

ГОСПИТАЛ

*NE CEDE MALIS
НЕ ПАДАЙ
ДУХОМ В
НЕСЧАСТЬЕ!*

БОЛЬНИЦА

№ 4-5
2002

**НАУКА
И ПРАКТИКА:**

**Научный центр
здоровья детей
РАМН**

Гастроэнтерология

**Атопический
дерматит и
состояние
желудочно-
кишечного тракта**

СТР. 3–9

ЛЕКАРСТВА

СТР. 10–19

**Наш гость
ЕВГЕНИЙ
САМОЙЛОВ**

СТР. 20



*Профессор Петр Леонидович Щербаков:
«Лечение язвенной болезни должно быть комплексным.
Даже учитывая большую роль хеликобактерной
инфекции в развитии язвенной болезни и гастрита,
остальные факторы тоже остаются актуальными и
коррекция их совершенно необходима».*

Легенда века



В конце Тверского бульвара, там, где раньше стоял бронзовый опекушинский Пушкин, на невысоком постаменте лежит массивный гранитный многоугольник, на месте которого будет установлен памятный знак всем, кто удостоен звания «Легенда века». Среди этих уважаемых и достойных людей есть один, с которым мне посчастливилось встречаться не один раз. Его зовут Борис Васильевич Петровский.

Каждый раз иду на встречу с ним не без внутреннего трепета. И трепет мой внутренний происходит не от его многочисленных титулов и званий, вовсе нет. Меня волнует встреча с этим Человеком, с этим Врачом.

Когда при последнем визите я спросил по поводу присвоения ему премии «Легенда века» – что же он сам считает самым главным, самым легендарным из всего сделанного? Борис Васильевич сказал: **«Самое легендарное состоит в том, что мне повезло стать врачом».**

Он, вслед за Гиппократом, считает медицину не только наукой, но и искусством. Как о самом ярком впечатлении рассказывает о посещении греческого острова Кос, куда он приехал вместе со своими ровесниками, выдающимися хирургами современности Дебейки и У-Ши-Каем. С гордостью показывает медную доску с выбитой на ней клятвой Гиппократов. Клятве этой он был верен – и как блестящий хирург, и как ученый, и как один из самых замечательных министров, много сделавший для развития отечественного здравоохранения.

Недавно вышла новая книга Б. В. Петровского с очень выразительным названием «Героизм, драматизм и оптимизм медицины». Драматические эпидемии, медицина на войне, вопросы врачебной этики, счастье хирурга и жизнь хирурга, власть, закон и здоровье – вот неполный перечень вопросов, которые он в ней поднимает. Есть еще две интереснейших главы, посвященные взгляду автора на ранение и болезнь В. И. Ленина и на ранение и смерть А. С. Пушкина. Интересны побудительные мотивы написания этих глав. Это, прежде всего, попытка установить с точки зрения состояния медицины того времени: все ли сделали врачи для спасения своих пациентов, не допустили ли они каких-либо ошибок, способных повлиять на исход лечения. Защита доброго имени врачей – вот главная забота Бориса Васильевича Петровского. И в том и в другом случае, он считает, медицина сделала все, что могла, и у историков нет повода упрекать медиков.

Академик РАН и РАМН, почетный директор РНЦХ Борис Васильевич Петровский и сегодня в строю, готовится в июне отметить свой 94 день рождения. Редакция газеты «Больница» от имени своих читателей поздравляет его с этим событием.

Михаил Кукулевич. Фото Владимира Бахарева

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Вот уже девять лет весной проходит симпозиум по детской гастроэнтерологии, ставший традиционным, привычным и ожидаемым событием. В этом году впервые он состоялся не в Москве, а в Санкт-Петербурге.

IX симпозиум был организован Российским государственным медицинским университетом, Научно-исследовательским центром здоровья детей МЗ РФ (Москва), Ассоциацией детских гастроэнтерологов Санкт-Петербурга, Военно-медицинской академией (Санкт-Петербург) при поддержке Министерства здравоохранения Российской Федерации и Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга. В работе симпозиума приняли участие ведущие специалисты в области детской гастроэнтерологии и нутрициологии: профессора В. А. Таболин, Н. П. Шабалов, И. М. Воронцов, В. В. Иванова, И. Я. Конь и многие другие. Лекции были актуальными, интересными, подготовленными на высоком научном уровне, и, кроме того, важными с точки зрения практикующего врача.

На протяжении последних лет отмечается неуклонный рост частоты заболеваний органов пищеварения у детей. Перестала быть редкостью в детском возрасте язвенная болезнь, желчнокаменная болезнь, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Чаще диагностируются наследственные заболевания и никого сегодня не удивляет диагноз целиакии. Пилорический хеликобактериоз также занял твердое положение в детской гастроэнтерологии. Инфекционные заболевания ЖКТ остаются серьезной проблемой как с точки зрения эпидемиологии, так и с точки зрения своевременной диагностики и эффективного лечения. Именно поэтому примерно половина сообщений на симпозиуме так или иначе были связаны с инфекционными заболеваниями.

Касаясь заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта у детей, особое внимание было уделено так называемым кислотозависимым состояниям: гастроэзофагеальной-рефлюксной болезни и язвенной болезни. На секции «Синдром мальабсорции» вновь и вновь докладчики обращались к вопросам лечения муковисцидоза и целиакии, большую аудиторию собрали лекции по желчнокаменной болезни, билиарным дисфункциям и профилактике вирусных гепатитов А и В, а среди тем секции «Болезни толстой кишки» несколько докладов были посвящены болезни Крона у детей, заболеванию, которое еще недавно считалось не частым даже у взрослых. На отдельных секциях рассматривались современные взгляды на рациональное детское питание, роль и место про- и пребиотиков.

Участники симпозиума получили второе издание «Руководства по детской гастроэнтерологии на компакт-диске» (под ред. С. В. Бельмера и А. И. Хавкина). Кроме того, им была представлена новая книга А. М. Запруднова и Л. А. Харитоновой «Особенности желчнокаменной болезни у детей» и книга А. А. Корсунского, П. Л. Щербакова и В. А. Исакова «Хеликобактериоз и болезни органов пищеварения у детей».



НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ РАМН: НОВЫЕ РУБЕЖИ

Прошло почти три года после нашего первого репортажа из стен Научного центра здоровья детей РАМН. Перемены, произошедшие за это время, видны невооруженным глазом – похорошела территория, обновился здания, по всему чувствуется – дела здесь идут не плохо. И, тем не менее, вопрос академику РАМН Александру Александровичу Баранову, руководителю центра, традиционный:

– Александр Александрович, что удалось сделать за это время и каковы планы на будущее?

