of iron (Ferric) reduction in the iron absorption mechanism of a trivalent iron-protein complex (iron protein succinylate) // Pharmacol. Toxicol. 2000. Vol. 87. № 3. P. 108–115.

34. Miller A. R. Oxidation of cell wall polysaccharides by hydrogen peroxide: A potential mechanism for cell wall breakdown in plants // Biochem. & Biophys. Res. Comm. 1986. № 141. P. 238–244.

## Г. С. Голосная.

Применение Кортексина в реабилитации детей первого года жизни с перинатальными гипоксическими поражениями ЦНС

1. Бараишев Ю. И., Розанов А. В., Планов В. О., Волобуев А. И. Роль гипоксическитравматических повреждений головного мозга в формировании инвалидности с детства // Рос. вестник перинат. и педиатрии. 2006. № 4. С. 41–46.

2. Петрухин А. С. Неврология детского возраста. М., 2004.

3. Голосная Г. С. Нейрохимические аспекты патогенеза гипоксических поражений мозга у новорожденных. М.: Медпрактика-м, 2009. 128 с.

4. Студеникин В. М. Применение препарата кортексин в нейропедиатрии // Мед. вестник. 2006. Т. 37. № 380. С. 14.

5. Гранстрем О. К., Сорокина Е. Г., Сторожевых Т. П. и др. Последние новости о кортексине (нейропротекция на молекулярном уровне) // Terra Medica Nova. 2008. № 5. С. 1–4.

6. Студеникин В. М., Пак Л. А., Шелковский В. И. и др. Об опыте и перспекти-

вах применения отечественного нейропептидного препарата в детской неврологии // Леч. Врач. 2009. № 5. С. 42–45.

7. Белоусова Т. В. Комплексная терапия критических состояний у новорожденных с перинатальными повреждениями ЦНС // Перинатология и педиатрия. 2007. Т. 2. № 30. С. 41–43.

8. Шабалов Н. П., Скоромец А. П., Платонова Т. Н. Кортексин в нейропедиатрии. Метод. рекомендации. СПб., 2006. 64 с.

9. Бочкова Л. Г., Носова О. М. Ноотропная и нейропротекторная терапия новорожденных с натальной церебральной травмой // Перинатология и педиатрия. 2008. № 1. С. 32–34.

10. Студеникин В. М. Кортексин для детей – нов форма популярного нейропептидного препарата // Мед. вестник. 2009. № 24. С. 13.

## А. Л. Заплатников, Г. А. Мингалимова, В. И. Далечин, Т. Н. Носкова, Л. М. Шамрай, Н. В. Кароид, Н. С. Глухарева, А. А. Гирина

Эффективность повторных курсов индуктора эндогенного интерферона на основе фармакологии сверхмалых доз для профилактики и лечения острых респираторных вирусных инфекций у детей

1. Инфекционная заболеваемость в Российской Федерации за январь – декабрь 2009 года. информационный бюллетень Роспотребнадзора. – Интернет-версия ([http://www.rosпотребнадзор.ru/epidemiologic\\_situation/17135/](http://www.rosпотребнадзор.ru/epidemiologic_situation/17135/)).

2. О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2009 г. Государственный доклад. М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2010. – 456 с.

3. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика/Научно-практическая программа Союза педиатров России. М.: Международный Фонд охраны здоровья матери и ребенка, 2002.

4. Коровина Н. А., Заплатников А. Л. Острые респираторные вирусные инфекции в амбулаторной практике врача-педиатра. М.: Медпрактика, 2004.

5. Современные подходы к лечению и реабилитации часто болеющих детей: Пособие для врачей. Под ред Л. С. Балевой, Н. А. Коровиной, В. К. Таточенко. М.: Агентство Медицинского Маркетинга, 2006. 56 с.

6. Самсыгина Г. А. Часто болеющие дети: проблемы патогенеза, диагностики и терапии // Consilium medicum. Педиатрия. 2004. № 2. С. 3–10.

7. Коровина Н. А., Заплатников А. Л., Чебуркин А. В., Захарова И. Н. Часто и длительно болеющие дети: современные возможности иммунореабилитации: руководство для врачей. М., 2001.

8. Заплатников А. Л. Иммунопрофилактика и иммунотерапия острых респираторных инфекций у детей. Лечащий врач, 2006; 9: 50–56.

9. Государственный реестр лекарственных средств. М.: МЗиСР РФ (интернет-версия [www.drugreg.ru](http://www.drugreg.ru), обновление 14.10.2010).

10. Иванов В. А. Состояние здоровья часто болеющих детей и дифференцированный выбор методов их оздоровления в условиях специализированного санатория. Дис. ... канд мед наук. М., 2007. 117.

11. Заплатников А. Л., Коровина Н. А., Буццева Е. И. и др. Современные препараты, содержащие сверхмалые дозы действующего вещества, и традиционные гомеопатические средства в профилактике и лечении ОРВИ и гриппа у детей. Педиатрия. 2009. № 1. С. 95–100.

12. Эпштейн О. И. Сверхмалые дозы (история одного исследования) М.: Издательство РАМН, 2008. 336 с.

13. Афанасьева О. И., Осидак Л. В., Головачева Е. Г. и др. Результаты изучения лечебной эффективности препарата «Анаферон детский» при гриппе у детей // Детские инфекции. 2003. № 2. С. 48–53.

14. Дондурей Е. А., Осидак Л. В., Головачева Е. Г. и др. Эффективность Анаферона детского при смешанных инфекциях у детей // Детские инфекции. 2006. № 1. С. 55–60.

15. Перевощикова Н. К., Басманова Е. Д., Казанская Т. В. Анаферон детский в программе реабилитации детей, часто болеющих ОРВИ на фоне патологии лимфоглоточного кольца // Педиатрия. 2006. № 6. С. 65–69.

16. Петров В. А., Бобров М. В. Применение Анаферона детского для лечения острых респираторных вирусных инфекций у детей в амбулаторно-поликлинических условиях // Медлайн экспресс. 2004. № 11–12. С. 37–38.

17. Самсыгина Г. А., Казюкова Т. В., Дудина Г. Л. и др. Новые технологии в профилактике острых респираторных инфекций и гриппа у детей младшего возраста // Педиатрия. 2008. № 5. С. 102–107.



## Космический масштаб

*С 19 по 21 октября в московском гостиничном комплексе «Космос» прошел IX Российский конгресс «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии». Конгресс стал одним из важнейших событий ушедшего года для российских педиатров.*



Организаторами выступили: Министерство здравоохранения и социального развития РФ, Московский НИИ педиатрии и детской хирургии, Российский государственный медицинский университет, Российская ассоциация педиатрических центров, Российская ассоциация детских хирургов, Союз детских аллергологов, Всероссийский центр медицины катастроф «Защита», НИИ питания РАМН, НИИ детской онкологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина, НИ Детский ортопедический институт им. Г.И. Турнера, МОО «Творческое объединение детских нефрологов», Российская ассоциация ЛОР-педиатров, Общество детских гастроэнтерологов, МединфоСервис, ПиАр-Медиа Групп.

Научная программа Конгресса включила в себя результаты последних научных достижений

в диагностике, лечении и профилактике наиболее распространенных болезней детского возраста. Высокий научный уровень спутных конгрессов, конференций, симпозиумов, круглых столов, тематической выставки стал возможен благодаря участию в этих мероприятиях ведущих педиатров, детских хирургов, оториноларингологов, стоматологов и других специалистов, а также зарубежных ученых-специалистов в области детских болезней. Конгресс стал отличной школой для врачей общей практики, участковых педиатров, врачей стационаров и узких специалистов: гастроэнтерологов, пульмонологов, кардиологов, нефрологов, детских хирургов, урологов-андрологов, перинатологов, оториноларингологов, стоматологов и многих других.

В рамках Конгресса работала тематическая выставка, в которой при-

няли участие ведущие российские и зарубежные компании, работающие на фармацевтическом рынке, а также в сфере медицинской техники и детского питания.

Традиционно в рамках конгресса был проведен конкурс молодых ученых по специальностям «Педиатрия», «Детская хирургия» и «Стоматология». Молодым ученым были вручены дипломы и именные премии им. В. А. Таболина («Педиатрия») и В. М. Державина («Детская хирургия»).