– В этот период мы развивались в разных направлениях. Много внимания уделили созданию совершенно уникального, на мой взгляд, структурного подразделения – Консультативно-диагностического центра для детей и подростков. Этот центр создан благодаря активной поддержке Правительства России, Министерства здравоохранения РФ, Федерального фонда медицинского страхования. Здание КДЦ полностью реконструировано, хорошо оснащено и потому работает наш Центр с большой отдачей. В прошлом году он принял более 65000 пациентов. Количество проконсультированных больных увеличилось в три раза! Это дети Москвы, Московской области и регионов России. Нужно сказать, что здесь мы отработываются новые формы амбулаторно-поликлинической помощи, в частности, стационаро-замещающие технологии. Создан, например, многопрофильный дневной стационар, куда преимущественно идут дети с заболеваниями аллергической природы, болезнями органов пищеварения, бронхолегочными заболеваниями, болезнями ЦНС.

Кроме того, Консультативно-диагностический центр стал проводить Дни открытых

дверей. Это очень интересная форма работы: в эти дни без всякой бюрократической волокиты КДЦ принимает всех, кто желает к нам прийти – с документами и без них. Приходит около 500 человек, как правило, с серьезными болезнями. Прием ведется в 30–35 кабинетах в две смены – с утра до вечера. Учитывая то, что Минздрав РФ принял решение о всеобщей диспансеризации детей и подростков, мы решили проводить такие дни регулярно, каждую субботу, организовав при этом диспансеризацию для всех желающих. Кстати, в структуре заболеваний, волнующих родителей, на первом месте стоят болезни органов пищеварения, на втором – аллергические болезни, на третьем – психо-неврологические.

У нас серьезные планы по дальнейшему расширению возможностей восстановительного лечения детей. Мы завершаем работу над проектом здания реабилитационного центра, который будет включен в единый комплекс со зданием КДЦ. Таким образом создадим полноценное учреждение, где диагностика и реабилитация будут действовать фактически под одной крышей. На эти цели выделены средства из федерального бюджета, планируем уже в этом году начинать строительство. Он будет располагаться на площади в 5000 кв. метров. Там будут представлены все виды восстановительного лечения при различной патологии для детей от 0 до 18 лет.

Что еще появилось нового? В Научном центре созданы новые структурные подразделения. В частности – отдел фундаментальных проблем формирования здоровья детей, который включил в себя лаборатории питания здорового и больного ребенка, лаборатории экологической патологии и отделение остеопороза. Основная задача этого отдела – исследовать основные факторы риска, формирующие болезни у детей и разрабатывать рекомендации по их нивелированию. Другое новое отделение – эндоскопии, для которого мы закупили самое совершенное на сегодняшний день оборудование. Его возглавил детский эндоскопист профессор П. Л. Щербakov. Очень

быстро специалистам удалось внедрить эндоскопические методы лечения, в частности, эндоскопическую хирургию, и сегодня, амбулаторно, мы можем проводить целый ряд малых операций.

Динамично развивается наш учебный центр. В течение года у нас проходят обучение до полутора тысяч врачей из разных регионов России по 15 педиатрическим специальностям, в том числе и по гастроэнтерологии и эндоскопии. Существенно прибавил в своей деятельности и второй наш институт – Гигиены и охраны здоровья детей и подростков. Там были серьезные проблемы в кадровом обеспечении: не шли молодые люди в аспирантуру, но сейчас вопрос решается во многом благодаря усилиям молодого энергичного директора В. Р. Кучмы. Сегодня там очень активно работает Центр сертификации товаров детского ассортимента и печатной продукции, что чрезвычайно важно в плане профилактики отрицательно влияния недоброкачественных товаров на состояние здоровья подрастающего поколения.

– А что нового в деятельности Союза педиатров России?

– Вы хорошо знаете, что мы проводим массу конференций, симпозиумов, семинаров, традиционные конгрессы – это наша рутинная работа. А вот недавно появилась интересная идея: мы запланировали в будущем году провести форум: Дети в чрезвычайных ситуациях. Там будут обсуждаться вопросы не только медицинские, но и психо-социальные: дети – жертвы военных действий, жертвы насилия со стороны взрослых, проблемы беженцев, детской беспризорности и т. д. В проведении форума будут участвовать и МВД, и МЧС, и Министерство образования и другие заинтересованные службы. Это будет серьезный форум с международным участием, в организации которого нас активно поддерживает Правительство России.





ОБШИРНАЯ СТРАНА ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

Ну а должность главного специалиста Минздрава РФ по детской гастроэнтерологии и эндоскопии является административным внештатным званием, которое я стараюсь оправдать. Моей основной задачей, вместе с главными детскими гастроэнтерологами различных регионов России, в этом плане, является организация гастроэнтерологической помощи детям на современном уровне.

– Как вы считаете, должен ли врач-гастроэнтеролог сам в полном объеме владеть эндоскопией?

– Это подход в большей степени европейский – там каждый гастроэнтеролог владеет диагностической эндоскопией. В нашу практику это тоже начинает входить, но у нас своя специфика – в России эндоскопия выросла из хирургии. Хирурги первыми начали делать лапароскопию и эндоскопические исследования желудочно-кишечного тракта. И сегодня эндоскопию можно разделить на общую рутинную диагностику и специфические, тонкие исследования, скажем, глубокую еюноскопию, когда осматривается до 90 см тощей кишки. Проведение специальных исследований, таких как ретроградная панкреатохолангиография, колоноскопия, врачу-гастроэнтерологу освоить трудно, да и материально это достаточно сложно из-за дороговизны эндоскопического оборудования, которое к тому же требует постоянного ухода. Но в то же время любой гастроэнтеролог должен разбираться в эндоскопической картине, точно так же, как любой врач должен разбираться в картине ультразвуковой диагностики, в рентгенограмме, хотя никто же от него не требует, чтобы он был рентгенологом.

– Давайте перейдем к самой гастроэнтерологии, к болезням, которыми она занимается. Стоит, наверное, разделить патологию детей раннего возраста и заболевания старших возрастных групп?