*Сегодня мы предлагаем нашим читателям лишь «избранные страницы» этого замечательного мероприятия, так как в рамках журнала просто невозможно осветить полностью столь глобальное мероприятие.*

Следующий – юбилейный X Конгресс «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии» состоится в октябре 2011 года. В его научную программу войдут научно-практические симпозиумы, семинары, школы, круглые столы и дискуссии, посвященные актуальным проблемам и новейшим достижениям в различных разделах педиатрии, аллергологии и иммунологии, гастроэнтерологии, гематологии, вакцинопрофилактике, эндокринологии, кардиологии, генетическим заболеваниям, нефрологии, неонатологии, нутрициологии, пульмонологии, экзопатологии, противорадиационной защите. 🌸





IX Российский конгресс «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии»

## III Всероссийский педиатрический пульмонологический конгресс

*Одним из ожидаемых событий программы IX Российского конгресса «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии» стало проведение в его рамках III Всероссийского педиатрического пульмонологического конгресса.*

*Пульмонологический конгресс вносит достойный вклад в решение проблемы повышения квалификации педиатров, детских оториноларингологов, фтизиатров и других специалистов. Традиционно в распоряжение пульмологов был предоставлен Большой концертный зал гостиничного комплекса «Космос».*

**В** этом году обсудить вопросы профилактики, диагностики, лечения заболеваний респираторного тракта собрались врачи со всей России и из стран СНГ. Отметим, что большинство докладов были ориентированы именно на практикующих врачей, и потому на симпозиумах царила атмосфера повышенного внимания: слушатели активно задавали вопросы, а вокруг острых тем даже возникали дискуссии.

В первый день работы конгресса всесторонне была рассмотрена хроническая патология легких и многообразие ее клинических форм. В докладе **Н. С. Лев** (к. м. н., ведущий научный сотрудник Московского НИИ педиатрии и детской хирургии Минздрава России) рассматривался вопрос о трудном для диагностики заболевании с тяжелыми последствиями – гиперчувствительном пневмоните. Пневмонит считается «профессиональной» патологией, от него обычно страдают люди, занятые на промышленном производстве. Однако он также может развиваться вследствие неблагоприятных факторов внутренней среды, так, его возбудителями могут стать плесень, домашние птицы и животные. В группу риска попадают

дети, проживающие в сырых помещениях, склонные к аллергическим заболеваниям. Пневмонит имеет различные варианты течения и прогноз: от клинического выздоровления до необратимых повреждений легочной архитектоники (возможно развитие фиброза, «сотового» легкого). Важную роль в положительном исходе болезни играет вовремя поставленный диагноз и адекватное лечение.

Эффективной профилактике, своевременной диагностике и результативному лечению хронических заболеваний легких и туберкулеза посвятила свой доклад профессор, главный фтизиопедиатр России **В.А. Аксёнова** (Москва). Она говорила о том, что современный туберкулез преимущественно поражает внутригрудные лимфатические узлы и часто сопровождается другими заболеваниями – бронхиальной астмой, пневмонией и даже муковисцидозом, поэтому выявлять его становится все сложнее. Клинические признаки часто не имеют специфической принадлежности, рентген не обнаруживает туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. Лабораторные исследования не во всех случаях

дают правильный результат, так как дети также не всегда выделяют бактерии. В отечественной науке чаще всего используется туберкулинодиагностика, однако этому методу уже сто лет, за это время изменились и ребенок, и микобактерия, и чувствительность детей на фоне заболевания, из-за чего в последние годы растет число ложноположительных результатов. Единственный метод, позволяющий поставить диагноз в 100% случаев – компьютерная томография, которая имеет, однако, существенный недостаток – высокую стоимость. Это заставляет специалистов искать другие методы диагностики. Результаты последних исследований показывают, что инновационный отечественный метод – «Диаскинтест» – позволяет заподозрить туберкулезный процесс и поставить диагноз «активный туберкулез» в 70% случаев. Результаты его использования таковы, что в ближайшее время уже можно будет говорить об отмене туберкулинодиагностики. Приказ об этом подготовлен и находится на утверждении в Минздраве.

Интересны были клинические разборы, сделанные сотрудни-



## IX Российский конгресс «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии»



*Н.А. Геппе и Ю.Л. Мезерницкий*

ками отделения хронических инфекционно-воспалительных и аллергических болезней легких Московского НИИ педиатрии и детской хирургии Минздрава России к. м. н. Сорокиной Е. В., к. м. н., зав. клиническим отделением пульмонологии Соколовой Л. В., к. м. н. Лев Н. С. Они рассказали о синдроме Вильямса–Кэмпбелла, болезни Ослера–Рандю–Вебера и лобарной эмфиземе. Диагностирование такого рода заболеваний – труд целой группы врачей и консультантов (кардиологов, хирургов, генетиков, фтизиатров и др.), так как для их диагностики требуются не только специальные методы обследования, но и, что важнее, – знание и понимание сути клинического процесса. Как отметил д. м. н., проф., главный детский пульмонолог Минздрава-соцразвития России **Ю. Л. Мезерницкий**, подобные диагнозы, к сожалению, не редкость, так как из всех врожденных пороков 10% приходится на пороки легких. Второй день начался с обсуждения новых подходов в диагностике, лечению и профилактике бронхиальной астмы у детей. Симпозиум открыла д. м. н., проф., зав. кафедрой детских болезней Первого МГМУ им. И. С. Сеченова **Н. А. Геппе** докладом «Достижения в терапии бронхиальной астмы у детей». Она говорила о том, что все большую роль в рас-

пространении бронхиальной астмы играет наличие сопутствующих заболеваний (атопический дерматит, аллергический ринит), поэтому появляется возможность использования антигистаминных препаратов в профилактике бронхиальной астмы. Также Н. А. Геппе остановилась на преимуществах комбинированной терапии и уделила особое внимание методам лечения этого заболевания у детей раннего возраста.

**Балаболкин И. И.** (д. м. н. проф., член-корр. РАМН) осветил современные подходы к профилактике и лечению респираторных инфекций у детей с аллергическими болезнями органов дыхания. Он акцентировал внимание на том, что респираторные инфекции влияют на развитие и течение бронхиальной астмы, и часто инфекционные и аллергические болезни у детей тесно переплетены.

Следующий симпозиум был посвящен вопросам совершенствования пульмонологической помощи детям в амбулаторных условиях. **Г. Н. Бондарь** (к. м. н. ВГМУ, Владивосток) докладывала о клинико-диагностической эффективности трансторакальной компьютерной бронхофонографии при пневмониях у детей. Результаты проведенного исследования показали, что этот метод позволяет исключить влияние субъективных факторов. Он совершенно безопасен для обследуемых, не связан с вредными облучениями, весьма прост в реализации, не инвазивен, не требует специальной подготовки и часто воспринимается детьми как игра. Вместе с тем метод высоко информативен, обладает большой диагностической чувствительностью и специфичностью. Это позволяет рекомендовать его для диагностики очагово-инфильтративных изменений при пневмонии у детей школьного возраста, для определения степени выраженности инфильтрата и скорости его рассасывания, для проведения контрольной рентгенографии легких

в зависимости от динамики бронхофонографической картины.

**Н. А. Ильенкова** (д. м. н., проф., зав. кафедрой детских болезней с курсом ПО, Красноярск) в своем докладе поставила вопрос: нужны ли практическому врачу протоколы диагностики и лечения бронхолегочной патологии у детей? При острой бронхолегочной патологии отмечается множество симптомов (кашель влажный, сухой, хрипы в легких, отделяемое из легких, лихорадка, интоксикация и т. д.), еще больше проявлений наблюдается при хронических заболеваниях. От количества симптомов, их сочетания зависит, какие диагностические и лечебные мероприятия (медикаментозные средства, фитолечение, физиопроцедуры) выберет врач в качестве терапии. Существуют данные, что неоправданное назначение антибактериальных препаратов составляет 35–50%. Это приводит к значительным перерасходам на лечение. Для того чтобы упорядочить алгоритм диагностики и способствовать более эффективному лечению бронхолегочных заболеваний и были созданы протоколы. При их составлении учитывались утвержденные национальные рекомендации. Протоколы могут пересматриваться и перерабатываться в связи с накопленным положительным опытом. Следование им позволит обеспечить современный уровень диагностики и лечения.