– У детей раннего возраста патология органов пищеварения проявляется преимущественно врожденными аномалиями и пороками развития. Это, в частности, синдром рвоты и срыгивания, синдром нарушенного кишечного всасывания, различные пограничные состояния, которые нужно дифференцировать – нуждаются ли они в хирургическом лечении или могут лечиться консервативно. А у детей более старшего возраста, скажем, четырехлетнего, могут проявляться все взрослые заболевания, например желчнокаменная болезнь, хотя в ее генезе тоже лежат врожденные аномалии: врожденный стеноз желчных протоков, перегиб желчного пузыря. С этого же возраста может проявляться и яз-

венная болезнь двенадцатиперстной кишки, и гастриты – так называемые кислотозависимые заболевания. Одним из основных факторов их возникновения является микроорганизм *Helicobacter pylori*. Однако, эти заболевания полиэтиологичны, поэтому имеет значение и семейный фактор, и алиментарный, и иммунологический, и аллергический. Они тоже играют свою роль и их ни в коем случае нельзя сбрасывать со счетов. Хотя, если говорить именно о язвенной болезни, то в популяции по всей России язв, не ассоциированных с хеликобактером всего 4–8% от их общего числа. Сюда входят и острые стрессовые язвы, которые могут быть связаны и с приемом определенных лекарств. Язвы эти проходят бесследно, если исчезает причина, их вызвавшая. А язвенная болезнь, вызванная *Helicobacter pylori*, является заболеванием рецидивирующим, циклическим, дающим обострение чаще весной и осенью. Этот цикл может быть индивидуальным, самый короткий, который мы наблюдали, составил полтора месяца. А может быть обострение и реже – один раз в год. И все же у большинства больных обострения протекают именно весной и осенью, что связано как с циклом развития самого хеликобактера, так и с особенностями иммунной реактивности организма.

– Если хеликобактер не лечить, он так и будет персистировать в организме?

– «Доброго» хеликобактера не бывает. Это – однозначно. Просто есть разные его штаммы, которые несут на себе различное количество факторов агрессии – вакуолизирующий токсин, токсин, разрушающий клетку и т. д. В зависимости от выраженности и количества этих токсинов патологические изменения в слизистой оболочке развиваются в разные сроки – от двух до пятнадцати лет. Но если микроб однажды попал в организм, он всегда в итоге вызывает изменение в виде атрофии слизистой оболочки. В 1994 году этому микроорганизму присвоили «титул» канцерогена I группы. Это значит, что при определенных условиях он вызывает в 100% злокачественные изменения слизистой оболочки.

– Если в семье кто-то болен язвенной болезнью, насколько велика вероятность заражения остальных членов семьи?

– *Helicobacter pylori* передается от человека к человеку при тесном контакте. Внутри семьи циркулирует, как правило, один и тот же штамм. Передается *Helicobacter pylori* через плохо обработанную посуду, и т. п. Впрочем, контакт должен быть длительным. Если контакт с инфицированным человеком кратковременный (поцелуй, рукопожатие и пр.) то в 99% случаев передачи этой инфекции не будет. А если идет длительный период общения, то она может передаваться и орально–

У нас когда-то было модным сравнивать площади различных областей и стран. Помните фразу о том, что в Красноярском крае уместится десять Франций и тридцать Бельгий? Вот и Петр Леонидович Щербаков с заметной гордостью напомнил мне, что общая площадь кишечника в десятки раз превышает, скажем, поверхность кожи, и что трудно найти заболевание, которое бы самым тесным образом не было бы связано с состоянием желудочно-кишечного тракта.

Про доктора медицинских наук профессора Щербакова, заместителя директора Научного центра здоровья детей РАМН, главного детского гастроэнтеролога страны, без преувеличения можно сказать, что он влюблен в свою специальность, поэтому и говорить о ней он готов бесконечно. Мы с удовольствием представляем нашему читателю большое интервью с этим интереснейшим собеседником.

– Петр Леонидович, по специальности вы эндоскопист. Каким же образом вы стали главным гастроэнтерологом?

– Эндоскопия – это мое призвание и первая медицинская специальность. Но истинную любовь к педиатрии и, в частности, к гастроэнтерологии я приобрел, работая сначала ассистентом, а затем и профессором на кафедре пропедевтики детских болезней Российского Государственного медицинского университета. За это я очень благодарен своим учителям, в первую очередь члену-корреспонденту РАМН А. В. Мазурину, зав. кафедрой профессору В. А. Филину, профессору Л. Н. Цветковой. Благодаря им я приобрел широкое клиническое мышление. Исследовать желудочно-кишечный тракт мне всегда нравилась больше прочих, но как можно разобратся в том, что видишь через эндоскоп без глубокого знания гастроэнтерологии?

оральным путем и фекально-оральным, с помощью кокков (своеобразные консервы хеликобактерий, микроскопических размеров сферической формы), в которые превращаются хеликобактерии при неблагоприятных условиях. Есть сведения, что эти кокки могут путешествовать по миру внутри простейших микроорганизмов и передаваться через воду.

– Выходит, надо лечить всю семью?

– Здесь однозначного ответа нет. В Австралии, например, принят закон – если в семье имеется случай рака желудка, вся семья однозначно должна проходить лечение. В других странах такого закона нет, но вот ведь что интересно! Мы проводили исследования в семьях детей, больных язвенной болезнью. Если мы лечили только одного ребенка, и он возвращался в семью, то происходило реинфицирование. Если в семье имелось несколько детей, обострение наступало в 2–3 раза чаще, чем там, где имелся только один ребенок. Если же члены семьи после обследования получали эрадикационную терапию (эрадикация – это уничтожение микроорганизма), то после пятилетнего наблюдения диагноз язвенной болезни снимался вовсе или количество рецидивов резко сокращалось.

– Как сейчас диагностируется хеликобактер?

– История этого вопроса такова. До недавнего времени основным диагностическим методом было гистологическое исследование биоптата слизистой оболочки желудка, который брался при эндоскопическом исследовании. Сейчас все больше и больше мы переходим к неинвазивным методам диагностики. В Москве есть такая лаборатория «Литех», которая специализируется на генной диагностике. Они разработали очень чувствительный метод диагностики (не только хеликобактера – самых разных микроорганизмов) в кале. Анализ недорогой, стоит около 120 рублей. Кроме того, что этот метод определяет по генотипу именно хеликобактер, что повышает его диагностическую ценность, он позволяет определить и чувствительность микроба к антибиотикам, то есть сразу можно назначить и адекватную терапию. Сейчас это наиболее перспективный метод, который можно использовать и для контроля за лечением.

Буквально три месяца назад был зарегистрирован отечественный метод диагностики хеликобактера в выдыхаемом воздухе с по-

мощью меченых атомов углерода. Больной проглатывает меченую мочевины и в результате работы хеликобактера эта мочевины разлагается на углекислый газ и аммиак. Углекислый газ регистрируется специальным прибором. В Санкт-Петербурге разработан еще один диагностический метод – по регистрации аммиака, тоже достаточно чувствительный. Его можно использовать и для первичной диагностики, и для контроля за лечением. Кроме того, существуют диагностические методы по регистрации неспецифических антител в крови, характерных для хеликобактерной инфекции. Этот метод имеет ряд ограничений – его можно использовать у детей старше 8 лет, и он годится только для первичной диагностики. Исследование же биоптата, взятого при эндоскопическом обследовании остается как метод выбора. Если нужно определить свойства микроорганизма, вырастить его на питательной среде и т. д. метод этот незаменим, тем более, что по международной классификации диагноз язвенной болезни можно поставить только по исследованию самого язвенного дефекта, а это возможно только при эндоскопии. Во время эндоскопии взять кусочек слизистой оболочки не представляет никакой трудности, тем более, что сама слизистая лишена нервных окончаний, что делает процедуру безболезненной, а дефект, возникающий при этом, закрывается через 30 минут.

– Где больной может пройти обследование на *Helicobacter pylori*?

– Сначала он должен прийти к гастроэнтерологу в поликлинику и пожаловаться. Если возникнет подозрение на наличие хеликобактера, то в Москве проблем с анализом нет: пациенты могут пройти обследование практически в любом гастроэнтерологическом и эндоскопическом отделении или самостоятельно приехать в «Литех» (Малая Пироговская улица, дом №1) и там сдать анализ кала на ПЦР (полимеразную цепную реакцию) или же сделать это в той лаборатории, которая имеет договор с фирмой. Дыхательную диагностику можно осуществлять только в клиниках, владеющих этой методикой, но их пока не много. Самое простое – провести эндоскопическое исследование,

во время которого у больного возьмут биоптат. В нашей стране это пока самый доступный метод диагностики

– Сохранила ли свое значение диетотерапия в лечении язвенной болезни?

– Лечение язвенной болезни должно быть комплексным. Нельзя увлекаться каким-либо одним видом терапии. Даже учитывая большую роль хеликобактерной инфекции в развитии язвенной болезни и гастрита, остальные факторы тоже остаются актуальными и коррекция их совершенно необходима. Конечно, диетотерапия в последнее время стала намного проще, таких строгих требований, которые применялись еще десять лет назад, уже нет. Но, тем не менее, при язвенной болезни не рекомендуется назначение молока, творога – тех продуктов, которые содержат большое количество кальция. Это связано с тем, что кальций является стимулятором образования соляной кислоты в желудке, а кислота – один из факторов, способствующих образованию язв, и в лечении этих заболеваний большая роль отводится именно подавлению образования кислоты. Кроме того, в активной фазе язвенной болезни рекомендуется назначение протертого стола, но очень кратковременно, не больше семи дней, а потом можно уже значительно расширять диету. Именно столько дней проводится эрадикационная терапия и этого достаточно, чтобы множественные язвы целующегося типа, размером 0,6–0,8 см зарубцевались. Вот после этого диету можно расширять, включая в нее овощи и фрукты. Единственно, что не рекомендуется включать в рацион – сильно раздражающие и аллергизирующие продукты. Например, газированные напитки, продукты жареные на масле, острые продукты – хрен, горчицу, кетчуп. Однако основное лечение язвенной болезни, да и всех кислотозависимых заболеваний, ассоциированных с *Helicobacter pylori*, базируется на использовании специальных лекарственных препаратов. Это в первую очередь кислотоподавляющие препараты – ингибиторы протонной помпы (омепразол). Они сочетаются с антибиотиками – амоксицилином или макролидами (кларитромицином). Причем сочетание омепразола и кларитромицина усиливает действие друг друга, позволяя, тем самым, снизить дозировку антибиотика, сохраняя высокий клинический результат. Третьим препаратом в схеме лечения долгое время являлся метронидазол



(Трихопол). Однако, неправильное и очень широкое применение этого препарата привело к повышению устойчивости к нему. В настоящее время в схемах лечения вместо трихопола рекомендовано использовать макмирор. Четвертым препаратом в схемах лечения является Де-Нол. Он позволяет бороться даже со штаммами микроорганизмов, устойчивых к антибиотикам (при назначении квадротерапии – четырех препаратов одновременно). Кроме того, на основе Де-Нола базируются многие трехкомпонентные схемы лечения. Схемы лечения *Helicobacter pylori* достаточно дороги. Но замена оригинальных препаратов, рекомендованных Союзом педиатров, на более дешевые аналоги приводит только к ухудшению качества лечения, быстрому обострению и, в итоге, более дорогому лечению. Допускается, с позиций фармакоэкономики, заменять препараты лицензионными аналогами, полностью соответствующими стандартам фармакопеи (например, кларитромицин существует в нескольких видах – Кладид и Фромилид, очень близкие по своим фармакологическим свойствам, но отличающиеся по стоимости).

– Какие заболевания пищевода находят сейчас в поле зрения детской гастроэнтерологии?

– Проблем с этим отделом желудочно-кишечного тракта становится все больше и больше, причем, у детей всех возрастов. Это рефлюкс-эзофагит и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. На Западе уже давно занимаются этой проблемой. Из-за природного повышения кислотообразования у детей, их эмоциональной лабильности, часто возникают антиперистальтические движения, и кислое содержимое желудка забрасывается в пищевод, раздражая его слизистую. Возникает воспаление, эрозия, происходит перерождение слизистой оболочки, развивается т. н. пищевод Баретта. Этот процесс, как и атрофия при хеликобактериозе, достаточно длительный и не всегда педиатры это заболевание фиксируют. Именно поэтому им чаще приходится заниматься «взрослым» специалистам. Но сейчас, возможно из-за акселерации, уплотнения времени, все чаще и чаще педиатры вынуждены обращать внимание на эту болезнь. В клинике заболевания – боль за грудиной, нарушение глотания, дискомфорт, отрыжка, частые икоты. К тому же у детей, из-за незавершенности развития нервной системы и незаконченностью ее миелинизации, области

перевозбуждения в коре головного мозга могут активизировать нервы, ответственные за движение желудка и стимулировать заброс кислого содержимого в пищевод. Поэтому часто гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь встречается у детей первого года жизни, как следствие каких-то нарушений при родах и задержки развития иннервации сфинктера, или же у детей более старшего возраста, которые подвержены дополнительной психоэмоциональной нагрузке – у учащихся лицеев, колледжей, вынужденных проводить часы за компьютером.

– Занимаетесь ли вы проблемой дискинезии желчевыводящих путей?

– Это проблема достаточно серьезная. Сейчас диагноз – дискинезия уже не выносятся, но, тем не менее, понятие это сохранилось. Это состояние регистрируется, когда желчь попадает в желудок и развивается болевой синдром. Это связано и с нарушением самой желчевыводящей системы (у детей это и аномалии развития желчного пузыря – перегибы, различные перетяжки, нарушение формирования желчных путей, пузырного и общего желчного протоков) и нарушения иннервации – дискоординированность работы сфинктеров. Дуодено-гастральный рефлюкс – излитие желчи в желудок – является первым признаком нарушения работы желчевыводящей системы. Если она не работает (а желчь нужна для эмульсации жиров для дальнейшего их всасывания и переваривания), то нарушаются процессы пищеварения, затем страдает ферментная система поджелудочной железы, нарушаются процессы всасывания, развивается дисбактериоз – на этом фоне и получается замкнутый круг.