Интересная тема была поднята **Харчиной Е. Г.** (Пермь). Доклад был посвящен использованию WAP-связи и мобильного телефона для удаленного мониторинга бронхиальной астмы у детей. Согласно проведенному авторами исследованию, недостаточный контроль над заболеванием выявлен у 59% детей Перми. Для контроля над заболеванием существуют различные инструменты. Авторы предложили интегрировать в общую систему контроля некоторые возможности, которые предоставляют современные технологии.



## IX Российский конгресс «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии»

После первичного приема у пульмонолога пациенты создают свою страницу на web-сайте «Виртуальный Астма-центр». Стоит отметить, что активация пользователя происходит только после очной консультации специалиста, на сайте нет форума, пациент может общаться только с врачом. На сайте ведутся электронные карты пациента, куда заносится анамнез, результаты тестов и обследования. Пациент ведет дневник самонаблюдения, и врач, дистанционно проанализировав клинические симптомы, может либо дать рекомендации, либо вызвать его на осмотр. Обратная связь осуществляется через e-mail-, sms-, mms-сообщения. Также на сайте есть памятка для родителей, можно задать вопрос врачу, пройти онлайн-тесты. Однако Харчина уточнила, что эти технологии приемлемы только в период неполной ремиссии, и дистантный мониторинг ни в коем случае не заменяет очную консультацию врача, а лишь дополняет лечебно-диагностический процесс. Два дня напряженной работы завершились проведением круглого стола, посвященного выпуску национальных согласительных рекомендаций по диагностике и лечению внебольничной пневмонии. Дискуссия велась вокруг вопросов

определения пневмонии, этиологии, принципах диагностики и критериев диспансеризации. Тема была актуальна еще и потому, что 12 ноября во всем мире отмечается День борьбы с пневмонией.

**Ю. Л. Мезерницкий** отметил, что работа над национальным согласительным документом по внебольничной пневмонии ведется уже в течение полутора лет. Мотивацией к его созданию послужила высокая распространенность и смертность от этого заболевания. К подготовке рекомендаций было привлечено более 50 экспертов со всей страны, перед которыми стояла непростая задача – выработать единые подходы к диагностике, лечению, профилактике этого заболевания и создать современный, ориентированный на практического врача документ.

**Н. А. Геппе** подчеркнула, что составители документа учли рекомендации Российского респираторного общества, Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии, а также зарубежный и отечественный клинический опыт по лечению пневмонии. В рекомендации вошли новые данные по вопросам лечения, патогенеза и этиологии заболевания. Указаны причины возможных осложнений,

факторы, способствующие неблагоприятному течению болезни, показания к госпитализации. **Н. А. Геппе** поблагодарила всех, кто участвовал в подготовке, проявил активность, представил свои данные по эпидемиологии, высказывал замечания и предложения. Она выразила надежду, что скоро рекомендации будут официально приняты и опубликованы. Пока все желающие могут ознакомиться с проектом документа на сайте Российского респираторного общества.

Программа III Всероссийского педиатрического пульмонологического конгресса, по мнению большинства участников, была очень насыщена, работа была плодотворной и интересной. Белорусская делегация от лица ректора Полесского государственного университета **К. К. Шебеко** вручила оргкомитету IX Российского конгресса «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии» и лично **Ю. Л. Мезерницкому** Благодарственное письмо «за организацию форума и предоставленную возможность научного участия и публикации материалов». Полагаем, с радостью могли присоединиться и другие участники конгресса. 🌸

*А. Зименкова*





## VI всероссийская конференция «ЛОР-патология в практике врача-педиатра»



*Конференция с таким названием прошла 19–21 октября 2010 года в рамках IX российского конгресса «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии», состоявшегося в Москве.*

*Данными научных исследований и соображениями, касающимися практических аспектов диагностики и лечения патологий дыхательных путей у детей, делились сотрудники ведущих российских клиник и научных институтов. В ходе конференции обсуждались традиционные и инновационные диагностические и лечебные методики, применяющиеся при работе с пациентами, имеющими патологию ЛОР-органов. Участниками этого мероприятия стали не только педиатры, но и оториноларингологи, и врачи общей практики*

**Н**а конференции с приветственным словом выступил профессор кафедры ЛОР-болезней РГМУ **М. Р. Богомильский**, затем начались выступления докладчиков.

Заведующая кафедрой детской отоларингологии Российской медицинской академии последиplomного образования **Е. П. Карпова** в начале своего сообщения, посвященного особенностям воспалительных заболеваний верхнего отдела дыхательных путей у детей, напомнила о том, что эти воспалительные заболевания внесены в книгу рекордов Гиннеса как самые распространенные в мире. За свою жизнь человек болеет насморком в общем около 6 лет, если считать, что в возрасте от 0 до 10 лет на один год жизни приходится 9 простуд, а в более старшем – только 3.

С экономической точки зрения ситуация выглядит не лучше. Так, по данным Национального американского бюро, в 2009 году затраты на диагностические и лечебные мероприятия, связанные с терапией риносинусита, в США составили 16 млрд долларов. То есть эта

огромная сумма была потрачена на борьбу с банальным насморком. Кстати, от привычного для специалиста слова «ринит» международное медицинское сообщество, по словам профессора Карповой, практически отказалось. Дело в том, что воспалительный процесс, возникший в полости носа, уже на четвертый день болезни в 98% случаев вызывает изменения в околоносовых пазухах. А значит, понятие «риносинусит» гораздо точнее отражает суть идущих патологических процессов, их локализацию.

Но слишком увлекаться делением патологий по анатомическому принципу также не стоит. В настоящее время сформировалась практика, в рамках которой заболеваниями верхних отделов дыхательных путей занимаются оториноларингологи, а нижних – терапевты и педиатры. Между тем, необходимой составляющей адекватной медицинской помощи детям с ЛОР-патологиями является комплексный подход к диагностике и лечению. Нельзя пытаться лечить по симптоматике. В первую очередь лечащий врач должен об-



## IX Российский конгресс «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии»

ращать внимание на ухудшение качества жизни как самих детей, страдающих той или иной ЛОР-патологией, так и их родителей.

Особое внимание врачей общей практики должно быть сконцентрировано на детях с аллергическими реакциями. У них существует готовая база, на которой легко и быстро развивается воспаление, что отличает их от детей с нормальной реактивностью. Стоит вирусу (а именно вирусы являются причиной инфекционного риносинусита в 98% случаев) или бактерии-представительнице классической триады *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* и *Moraxella catarrhalis* попасть на слизистую носовой полости ребенка-аллергика, как запускается каскад воспалительных реакций. Гиперреактивность приводит к формированию порочного круга: отечность слизистой оболочки нарушает нормальное поступление воздуха, нарушается аэрация, уменьшается количество воздуха, попадающего в пазуху, угнетается транспортная функция мерцательного эпителия, что, в свою очередь, приводит к застою явлениям и трансудации. То же самое происходит и в полости уха, приводя, особенно в детском возрасте, к развитию экссудативного отита.

Одним из возможных вариантов лечения экссудативного отита, как известно, является операция шунтирования. Но многочисленные исследования доказывают, что данная операция чревата серьезными последствиями для слухового аппарата ребенка. Так, изменения барабанной перепонки к восьми годам наблюдались у 92% детей, перенесших шунтирование, и только у 46% тех, кто перенес экссудативный отит без данной операции. Нередко встречался и тимпаносклероз, и другие осложнения, поэтому вопрос о целесообразности шунтирования является очень острым. Сегодня уже разработаны рекомендации, оговаривающие, в каких ситуациях шунтирование действительно необходимо.

Но возникает резонный вопрос – как можно обойтись без шунтирования? Одной из возможных альтернатив становится гомеопатическая терапия.

Как председатель симпозиума, проводимого компанией «Лаборатория Буарон» – известным производителем гомеопатических средств, профессор **М. Р. Богомильский** также отметил, что прием гомеопатических препаратов при заболеваниях верхних дыхательных путей уже на третий-четвертый день помогает уменьшить ринорею и заложенность носа, разумеется, если терапия начата одновременно с появлением первых симптомов. Выступление профессора кафедры детской оториноларингологии РГМУ **Е. Ю. Радциг** было посвящено вопросам этиологии и патогенеза ложного крупа у детей, особенно рецидивирующей формы данного заболевания. По словам профессора, педиатры и врачи общей практики часто сталкиваются с проблемой ложного крупа, не поддающегося стандартной терапии. Дело в том, что под маской данного заболевания могут скрываться различные патологические состояния: мембраны различных отделов гортани, как голосового, так и подскладкового, а в ряде случаев симптоматику ложного крупа дает инородное тело, попавшее в дыхательные пути. Еще одним заболеванием, нередко маскирующимся под ложный круп, является респираторный папилломатоз – как правило, данный диагноз устанавливается уже в стационаре, куда попадает ребенок.