– Есть ли связь между энцефалопатией и явлениями дискинезии?

– Прямая. В большинстве случаев нарушения работы желчевыводящих путей, пищевода, желудка и кишечника связаны с ненормальной работой нервной системы и, вследствие этого, дискоординацией сократительной функции желудочно-кишечного тракта. Этими проблемами у нас серьезно занимается отделение психоневрологии НИИ педиатрии, которым руководит профессор О. И. Маслова.

– Заболевания тонкой кишки входят в зону ваших интересов?

– Да, конечно. Здесь патологию можно разделить на несколько разделов. Мы уже коснулись язвенной болезни луковицы 12-перстной кишки, вызываемой хеликобактером. Кроме того, двенадцатиперстная кишка реагиру-

ет на раздражение из-за неправильного оттока желчи и нарушение вследствие этого процесса всасывания. Организм пытается бороться, на поверхности слизистой оболочки кишки появляется налет «манная крупа» – это расширенные лимфатические протоки – лимфангиозктазии. Если они определяются до уровня фатерова сосочка, из которого и выходит желчь, то это связано именно с явлениями дискинезии. Если же изменения отмечаются после уровня фатерова сосочка и в более глубоких отделах тощей кишки, то они связаны обычно с ферментной недостаточностью и нарушениями процесса всасывания. А первичная ферментная недостаточность чаще всего бывает из-за нарушения работы поджелудочной железы. Кстати, эрозивные поражения желудка, геморрагические гастриты в 70% случаев тоже связаны с нарушением работы этого органа.

Если же еще глубже уходить в тонкую кишку, то там встречаются такие серьезные заболевания, как синдром нарушенного кишечного всасывания или синдром мальабсорбции. У детей он проявляется целиакией, врожденной непереносимостью белка коровьего молока, непереносимостью ряда сахаров. Когда не хватает ферментов, переваривающих сахара и большие молекулы проникают через слизистую оболочку тонкой кишки, то происходит ее атрофия и она разрушается. Это состояние напрямую связано с другой патологией – атопическим дерматитом – аллергическим заболеванием, которое практически никогда не развивается без поражения желудочно-кишечного тракта. У всех детей, страдающих атопическим дерматитом, мы отмечаем и еунит.

– В этом кроется причина вашей совместной работы с аллергологами?

– Конечно, мы общаемся очень тесно. При любых аллергических заболеваниях в той или иной мере задействован пищеварительный тракт. Ибо его поверхность более чем в десять раз превышает поверхность кожи и поверхность легких. Это самая большая система, за что я ее и люблю. При заболеваниях кишечника страдает в основном тощая кишка. Что касается более глубоких отделов – например, подвздошной кишки, то там чаще встречаются заболевания системные – болезнь Крона, скажем. Поражается подвздошная кишка и при вирусных заболеваниях, при иерсениозах, дисбакте-



риозе. Болезнь Крона может, конечно, поражать весь кишечник, а может локализоваться в лимфатических узлах подвздошной кишки, вызывая инвагинацию. Впрочем, для возникновения последней могут быть и другие причины, особенно у детей младшего возраста – незавершенный поворот кишечника, как врожденная аномалия, функциональная недостаточность самой кишки из-за ее длинной брыжейки и т. п.

Что касается заболеваний толстой кишки, то здесь чаще встречаются врожденные аномалии и пороки, такие, как полипы. Эти разрастания слизистой оболочки, похожие на родинки на коже, бывают самые разные – на широком основании, на тонкой ножке. Последние, если они больших размеров, могут травмироваться проходящими каловыми массами, воспаляться, вызывать кровотечение, всегда есть угроза отрыва. Сейчас, с развитием эндоскопических методов исследования, диагностика полипов и их лечение не представляют никакой сложности.

Более серьезные заболевания, такие, как неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, при которой поражаются все отделы толстой кишки, требуют комплексного лечения. Здесь есть определенные достижения. Сейчас разработаны новые препараты на основе пятияминосалициловой кислоты, в совсем тяжелых случаях подключается гормональная терапия, а затем, по необходимости, и хирургическое лечение, которое, к счастью, проводится все реже и реже. При правильном лечении такие дети благополучно вырастают, женятся и детей рожают. Чем раньше это заболевание диагностируется, тем благоприятней прогноз. Поэтому всегда должна быть определенная настороженность врачей, занимающихся детской гастроэнтерологией по отношению к диагностике системных заболеваний.

У детей есть еще одна большая проблема, связанная с этим отделом кишечника – хронические запоры, которые входят в понятие синдрома раздраженной кишки. Его развитие связано с совершенно разными факторами и психоэмоциональными, и постинфекционными

ми, и различными пороками и аномалиями развития, и с более редкими причинами – нарушением формирования кишечной стенки, нарушением ее иннервации. Сюда относятся болезнь Гиршпрунга, мегаколон, локальные удлинения того или другого отдела толстой кишки.

– Петр Леонидович, а каков должен быть подход к назначению ферментных препаратов у детей?

– Врач-гастроэнтеролог должен очень четко определять, какие ферменты нужно назначить в данном конкретном случае. Ферментных препаратов ведь очень много и они очень разные. Есть такие, как абомин, содержащий ферменты желудка, есть комплексные ферменты, способствующие пищеварению в желудке и в кишечнике, такие, как панзинорм. Есть фермент панкреатин – чистый фермент поджелудочной железы, содержащий липазу, амилазу. Такой фермент, как фестал, содержит кроме ферментов поджелудочной железы еще и желчные кислоты, способствующие эмульсации жира и гемицеллюлазу, которая способствует и улучшению перистальтики и нормальному пищеварению в толстой кишке. Поэтому при вторичной панкреатической недостаточности, когда имеется только поражение поджелудочной железы, более правильно назначить именно ферменты поджелудочной железы, их много, часть из них применяется при лечении острых состояний – панцитрат, креон, они быстро восстанавливают состояние железы. В профилактических целях здесь можно назначить мягко действующий мезим, который можно использовать и при каких-то погрешностях в еде. Если же у детей имеются какие-то затруднения со стулом, или есть нарушения оттока желчи, здесь более эффективно будет работать фестал. Если же нарушено переваривание в желудке (это обычно бывает у старших детей), целесообразнее назначить панзинорм. Для каждого фермента имеется своя ниша, и если врач правильно выберет для данного конкретного больного нужный фермент, то он станет для него любимым врачом. Если же фермент выбран неправильно, то состояние больного можно лишь усугубить.

– А какова роль сорбентов в лечении заболеваний пищеварительной системы?

– Сорбентов сейчас тоже очень много и их нужно активно использовать. Это и полифепан, и смекта, и энтеросгель, и активированный уголь, наконец. Для чего используются эти сорбенты? Каждый из них берет на свою поверхность различные вещества, в зависимости от молекулярного веса. Более дисперсные или менее дисперсные препараты адсорбируются разными сорбентами. Сорбенты используются при отравлениях, при интоксикациях, при диареях, вызванных приемом лекарственных препаратов, антибиотиков, при дисбактериозах – для того, чтобы адсорбировать на себя шлаки и продукты жизнедеятельности микроорганизмов. Их можно активно использовать и они в большей степени являются препаратами доврачебного приема. Если же в течение 5–10 дней приема этих препаратов ожидаемый эффект не наступает, надо обязательно обратиться к врачу, чтобы он разобрался в причине диареи или повышенного газообразования, кстати говоря, в последнее время для лечения метеоризма как у маленьких детей, так и у взрослых используются пеногасители. Это препараты, созданные на основе силиконового масла, который интактен к организму. Основной принцип их действия следующий. Газ в просвете кишки представлен в виде плотной пены, покрывающей на всю поверхность кишки, что мешает проведению различных диагностических процедур – УЗИ, эндоскопии. Но самое главное – пена мешает процессу пищеварения, затрудняя контакт пищевых продуктов со слизистой кишечника, она раздувает петлю кишки, вызывая болевые ощущения. Наиболее широко сейчас применяется препарат эспумизан. Он снимает поверхностное натяжение с этой пены, она лопается, газ выходит в свободное пространство кишки, где всасывается через ее стенку или выходит естественным путем, кроме того он адсорбируется эспумизаном, который имеет для этого свободные радикальные связи. Этот препарат выпускается в виде сиропа или капсул и используется у детей первых месяцев жизни, когда появляются кишечные колики. Сейчас выпускаются методические рекомендации по использованию пеногасителей при подготовке к ультразвуковому исследованию или эндоскопии.





АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ И СОСТОЯНИЕ ЖКТ – ТЕСНЕЙШАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ

В беседе с П. Л. Щербаковым прозвучала мысль о тесной связи аллергических заболеваний кожи с состоянием желудочно-кишечного тракта и о той работе, которую гастроэнтерологи ведут совместно с аллергологами. О состоянии этой проблемы мы решили поговорить с руководителем аллергологического диспансерного отделения доктором медицинских наук, профессором Верой Афанасьевной Ревякиной – Вера Афанасьевна, какова, на ваш взгляд, связь атопических дерматитов с состоянием желудочно-кишечного тракта?

– Атопический дерматит – хроническое заболевание, основу которого составляет аллергическое воспаление кожи и ее гиперактивность. Развитие этого заболевания приходится на ранний детский возраст, особенно первые три месяца жизни. Начало атопического дерматита (АД), как правило, связано с пищевой аллергией. На формирование АД большое влияние оказывают также наследственная предрасположенность к аллергическим заболеваниям, факторы окружающей среды и инфекция. Существует тесная взаимосвязь между АД и состоянием желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). ЖКТ – особенно его слизистая оболочка постоянно контактирует с чужеродными веществами, среди которых у детей первых лет жизни основное место занимают

пищевые аллергены. Защита организма от пищевых аллергенов осуществляется пищеварительным барьером, представляющим многокомпонентную систему. Повреждение пищеварительного барьера, функциональная недостаточность желез пищеварительной системы у детей раннего возраста, нарушение кислотообразующей функции желудка, повышенная проницаемость слизистой оболочки ЖКТ, нарушение микро-

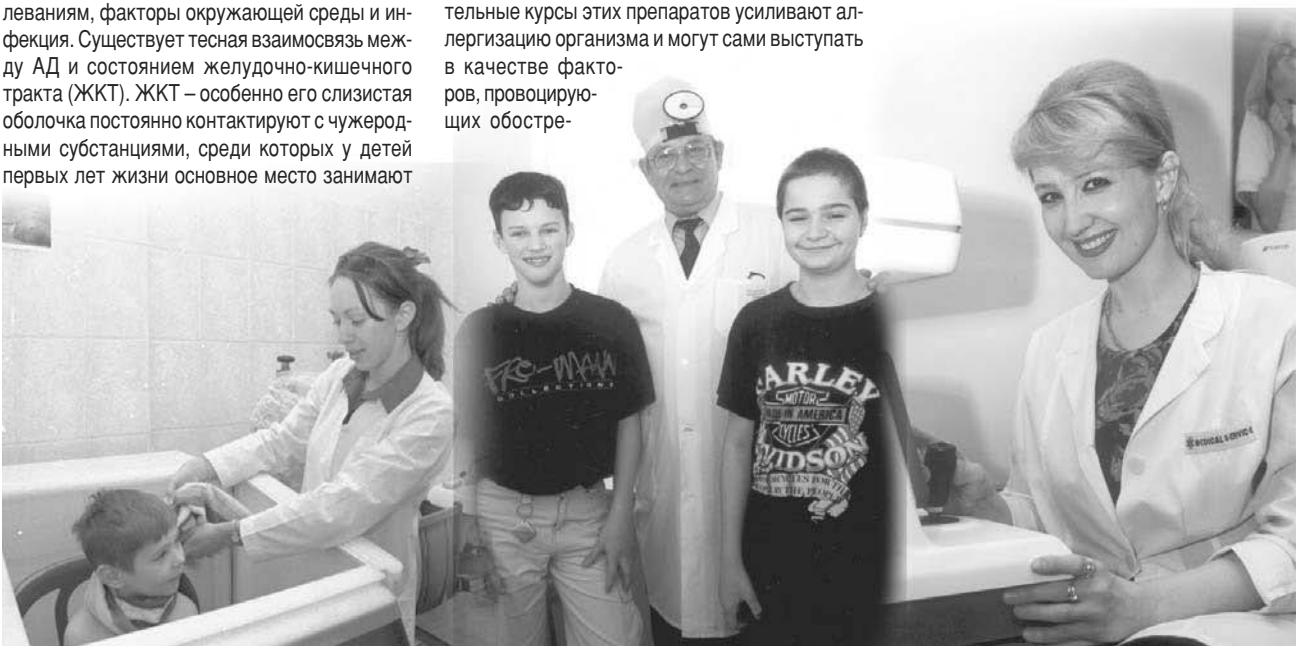
флоры кишечника приводят к неполному расщеплению пищевых аллергенов (белков) и накоплению антигенных субстанций. Проникновение их в систему циркуляции, стимулирует выработку антител класса IgE, которые фиксируются на тучных клетках того органа, где развивается аллергическое воспаление. Повторное поступление антигена или аллергена в организм приводит к его взаимодействию с IgE – антителами, фиксированными на этих клетках, в результате чего происходит выделение ими ряда биологически активных веществ, ответственных за развитие клинических симптомов. Вот поэтому у детей раннего возраста наряду с кожными проявлениями аллергии часто наблюдаются симптомы со стороны ЖКТ, а именно – метеоризм, боли в животе, неустойчивый стул (запоры или диарея), срыгивания. В клинической практике достаточно часто эти явления расцениваются как дисбактериоз кишечника и таким детям назначают биопрепараты. Следует заметить, что зачастую назначение этих препаратов не оправдано. Длительные курсы этих препаратов усиливают аллергизацию организма и могут сами выступать в качестве факторов, провоцирующих обостре-