Проф. Е. Ю. Радциг также рассказала собравшимся о результатах исследования, проведенного на ее кафедре. Для работы были выбраны дети с 5–10 и более эпизодами ложного крупа в анамнезе. Следовало установить взаимосвязь такого большого количества рецидивов с инфекционными заболеваниями и патологиями гортани. В работе использовались как эндоскопические, так и серологические методы исследования, у всех



М.Р. Богомильский



Е. П. Карнова



Е. Ю. Радциг



## IX Российский конгресс «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии»



*Т. В. Казюкова*

пациентов были взяты анализы на антитела к аденовирусам, РС-вирусу, вирусу парагриппа, вирусу Эпштейна–Барра и вирусу герпеса. Выяснилось, что подавляющее большинство детей является носителями 2–4 вирусов, и именно у этих детей выявлялась хроническая органическая патология гортани, случаи же моноинфекции встречались сравнительно редко.



*Н. А. Генпе*

У 42% обследованных детей был выявлен хронический ларингит, у 30% – узелки голосовых складок, но, по данным диспансеризации школьников, узелки наблюдаются у 35% обследуемых детей. У 12% принимавших участие в исследо-

вании детей с тяжелым анамнезом (10 и более эпизодов ложного крупа) эндоскопическое исследование вообще не выявило патологий гортани. Так как характерные изменения голоса присутствовали, им был поставлен диагноз «Функциональная дисфония».

В итоге ученые, принимавшие участие в исследовании, пришли к выводу, что четкой корреляции между количеством перенесенных эпизодов ложного крупа и развитием органической патологии гортани не существует. Точно так же не было выявлено корреляции между количеством перенесенных крупов и выделенных вирусов – у детей с наибольшим количеством крупов типировался либо один вирус, либо вообще ни одного, не было выявлено и бактериальных инфекционных агентов. В настоящее время нет точного ответа, почему острый стенозирующий ларинготрахеит, рецидивирующий в ряде случаев, приводит к формированию узелков голосовых складок, в ряде случаев – к развитию хронического ларингита.

Профессор кафедры детских болезней РГМУ **Т. В. Казюкова** подробно осветила вопросы профилактики гриппа и вирусных инфекций. Актуальность этой проблемы сложно переоценить: по данным начальника отдела эпиднадзора Роспотребнадзора И. Н. Лыткиной, ущерб от прошедшего эпидемиологического сезона оценивался в 32 млрд рублей, заболеваемость гриппом и ОРВИ составила 18%, причем штамм пандемического вируса гриппа А (H1 N1)-2009 (именно на этот вирус пришлось 75% от общего числа заболевших) в первую очередь поражал дошкольников, детей школьного возраста и молодых людей.

Основной проблемой неспецифической профилактики гриппа и ОРВИ, по мнению Т. В. Казюковой, как ни парадоксально, является ее общедоступность. Достаточно избегать мест скопления людей (например, не посещать

елки, ледовые шоу, цирк) и тщательно мыть руки сразу после возвращения домой. Такие простые и даже примитивные меры могут существенно снизить заболеваемость.

О специфической же профилактике можно говорить только в отношении гриппа, но и тут возникают свои сложности. Во-первых, хотя эффективность прививок от гриппа составляет около 75%, существует довольно большая прослойка детей, привить которых не представляется возможным. Тут и противодействие со стороны родителей, и медицинские противопоказания, например, аллергические реакции, различные заболевания и обострения хронических болезней. Своя специфика и в группе часто болеющих детей: порой трудно найти достаточно длительный светлый промежуток, в котором ребенка можно привить без нарушения правил проведения вакцинации. И, наконец, фармацевтическое производство не всегда успевает поставлять вакцины в необходимых количествах, в то время как вакцинация от гриппа считается эффективной только в случаях, если привито не менее одной трети населения.

В свете вышесказанного становится понятно, почему врачи все чаще прибегают к тем методам профилактики гриппа и ОРВИ, которые предлагает гомеопатия.

Профессор кафедры детских болезней Первого МГМУ им. Сеченова **Н. А. Генпе** подробно осветила вопросы этиологии и механизмы развития бронхообструкции у детей. Одной из наиболее частых причин развития этой широко распространенной патологии являются инфекционные и аллергические факторы, каждый из которых, несмотря на разные пусковые механизмы, приводит к сходным патофизиологическим изменениям в респираторном тракте. Они, в свою очередь, сопровождаются образованием слизи, гипертрофией



## IX Российский конгресс «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии»

мышц, спазмом, отеком и другими явлениями, вызывающими бронхиальную обструкцию.

Изменения в движении потоков воздуха, проходящих через бронхи, приводят к появлению специфических звуков, выделяемых в качестве симптомов обструкции. В частности, это феномены свистящего дыхания и сухих хрипов. К сожалению, имеющиеся представления о различиях звуковых феноменов, запись частот, возникающих в процессе дыхания, не дает особых опорных моментов для диагностики. На экране компьютера мы можем увидеть уменьшение размера осцилляции, пронаблюдать различные пики, но по сути это не дает объективной характеристики развивающейся обструкции.

Механизмы обструкции могут быть самыми разнообразными: тут и воспалительная природа, и астматический компонент, и дискинетические нарушения. Но следует помнить, что повторные обструктивные проявления чаще всего возникают на фоне респираторных инфекций нижних дыхательных путей.

Особое внимание в своем докладе профессор Геппе уделила взаимосвязи бронхообструкции и бронхиальной астмы. Согласно результатам исследования 2007 года, однократные симптомы обструкции при наличии атопии могут сигнализировать о начале бронхиальной астмы даже в отсутствие ярко выраженных симптомов последней. Но, естественно, риск будет значительно выше, если имеется выраженная атопия, а количество эпизодов обструкции в течение года составило два и более. Кроме того, к обструкции предрасполагает пассивное курение – в первую очередь это касается детей раннего возраста. Из-за курения матерей у детей формируется ранний обструктивный синдром, поздний обструктивный синдром и персистирующая обструкция, то есть, по сути, астма. Еще одной важной темой сообщения профессора Геппе стал

метод бронхофонографии, разработанный еще в 1990-х годах отечественными специалистами и существенно усовершенствованный с тех пор. Суть метода заключается в том, что ребенок берет в рот специальный микрофон и спокойно дышит. Микрофон подключен к компьютеру, который записывает и обрабатывает полученные данные, выдавая диаграмму, на которой отдельно представлены высоко-, средне- и низкочастотные шумы, возникающие при дыхании. Данный метод исследования способен снабдить лечащего врача важной диагностической информацией как о больных с бронхообструктивным синдромом, так и о пациентах с астмой.

Столкнувшись с бронхиальной обструкцией у ребенка, врач должен первым делом оценить, есть ли признаки угрожающего жизни состояния, требующего госпитализации. Цианоз, акроцианоз, «немое легкое», брадикардия, нарушение сознания – это факторы, которые требуют немедленной транспортировки пациента в реанимацию.

Алгоритм неотложной терапии в случае развития острых симптомов бронхиальной обструкции

выглядит следующим образом – это комбинация  $\beta_2$ -агониста с холинергическим препаратом. При наличии более острых состояний показаны ингаляционные стероиды и системные глюкокортикостероиды.

В заключение своего выступления профессор Геппе напомнила собравшимся о разнообразии терапевтических подходов к лечению бронхиальной обструкции и о необходимости четко продумывать антибактериальную терапию и назначать ее только в случаях, когда применение антибиотиков действительно необходимо. Следует помнить, что дети, прошедшие неадекватную антимикробную терапию, становятся носителями резистентных штаммов.

Обсуждались на конференции и другие проблемы, актуальные для педиатров, оториноларингологов и врачей общей практики. Например, дисфункция системы мукоцилиарного клиренса у детей, актуальные методы лечения аденоидитов, актуальная проблема извлечения инородных тел из дыхательного тракта и другие не менее значимые вопросы. ✨

*А. Лозовская*





## VI Российский конгресс по детской аллергологии и клинической иммунологии

*На сегодняшний день аллергология и иммунология являются динамично развивающимися направлениями медицинской науки вообще и педиатрии в частности. Поэтому нет ничего удивительного в том, что данным дисциплинам был посвящен отдельный конгресс, прошедший в рамках IX Российского конгресса «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии».*

Программа «VI Российского конгресса по детской аллергологии и клинической иммунологии» включала в себя как доклады, предназначенные для узких специалистов, детских аллергологов и иммунологов, так и выступления, рассчитанные на обычных участковых педиатров. Общеизвестно, что именно последним регулярно приходится сталкиваться с такими проблемами, как аллергические дерматит и конъюнктивит, поллиноз, крапивница, а также с другими распространенными аллергическими заболеваниями.

Одним из первых выступлений, прошедших в рамках VI Российского конгресса по детской аллергологии и клинической иммунологии, был доклад Мартина Черча, почетного профессора Саутгемптонского университета, специалиста мирового уровня и автора многочисленных научных работ, посвященных аллергическим и воспалительным процессам в организме.

Свое выступление профессор Черч разделил на четыре части. Для начала он подробно описал

патогенез аллергического ринита и крапивницы, затем рассказал об истории создания антигистаминных препаратов, о том, что представляет собой данная фармакологическая группа на сегодняшний день, и, наконец, поделился со слушателями надеждами, которые возлагаются на антигистаминные средства завтрашнего дня.

Хотя все присутствовавшие в зале имели представление о наиболее часто встречающихся симптомах аллергических заболеваний и патогенетических механизмах развития аллергического ринита, рассказ господина Черча о дегрануляции тучной клетки, вазодилатации и других процессах, составляющих «подоплеку» аллергического насморка, оказался достаточно увлекательным, чтобы участники конгресса слушали его, не отрываясь. В частности, профессор Черч напомнил собравшимся о тесной связи аллергологии и паразитологии. По словам профессора, организм человека, страдающего аллергией, ошибочно решает, что в него внедряются паразиты. Слизистое

отделяемое, обильно вырабатываемое специальными клетками предназначено для того, чтобы затруднить инвазию и максимально усложнить агрессору процесс проникновения в организм – именно так и развивается аллергический ринит. Аналогичный процесс может идти и в легких или кишечнике.

Профессор подробно рассказал о том, как аллергия способна ухудшить качество жизни пациентов. Например, люди, страдающие аллергическим насморком, хуже высыпаются. Если речь идет о взрослых, то наблюдается снижение трудоспособности, а у детей ухудшается успеваемость и появляются проблемы в учебе. По данным исследования, проведенного в Великобритании, дети-аллергики имеют 40% вероятности сдать экзамены хуже, чем их здоровые сверстники – вот насколько существенно негативное влияние такого, казалось бы, безобидного заболевания, как насморк.

Затем профессор Черч напомнил собравшимся о роли эозинофилов в патогенезе аллергических заболеваний, а также обозначил разницу между стероидными и антигистаминными препаратами.

Основными требованиями к антигистаминам, по словам докладчика, на сегодняшний день являются высокая эффективность в устранении таких симптомов, как насморк, чихание и зуд, а также противовоспалительная активность и, разумеется, гарантированная безопасность использования.



## IX Российский конгресс «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии»

Гистамин был открыт около 100 лет назад, а в 1927 году было установлено, что именно это вещество является причиной развития анафилактического шока у экспериментальных животных. С этого момента началась разработка антигистаминных препаратов. К сожалению, антигистамины первого поколения обладают огромным количеством побочных эффектов. Хотя они избавляют от симптомов аллергии и решают проблему бессонницы, улучшения качества жизни не происходит: сокращение периодов быстрого сна, вызванное приемом антигистаминных препаратов первого поколения, приводит к накоплению усталости и развитию проблем с концентрацией внимания. Существенно лучше дела обстоят с препаратами второго поколения, они не обладают такими серьезными побочными эффектами, к тому же они гораздо безопаснее в применении.

Профессор Черч описал современные антигистаминные препараты, отметив их главные достоинства: отсутствие антихолинэргического эффекта, ограниченное влияние на ЦНС и высокую безопасность. А какими будут антигистаминные препараты завтрашнего дня? Современные средства взаимодействуют с H<sub>1</sub>-рецепторами, но нам уже известно, что рецепторы четвертого типа также участвуют в патогенезе аллергии. Полагают, что они играют важную роль в развитии системного воспаления. Возможно, в будущем появятся антигистаминные препараты, способные взаимодействовать с H<sub>4</sub>-рецепторами.

Доклады российских специалистов, продолжившие работу конгресса, были ничуть не менее интересны. Например, руководитель отдела аллергологии и клинической иммунологии ФГУ «Московский НИИ педиатрии и детской хирургии Росздрава» профессор А. Н. Пампура поделился с коллегами актуальной информацией о современных ме-

тодах диагностики аллергических заболеваний. Профессор подчеркнул важность диагностики как для постановки правильного диагноза, так и для выбора адекватного лечения и определения прогноза.

Прогноз во многом зависит от того, присутствует ли аллерген во внешней среде постоянно или может быть из нее удален. Точно зная, какие именно вещества являются аллергенами в конкретном случае, можно существенно уменьшить ограничения, налагаемые болезнью на образ жизни. Так, если анализ покажет, что аллергеном является вещество, содержащееся в кожице персика, а не в самом фрукте, достаточно будет срезать кожицу, а не исключать персики из рациона.

Качество алергодиагностики, по словам профессора Пампуры, зависит от следующих обстоятельств: профессиональные навыки врача, технологические возможности ЛПУ и наличие достаточного количества времени. И о проведении исследований на высоком уровне можно говорить только в том случае, когда все эти условия соблюдаются.

Прошел в рамках конгресса и отдельный симпозиум, посвященный использованию козьего молока в питании детей, страдающих аллергическими заболеваниями. Мнения специалистов по данному вопросу разделились: хотя козье молоко и является продуктом, использованным для искусственного вскармливания на протяжении многих веков, вопрос о том, насколько оно подходит маленьким аллергикам, до сих пор остается открытым.

Открывший работу симпозиума А. Н. Пампура привел ряд аргументов против использования козьего молока у детей с аллергией к белкам традиционно используемого в питании коровьего молока. По его словам, для создания «паспорта продукта» необходимо знать распространенность аллергии на этот продукт в популяции, список аллергенов, входя-

щих в его состав, а также спектр клинических манифестаций и особенности диагностики. Для коровьего молока все эти данные собраны, в то время как найти аналогичные показатели для козьего молока в свободном доступе не удалось. Зато появились исследования, доказывающие, что дети, страдающие аллергией на коровье молоко, как правило, не только были чувствительны к козьему, но и нуждались в гораздо меньшем количестве данного продукта для сенсибилизации.

Профессор кафедры пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии с курсом детских болезней КГМУ Т. Г. Маланичева рассказала собравшимся о своем обширном опыте применения козьего молока. По ее словам, состав коровьего и козьего молока различается достаточно существенно, и последнее больше походит на грудное. Кроме того, в составе козьего молока практически нет αS1-казеина, являющегося одним из основных аллергенов коровьего молока. Однако Т. Г. Маланичева подчеркнула, что козье молоко в необработанном виде не подходит для детского питания, но может служить основой для изготовления заменителей грудного молока.

Обсуждались в ходе конгресса и другие актуальные вопросы современной аллергологии, например, аллерген-специфическая терапия, основной патогенетический метод воздействия на пациентов, страдающих атопическими заболеваниями.