ние аллергического процесса. Хроническое аллергическое воспаление ЖКТ является одним из основополагающих факторов тяжелого течения атопического дерматита. Без соответствующей коррекции сопутствующих заболеваний ЖКТ невозможно добиться стойкой ремиссии заболевания.

У детей старшего возраста, страдающих АД достаточно часто наблюдается дискинезия желчных путей, холецистит, язвенные поражения слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки, изменения со стороны поджелудочной железы. Последние данные свидетельствуют о наличии у таких больных хеликобактерной инфекции, требующей целенаправленного лечения.

Терапия атопического дерматита сложна и требует максимальных усилий со стороны врача и членов семьи, участвующих в лечении ребенка. Она включает в себя элиминацию или уменьшение концентрации того аллергена, к которому у ребенка наблюдается повышенная чувствительность. Должна быть строго доказана роль пищевого продукта в качестве причины развития АД, что достигается специальными клиническими и лабораторными методами диагностики. Исключенный продукт заменяется равноценным по питательной ценности и калоражу, иначе можно вызвать гипотрофию. Назначение «голодной» диеты зачастую приводит не к улучшению кожного процесса, а к ухудшению.

В комплексную терапию АД входят также прием фармакологических препаратов, средства наружной терапии, реабилитация и образование родителей, пациентов, страдающих этим заболеванием.



– Где проходит грань между эксудативным диатезом и атопическим дерматитом?

– Диатез это не диагноз, а конституциональная особенность ребенка и предрасположенность его к аллергии. Диатез имеет такие микросимптомы, по которым опытный врач его определит. Это именно тот этап, на котором заболевание можно остановить. Если все грамотно делать изначально, то эта предрасположенность не реализуется. Если на это смотреть спустя рукава и пустить все на самотек, заболевание прогрессирует, и появляются изменения на коже. Это краснота, усиливающаяся ночью или утром, очень упорные опрелости, появляются изменения на коже лица в виде корочек и очагов мокнутия. У некоторых детей процесс изначально сухой. Появляется зуд кожных покровов различной интенсивности – от слабого до очень сильного, когда дети не спят, чешутся, раздражают кожу, нарушая эпидермис. Возникают трещины, которые могут инфицироваться. Это самое настоящее заболевание.

При обострении мы часто применяем топические кортикостероиды. Пока что, на современном этапе, это самые сильнодействующие препараты. У детей предпочтение отдается адвантану и элокому, поскольку это препараты пролонгированного действия и назначаются один раз в сутки – первый с 6-ти месяцев, второй – с двух лет. Топические кортикостероиды назначаются только в остром периоде и коротким курсом – от 5 до 7 дней. Этого вполне достаточно, для того, чтобы ликвидировать острый процесс, а затем перейти на другие, гормональные препараты. Здесь уже идет подбор в зависимости от характера кожных изменений, а затем – реабилитация кожи, борьба с ее сухостью. Сейчас предлагается целый арсенал средств лечебной косметики. Кожа при атопическом дерматите требует постоянного ухода.

В период обострения используются и антигистаминные препараты. Мы пользуемся и первым и вторым поколением этих средств. Причем, препараты первого поколения назначаются более короткими курсами – 7–14 дней, препараты третьего и четвертого – более длительно.

– Как попасть в ваше отделение?

– Наше аллергологическое диспансерное отделение работает в режиме дневного стационара. Ребенок вместе с мамой или другим членом семьи находится в течение дня в отделении, а на ночь они уезжают домой. У нас проходят лечение дети не только из Москвы и Московской области, но из городов и сел России. Единственное условие при этом – проживание в гостинице или у родственников.

НОВЫЙ МЕТОД

Закончить наше путешествие мы решили в кабинете главного врача Научного центра здоровья детей РАМН, Константина Николаевича Баранова, детского хирурга-проктолога.

– Константин Николаевич! Вопрос традиционный – что изменилось в вашей специальности за время, прошедшее с первой нашей встречи?

– Мы освоили за это время очень интересную методику, которой еще не пользуются почти нигде в мире – это так называемое радиоизотопное исследование толстой кишки.

Раньше больного с запорами или неустойчивым стулом, то есть с проблемами нижних отделов кишки, исследовали при помощи рентгена. Ирригография давала нам представление об анатомии этого отдела. Лет пять назад мы внедрили метод ультразвукового исследования толстого кишечника. Метод очень хороший, годящийся для скрининга. Он показывает динамику работы кишечника. Имея в руках этот комплекс мы немного успокоились. Но, в то же время, продолжало поступать много больных, особенно маленького возраста, у которых ни один метод не показывал отклонений от нормы, а проблемы с транзитом кишечного содержимого – о оставались. Мы не имели количественных характеристик скорости и объема выведения кишечного содержимого. И вот сравнительно недавно мы познакомились с замечательным человеком – Ириной Николаевной Кабановой, доктором



мед. наук, которая работает в Институте колопроктологии. Она предложила нам попробовать метод, который используется у взрослых больных – радиоизотопное исследование толстой кишки. Процедура эта абсолютно безвредная: ребенок съедает пищу, меченую радиоизотопами и в определенное время гамма-камера делает снимки. Иногда, при патологии сфинктера прямой кишки и нижних отделов кишечника, вводится взвесь в клизме. В результате мы видим работу каждого участка толстой кишки. Таким образом, у нас получился гармоничный комплекс исследований, позволяющий выявить анатомо-топографические особенности и динамические изменения при соответствующей патологии. УЗИ и радиоизотопы помогают оценить транспорт кишечного содержимого с качественных и количественных позиций. Если же к этому прибавить возможности эндоскопии – у нас есть сегодня все для постановки любого диагноза и выработки лечебной тактики.