Доклады, зачитывавшиеся в рамках научной программы VI Российского конгресса по детской аллергологии и клинической иммунологии, неизменно вызвали оживленную дискуссию в зале, что говорит о высоком интересе современных педиатров к таким относительно новым отраслям медицинской науки, как аллергология и иммунология. ✨

А. Лозовская



## Недетские проблемы?

*22–23 ноября 2010 г. в Москве в Центральном доме ученых РАН прошла VII Всероссийская конференция «Актуальные проблемы сомнологии». Это мероприятие, ставшее традиционным, проводится каждые 2 года и неизменно вызывает интерес у всех специалистов, занимающихся вопросами нарушения сна. В этот раз были рассмотрены такие темы, как расстройства дыхания во сне, инсомния, сновидения и сон человека в особых условиях. Последним по порядку, но отнюдь не по значимости, состоялось заседание, посвященное детской сомнологии.*



И. А. Кельмансон

**К** сожалению, проблемы со сном наблюдаются не только у взрослого населения, но и у детей. Между тем, состояние сна является особенно важным для развивающегося детского организма. В это время протекают процессы восстановления энергии, роста, вырабатываются важные гормоны, формируются факторы иммунной защиты. В фазе быстрого сна происходит усвоение полученной информации, разрешаются психологические проблемы, создается прогноз на будущее. Неудивительно, что детской сомнологии всегда уделяется повышенное внимание. Так было и на прошедшей конференции. Открыл заседание д. м. н., проф. **И. А. Кельмансон. Он познакомил слушателей с результатами проведенного им исследования, целью которого было выявить**

нарушения сна у детей в возрасте 2, а затем и 8 месяцев. Родителей спрашивали о проблемах, связанных собственно с укладыванием ребенка; о задержке наступления сна; его продолжительности, тревожности; ночных пробуждениях и т. д. Были выявлены положительные статистически достоверные корреляции парных показателей в возрасте 2 и 8 месяцев, отражающих степень выраженности у детей парасомнии и нарушения дыхания во сне. Такие признаки, как сопротивление укладыванию спать, тревожность сна и парасомния чаще отмечались у детей в 8 месяцев. Таким образом, нарушения сна имеют тенденцию к большей выраженности у детей к концу первого года жизни. И. А. Кельмансон обратил внимание слушателей на то, что некоторым видам нарушений



## VII Всероссийская конференция «Актуальные проблемы сомнологии»

следует уделять серьезное внимание, поскольку они имеют тенденцию к дальнейшему усугублению по мере роста ребенка.

**Полуэктов М. Г.** (к. м. н., доцент Первого МГМУ им. И. М. Сеченова) говорил о тактике лечения инсомний. Главный недостаток медикаментозной терапии, по его мнению, состоит в том, что до сих пор не было выявлено препаратов, эффективность которых была бы подтверждена доказательной медициной. Кроме того, лекарства не искореняют причину заболевания, и при их отмене проблемы могут вернуться. Если говорить о других методах лечения, то хорошо зарекомендовала себя поведенческая терапия, есть успехи в поиске пищевых, косметических и инвайроменталистских возможностей улучшения сна. Далее М. Г. Полуэктов доложил о результатах исследования, которое показало, что качество ночного сна улучшилось при использовании на ночь более питательной пищевой смеси, обеспечивающей более продолжительное чувство насыщения. Это выразилось в увеличении продолжительности сна, уменьшении числа пробуждений и времени бодрствования ночью, сокращении времени засыпания вечером.

Инсомния в виде нарушения ассоциации засыпания отмечается приблизительно у 25% детей младенческого и раннего возраста. Она проявляется в виде длительного (больше 30 мин.) периода засыпания, когда ребенок не может уснуть без привычных действий (укачивания или сосания), а также в виде частых ночных пробуждений с плачем и «требованием» вновь повторить данные действия для поддержания сна. Для подавления нежелательного стереотипа поведения и формирования нового, правильного, используется поведенческая терапия. Одному из методов поведенческой терапии было посвящено выступление руководителя Областного детского центра функциональных расстройств нервной системы у детей г. Екатеринбурга, врача-невролога

**Э. Ш. Сагутдиновой.** Она предложила заменить привычные действия, используемые для инициации и поддержания сна ребенка, ритмической стимуляцией в виде однотипных повторяющиеся звуковых (метроном и шум прибоя) и световых (ночник с движущимися бликами) стимулов. Детей, принимавших участие в исследовании, разделили на две группы: основную и контрольную. В группе детей, получавших ритмическую стимуляцию, время засыпания достоверно уменьшилось уже к 3 дню лечения. После 7 дня терапии достоверно уменьшилось количество ночных пробуждений, и в 35% случаев дети спали всю ночь не просыпаясь, к 14 дню это показатель вырос до 53,8%. Родители этих детей отметили, что в дальнейшем применении ритмической стимуляции нет необходимости. К 30 дню в основной группе сон нормализовался у 92,3% детей. Отсутствие эффекта или отказ от лечения зафиксирован только в 2,3% случаев ( $p < 0,05$ ). Закрывая конференцию, д. м. н., проф. Первого МГМУ им. И. М. Сеченова **Я. И. Левин** поблагодарил



*М.Г. Полуэктов*

всех за активность и поздравил собравшихся с тем, что сомнологическое сообщество «не стоит на месте, а развивается». Во многом этому способствует и проведение таких конференций. 🌸

*А. Зименкова*





## Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы охраны здоровья матери и ребенка» в Ярославле



**В**ыступая на пленарной части научно-практической конференции, ректор ГОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия Росздрава» профессор А. В. Павлов отметил, что «сегодня мы должны заботиться о здоровье матери и ребен-

ка на стадии рождения. От этого зависит здоровье детей и нации в будущем, и именно в этом состоит основа улучшения демографической ситуации в России. В 2009 году в России родился 1 млн 764 тыс. детей, что на 50,2 тыс. детей больше, чем в 2008 году.

Коэффициент рождаемости (на 1000 человек населения) составил 12,4 по сравнению с 12,1 в 2008 году. Доля вторых и третьих рождений увеличилась с 44,2% в 2008 году до 45,3% в 2009 году. Суммарный коэффициент рождаемости (число детей, рожденных в среднем одной женщиной) составил 1,56 (в 2008 году – 1,49). Более высокий уровень рождаемости в России регистрировался только до 1992 года. Однако здоровье новорожденных оставляет желать лучшего. Статистика свидетельствует: на одного родившегося ребенка в среднем приходится 1,5–2 заболевания.

### **Своевременная диагностика врожденного вывиха бедра – важная социальная проблема**

Вопросу ранней диагностики и лечения наиболее распространенных заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей грудного возраста был посвящен доклад д. м. н., профессора, заведующего кафе-

дрой неврологии детского возраста РМАПО В. П. Зыкова. По его мнению, подходы к диагностике и лечению врожденных нарушений формирования тазобедренных суставов (ВНФТС) зависят от степени их выраженности. Патология тазобедренных суставов при тазовом предлежании плода встречается в 17–30% случаев, при этом соотношение количества девочек и мальчиков с ВНФТС составляет 6:1. Как правило, дисплазия и вывих тазобедренных суставов чаще наблюдаются у детей, рожденных при первых родах.

К сожалению, отметил докладчик, мнения врачей лечебных учреждений по вопросам диагностики и лечения дисплазии тазобедренных суставов не всегда совпадают. Все чаще практикующие врачи не ставят диагноз дисплазии ребенку до 6 месяцев, ограничиваясь констатацией задержки развития суставов. Нередко клиническая картина не дает оснований заподозрить дисплазию, и в итоге ребенок, которому поставлен диагноз задержки развития суставов, а не дисплазии, не получая надлежащего лечения в первые месяцы жизни, через несколько месяцев имеет уже явные признаки дисплазии. Существует целый ряд ранних симптомов, на основе которых врач может заподозрить у ребенка до года дисплазию, однако не все они одинаково достоверны. Например, одним из признаков врожденной патологии тазобедренных суставов, который врачи очень часто демонстрируют родителям в качестве визуального подтверждения заболевания, является асимметрия ягодичных складок у ребенка. Однако данный симптом сомнителен, он встречается и у совершенно здорового ребенка и не может быть основанием для постановки даже предварительного диагноза. Хруст в тазобедренных суставах при разведении бедер ребенка также вероятный симптом, однако в одном случае это признак дисплазии, а в другом – врожденная конституциональная особенность.

*11 ноября в Ярославле состоялась научно-практическая конференция «Актуальные вопросы охраны здоровья матери и ребёнка».*

*В ней приняли участие около двухсот практикующих врачей: акушеров-гинекологов, неонатологов и детских неврологов педиатров Ярославской области, а также ведущих специалистов в области акушерства, гинекологии, педиатрии, неонатологии, неврологии и анестезиологии из Москвы, Екатеринбурга и Иванова.*

*Мероприятие было организовано департаментом здравоохранения и фармации Ярославской области.*



## Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы охраны здоровья матери и ребенка» в Ярославле

Чтобы уточнить диагноз, необходимо прибегнуть к вспомогательным методам исследования – УЗИ и рентгенографии тазобедренных суставов. Одним из главных преимуществ УЗИ является возможность его применения в первые три месяца жизни ребенка, когда рентгенография нежелательна в связи с недостаточной визуализацией хрящевой ткани (которая преобладает в тазобедренных суставах у детей этого возраста) и вредностью для ребенка лучевой нагрузки. Рентгенография может дать информацию о форме вертлужной впадины, установить или отвергнуть диагноз ВНФТС только у детей старше года. Однако это поздняя диагностика, ребенок уже ходит, и если диагноз подвывиха или вывиха бедра поставлен, чаще всего необходимо стационарное лечение или оперативное вмешательство. Нередки случаи, когда на рентгеновском снимке визуализируются все признаки дисплазии, а при осмотре предвывих не диагностируется. В таком случае для подтверждения диагноза проводят УЗИ, которое четко показывает наличие хорошо развитого хряща и позволяет установить, что дисплазия отсутствует, а есть обычный рахит, замедление энхондральной оссификации, которое встречается все чаще, особенно в экологически неблагоприятных регионах страны. Такой ребенок не нуждается в ортопедической помощи, ему требуется лечение рахита. О возможности такой ошибки должен помнить каждый ортопед, педиатр или детский хирург.

В. П. Зыков отметил, что «не только врачи виноваты в том, что не проводится адекватное своевременное лечение. Очень часто родители не выполняют рекомендаций ортопеда: не надевают стремена Павлика, не применяют аппарат Гневковского, не приходят на очередной осмотр, оправдываясь тем, что «жалели» ребенка, ведь фиксация бедер в положении отведения у ребенка, который уже начал ходить – это настоящее испытание для психики не только

самого пациента, но и его родителей. Оперативное лечение вывиха бедра очень травматично, в ходе операции ломают бедренные и тазовые кости, меняют угол наклона головки бедра, формируют необходимую конфигурацию вертлужной впадины. Иногда во время таких операций проводится переливание крови».

Ребенка с врожденным вывихом бедра вылечить можно. Главное – обратиться к специалистам в ранние сроки, когда время еще не упущено. Проблема своевременной диагностики врожденного вывиха бедра – это социальная проблема и медики в одиночку, без участия самих родителей, не в состоянии решить ее.

### Детская неврология и задержка психоречевого и психомоторного развития у детей раннего возраста

Именно этой теме было посвящено выступление **д. м. н., профессора РГМУ Р. Ц. Бембеевой**. Следует понимать, считает докладчица, что задержка речевого развития (ЗРР) и задержка психоречевого развития (ЗПРР) – это не самостоятельные заболевания, а следствия некоторых отклонений в здоровье ребенка, а именно нарушения работы мозга, центральной нервной системы, генетических или психических расстройств. Изучая анамнез детей с задержкой речевого развития, специалисты установили, что к нарушению нормального становления речи у детей могут приводить различные неблагоприятные воздействия в период внутриутробного развития, преждевременные, длительные или стремительные роды, долгий безводный период, родовые травмы, асфиксия плода в родах, гидроцефалия и увеличенное внутричерепное давление, генетическая предрасположенность, психические заболевания и даже ранний перевод ребенка на искусственное вскармливание. Тяжело протекающие детские болезни, особенно в первые три года жизни, черепно-мозговые травмы

или просто оставленные без внимания частые падения, понижение слуха различной степени – все это может служить причиной отставания в речевом развитии. При воздействии неблагоприятных биологических или социальных факторов наиболее существенно повреждаются именно те области головного мозга, которые в данный момент наиболее интенсивно развиваются. Исследования показали, что задержкой речевого развития часто страдают дети, чьи мать или отец имеют какие-либо психические расстройства, часто ссорятся или злоупотребляют алкоголем. Причинами для тревоги могут стать следующие явления:

- в два года ребенок использует небольшое количество отдельных слов и не пытается повторять новые слова;
- трехлетний малыш говорит настолько невнятно, что его с трудом понимают даже родные, не произносит простых предложений (подлежащее, сказуемое, дополнение), не понимает простых объяснений или рассказов о событиях в прошлом или будущем;

### Случай из клинической практики:

*Ребенок 2,5 года. Ему проведена первая операция, после которой назначен строгий постельный режим. В дальнейшем малыша ждет снятие швов и наложение гипсовой повязки, с которой мальчишка на месяц отправят домой. Потом врачи будут проводить разработку движений, массаж, гимнастику. Когда восстановятся движения в первом прооперированном тазобедренном суставе, сделают операцию на втором суставе. Через 1,5 месяца ребенок снова будет находиться в гипсе с соблюдением строгого постельного режима. Только через 5–6 месяцев после второй операции ему удалят металлические конструкции и разрешат сидеть, а ставить ребенка на ноги будут только через год после последней операции. В лучшем случае, год и три месяца ребенок будет прикован к постели. В любом случае ребенок становится инвалидом с детства, риск осложнений будет определять всю его дальнейшую жизнь, недаром есть такое утверждение: там, где побывал нож хирурга, нормы быть не может.*



## Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы охраны здоровья матери и ребенка» в Ярославле

- у малыша любого возраста постоянно приоткрыт рот или наблюдается повышенное слюноотделение без явных причин (не связанное с ростом зубов).

Но независимо от причины, которая привела к повреждению головного мозга, исход одинаков – разные зоны головного мозга начинают работать неправильно или недостаточно активно.

Итак, где же находится граница между индивидуальными особенностями развития конкретного ребенка и отставанием? По мнению автора доклада, рамки, которые учитываются нормами развития, достаточно гибкие. Если ваш малыш в год говорит не 10 слов, а только 7, тревожиться не стоит. Колебания допустимы в пределах 2–3 месяцев. Причем для мальчиков возможно отставание от девочек на 4–5 месяцев. Многие считают, что есть некая зона, область мозга, отвечающая за развитие речи. В реальности речь формируется только при согласованной работе обоих полушарий мозга.

Для полноценного и своевременного речевого развития нужно, чтобы гармонично развивались как правое полушарие, которое отвечает за эмоционально-образную сферу, пространственное мышление и интуицию, так и левое полушарие, отвечающее за рационально-логическое мышление. У мальчиков пучок нервных волокон, соединяющих оба полушария, тоньше, чем у девочек, и развивается медленнее. Поэтому бывает, что обмен информацией между полушариями затруднен, из-за чего мальчикам сложнее облечь свою мысль в форму грамматически правильного высказывания. Если нет мозговых и психических отклонений в развитии, при раннем небольшом отставании в речевом развитии мальчик с помощью специалистов успешно преодолеет его.

Таким образом, начинать работу по преодолению задержек в развитии малыша нужно как можно раньше. Исключительно лекар-

ственная терапия приносит мало результата, если она не подкреплена педагогическим воздействием. Наиболее важной задачей работы учителя-дефектолога является повышение уровня психического развития детей: интеллектуального, эмоционального и социального.

Педагог обеспечивает коррекцию (исправление и ослабление) негативных тенденций развития, предупреждает появление вторичных отклонений в развитии и трудностей в обучении на начальном этапе. В своей работе учитель-дефектолог активно использует наглядные, практические, технические средства реабилитации и проводит коррекционные занятия в игровой форме по индивидуальному плану. Нет общей методики, которая помогает абсолютно всем, необходим индивидуальный подход.

Очень важно, чтобы родители, заметив у малыша признаки задержки речевого развития, не просто уповали на помощь специалистов, но и сами активно занимались со своим ребенком. *Для лечения задержки психо-речевого развития оптимальным является комплекс процедур: электрорефлексотерапия + логопед-дефектолог + лекарственная терапия.*

Задержка речи в наше время объясняется не столько медицинскими факторами, сколько изменившимися социально-культурными условиями, в которых растут наши дети.

У работающих родителей остается все меньше свободного времени для своих детей. Так, у матери имеется в среднем около 12 минут в день на то, чтобы поговорить с ребенком. Как следствие всего этого, растет число детей, которые тратят на просмотр телевизора 3–4 часа в день.

Особенно внушает опасение тот факт, что даже маленькие дети 2–5 лет смотрят телевизор в среднем 1–2 часа в день. Казалось бы, малыш, сидя перед телевизором, постоянно слышит речь, причем, как правило, громкую, разно-

образную и выразительную. Что ему мешает усваивать ее?

Дело в том, что речь, слышимая ребенком с экрана телевизора, не оказывает на него должного воздействия и не играет значимой роли в речевом развитии. Она не воспринимается детьми раннего возраста как адресованная им лично и не включена в их практическую активность, а потому не имеет для них никакого значения, оставаясь лишь фоном для мелькающих на экране зрительных стимулов. Доказано, что маленькие дети не выделяют отдельных слов, не понимают диалогов и не вслушиваются в экранную речь. Только непосредственное участие взрослого в практической деятельности малыша способно обеспечить нормальное речевое развитие.

Для преодоления отставаний в развитии речи необходимы по крайней мере два обязательных условия:

- включенность речи в активную деятельность ребенка;
- индивидуальная адресованность речи непосредственно к самому ребенку.

В завершении своего доклада Р.Ц. Бембеева напомнила родителям: будьте чутки и внимательны к своим малышам! В первую очередь, именно ваше осмысленное участие в жизни детей – основа их дальнейшего благополучия. Не залечивайте их от «предполагаемых болезней», но если вас что-то действительно тревожит и заботит, найдите возможность получить независимую консультацию квалифицированного специалиста.

После доклада Р.Ц. Бембеевой состоялся круглый стол по проблеме врожденной цитомегаловирусной инфекции, в ходе которого разбирали клинические случаи. Экспертом выступил профессор Д.Н. Дегтярев, участие в обсуждении приняли неонатологи Ярославля и Ярославской области. ✨

Елена Кулькова



## Научно-практическая конференция «Совершенствование педиатрической практики. От простого к сложному»

# Рационально и взвешенно

Открывая конференцию, директор Университетской детской клинической больницы, зав. кафедрой детских болезней лечебного факультета, д. м. н., проф. **Н. А. Геппе** рассказала, что программу конференции традиционно определили реалии современного здравоохранения. Она также поблагодарила специалистов, которые приехали поделиться самыми последними достижениями в своих областях. Особенностью этой конференции стало активное участие молодых ученых. Н. А. Геппе с радостью обратила внимание участников на то, что клинические ординаторы и студенты старших курсов подготовили постерную сессию, отражающую наиболее актуальные направления современной педиатрии.

В мероприятии принял участие председатель комиссии по охране здоровья, экологии, развитию физической культуры и спорта Общественной палаты РФ **Е. Е. Ачкасов**. Он отметил огромный вклад Университетской детской клинической больницы и кафедры детских болезней Первого МГМУ им. И. М. Сеченова в развитие не только отечественной, но и мировой педиатрической науки. Он также обратил внимание на высокий уровень организации конференции: «С каким желанием, какой инициативой проводят свои мероприятия педиатры! Этому у вас стоило бы поучиться всем остальным специалистам!»

Проф. **Н. Н. Потекаев**, директор Научно-исследовательского центра Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, выразил надежду, что участие в конференции поможет врачам в дальнейшем принимать наиболее рациональные и взвешенные решения по профилактике, диагностике и лечению заболеваний у детей.

В программу заседаний прежде всего были включены вопросы,

которые волнуют практикующих врачей-педиатров. Много докладов было посвящено респираторным инфекциям, их фармакотерапии, иммунопрофилактике, вопросам ведения детей с бронхиальной астмой, аллергическим ринитом. Прошли симпозиумы, на которых обсуждались патологии кишечника, заболевания желудочно-кишечного тракта. Отдельно рассматривались сложные клинические случаи с преломлением современных научных исследований, проведенных в том или ином направлении. Так, был поднят вопрос диагностики системных васкулитов и разобраны случаи системных заболеваний соединительной ткани. Подробно была рассмотрена проблема диагностики и лечения ювенильных артритов. В рамках этой темы было проведено рабочее совещание по вопросу этапов наблюдения пациентов с ревматическими заболеваниями. Кроме того, для участников была организована выставка, на которой можно было познакомиться с новыми лекарственными препаратами, средствами ухода за малышом, продуктами питания.

Всего в мероприятии приняли участие около 300 специалистов из Москвы и других регионов России, чья деятельность связана со здоровьем подрастающего поколения. Среди них не только педиатры, но и врачи общей практики, аллергологи, пульмонологи, ревматологи, дерматологи, фтизиатры, оториноларингологи, невропатологи, диетологи и другие специалисты. Все были единодушны в том, что конференция прошла на высоком уровне. Такая оценка работы организаторов приобрела особое звучание в преддверии двойного юбилея: в следующем году кафедре детских болезней исполнится 100 лет, а Университетская детская клиническая больница отметит 120-летие. 🌸



*29–30 ноября 2010 г. в Научно-исследовательском центре Первого МГМУ им. И. М. Сеченова уже в пятый раз состоялась ежегодная Научно-практическая конференция «Совершенствование педиатрической практики. От простого к сложному». Ее организаторами выступили Университетская детская клиническая больница, Кафедра детских болезней лечебного факультета и Технопарк Первого МГМУ им. И. М. Сеченова. Отметим, что больница и кафедра представляют собой один из крупнейших в РФ лечебных, учебных, научных комплексов, в которых работают высококвалифицированные специалисты.*





# 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)



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



www.mediexpo.ru  
www.ncagip.ru

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

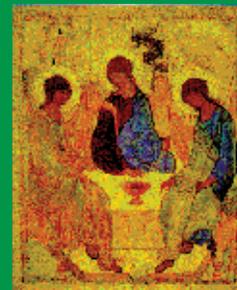
Название, тематика мероприятия	Участники	Дата проведения	Место проведения
Актуальные вопросы репродуктивного здоровья	Акушеры-гинекологи, *КДЛ при наличии в программе доклада для данной специальности	1 апреля	Санкт-Петербург
Охрана здоровья матери и ребенка	Акушеры-гинекологи, педиатры, неонатологи, *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

МЕДФОРУМ

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



# XVIII РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС «ЧЕЛОВЕК И ЛЕКАРСТВО»



11–15 апреля 2011 года г. Москва

## ОСНОВНЫЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНГРЕССА:

■ Хронические неинфекционные заболевания человека: профилактика, лечение, мониторинг, стратегии сокращения факторов риска ■ Первичная медико-социальная помощь: пути совершенствования ■ Медицинская этика, деонтология, мораль современного врачебного сообщества ■ Стратегия и тактика лечения основных заболеваний человека с позиций доказательной медицины ■ Инновационные технологии профилактики и оказания медицинской помощи детям ■ Новые технологии диагностики и терапии инфекционных заболеваний ■ Актуальные вопросы неврологии и психиатрии ■ Эндокринологические заболевания в акушерско-гинекологической практике ■ Безопасность применения лекарственных средств ■ Информационные технологии в медицине

**Организационные формы:** пленарные доклады, актовые лекции, пленумы, конференции, телеконференции, научные симпозиумы, дискуссии, совещания, деловые встречи, клинические разборы, лекции для практикующих врачей, образовательные семинары, школы для практикующих врачей, конкурсы научных работ молодых ученых, Конкурс студенческих научных работ

## ШКОЛЫ ДЛЯ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ:

- Кардиология (артериальная гипертония)
- Гастроэнтерология
- Пульмонология
- Неврология
- Ревматология
- Эндокринология (сахарный диабет)
- Онкология
- Гематология (клиническая гемостазиология)
- Неонатология
- Педиатрия (оказание догоспитальной помощи)
- Педиатрия (кардиология)

## КОНКУРСЫ НАУЧНЫХ РАБОТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ:

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

## КОНКУРС СТУДЕНЧЕСКИХ НАУЧНЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ:

- «Лечение основных заболеваний человека»

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

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

<i>Прием документов</i>	<i>Дата начала</i>	<i>Дата окончания</i>
Заявки на симпозиум, телеконференцию, семинар, дискуссию, лекцию (доклад) и пр.	01. 09. 10	30. 12. 10
Тезисы	01. 09. 10	15. 12. 10
Конкурсные работы	01. 09. 10	18. 01. 11
Регистрационные карты	01. 09. 10	05. 04. 11
Заявки на участие в Выставке	01. 09. 10	11. 03. 11

## КОНТАКТЫ:

Тел/факс: (499) 267-50-04, (499) 261-22-09 (секретарь)  
Тел: (495) 785-62-72 (научная программа), (495) 785-62-71 (выставка и реклама)  
E-mail: [publish@medlife.ru](mailto:publish@medlife.ru) (тезисы)  
[reg@medlife.ru](mailto:reg@medlife.ru) (регистрационные карты)  
[trud@medlife.ru](mailto:trud@medlife.ru) (заявки на участие в научной программе, конкурсные работы)  
[stend@medlife.ru](mailto:stend@medlife.ru) (заявки на участие в выставке)

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

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