Вот на такой оптимистической ноте закончим мы наш репортаж из Центра здоровья детей РАМН. Педиатрии в стране живется сейчас не очень хорошо, она, особенно в поликлинической своей части испытывает значительные трудности. Тем отраднее, что рядом с нами есть коллектив, который прекрасно работает, динамически развивается, уверенно смотрит в завтрашний день. Пожелаем ему успехов на этом пути!



ГАСТРО-ИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ПРЕПАРАТОВ ВАЛЬПРОЕВОЙ КИСЛОТЫ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА У ДЕТЕЙ

В. М. Студеникин, Научный центр здоровья детей РАМН

Среди детей распространенность эпилепсии сравнительно высока (около 1%). Самыми широко распространенными антиконвульсантами, используемыми в лечении эпилепсии, являются препараты вальпроевой кислоты (так называемые «вальпроаты»), что связано с их высочайшей эффективностью при коррекции парциальных и генерализованных приступов.

Указанным препаратам, как и большинству имеющихся антиконвульсантов, присущ ряд побочных эффектов (они встречаются примерно у 26% пациентов), которые следует учитывать при назначении детям. Сотрудниками нашего отделения (отделение психоневрологии НИИ педиатрии НЦЗД РАМН, руководимое д. м. н. профессором О. И. Масловой) проводится углубленное изучение побочных эффектов антиконвульсантов и разрабатываются методы их профилактики и коррекции, в настоящее время выполняется 2 диссертационных работы на эту тему, опубликован целый ряд печатных работ в отечественных и зарубежных изданиях. Ряд исследователей, среди которых к. м. н. В. И. Шелковский, А. В. Аникин, М. З. Каркашадзе и др., изучали различные аспекты использования вальпроатов в лечении эпилепсии у детей.

В современной неврологии имеется список основных побочных эффектов вальпроатов, включающий не менее 26 их разновидностей при проведении политерапии (когда используется более одного антиконвульсанта), но всего 6 в случае изолированного назначения препаратов вальпроевой кислоты. Последнее обстоятельство в большей степени свидетельствует о том, что побочные эффекты при политерапии, возможно, объясняются использованием иных антиконвульсантов (не вальпроевой кислоты).

Ниже мы остановимся на побочных эффектах, имеющих отношение к изменениям со стороны желудочно-кишечного тракта и печени, поскольку именно они встречаются у детей наиболее часто. Нежелательные реакции со стороны желудочно-кишечного тракта (гастроинтестинальные) относятся к ранним побочным эффектам препаратов вальпроевой кислоты. Среди них фигурируют следующие изменения: транзиторная анорексия, нарушения пищеварения, дискомфорт в области живота, тошнота и рвота (по нашим данным, среди детей в возрасте от 2 месяцев до 15 лет суммарно составляет 26,8%). Необходимо отметить, что побочные эффекты со стороны желудочно-ки-

шечного тракта обычно носят транзиторный характер.

Среди детей, получающих вальпроаты, нередко отмечается асимптоматическое нарастание уровней печеночных ферментов (АЛТ, АСТ). Отметим, что функциональные печеночные пробы нередко нарастают при использовании большинства традиционных антиконвульсантов. Подобные изменения (например, нарастание АСТ) отмечаются у 22% пациентов, получающих вальпроаты, в течение 1 года после начала лечения препаратами вальпроевой кислоты. Как уже указывалось, этот «лабораторный» симптом чаще не сопровождается поражением печени или желчного пузыря. Механизм повышения печеночных ферментов в настоящее время не изучен, но их увеличение обычно является дозозависимым, а следовательно, его можно корректировать снижением дозы вальпроевой кислоты или временной отменой препарата.

Развитие острой печеночной недостаточности на фоне приема вальпроатов встречается казуистически редко. По зарубежным данным, среди более 1 миллиона пациентов, получавших препараты вальпроевой кислоты, лишь в 29 случаях отмечалось развитие печеночной недостаточности вследствие гепатотоксичности антиконвульсантов этого класса. Важно помнить, что дети, не достигшие 2-летнего возраста, получающие вальпроаты в составе политерапии, считаются максимально подверженными риску этого угрожающего здоровью состояния (с частотой 1:600). Нами за последние 10 лет подобных случаев не было зарегистрировано, тем не менее, для достоверного мониторинга в настоящее время нами используется регулярное (биохимическое) исследование печеночной функции.

Считается, что в ряде случаев применение вальпроевой кислоты сопряжено с риском развития острого панкреатита. Признаки этого патологического состояния могут появиться уже на 6-й неделе терапии или же спустя 12–18 месяцев. Среди наблюдаемых нами пациентов отмечены случаи реактивного панкреатита, не зависящие от используемой дозы препарата (в 10,4% случаев). В этой связи считается целесообразным исследовать уровень амилазы в крови до начала терапии вальпроатами, а также при появлении у пациентов острых болей в животе, тошноты и рвоты. При малейшем подозрении на наличие вальпроат-индуцированного панкреатита следует немедленно прекращать прием антиконвульсанта.

Для обнаружения побочных эффектов, вызванных применением антиконвульсантов, используются преимущественно биохимические методы, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, а также мониторинг содержания препаратов в крови. Среди биохимических методов преимущественно используется исследование содержания в крови трансаминаз (АЛТ, АСТ), билирубина (и его фракций), а также щелочной фосфатазы и ряда других показателей, которые принято исследовать до начала терапии препаратами вальпроевой кислоты и оценивать повторно через несколько недель. Известно, что нормальный (лечебный) уровень вальпроатов в крови составляет около 350–700 мкмоль/л (т. е. 50–100 мкг/мл), поэтому контроль за содержанием вальпроевой кислоты дает возможность добиться контроля над эпилептическими приступами и избежать дозозависимых побочных эффектов.

К числу наиболее широко используемых в России препаратов вальпроевой кислоты относится Депакин (вальпроат натрия), производимый фирмой «Санофи-Синтелабо», (Франция). В настоящее время имеется ряд форм Депакина в виде таблеток, сиропа и т. д. Особого внимания заслуживают «Депакин-хроно» и «Депакин-энтерик», которые можно назначать 1–2 раза в день, избегая пиков концентрации в крови. В этой связи, число побочных эффектов при использовании названных форм значительно снижается, что подтверждается многочисленными зарубежными и отечественными исследованиями (включая наши собственные наблюдения). Клиническое использование описываемых так называемых «ретард-форм» вальпроевой кислоты является чрезвычайно прогрессивным направлением. Кроме того, в нашей клинике практикуется назначение детям, получающим вальпроаты, комплексных средств, обладающих гепатопротекторным, желчегонным и ферментативным действием. Эти профилактические и лечебные мероприятия также в немалой степени способствуют уменьшению количества нежелательных реакций со стороны органов желудочно-кишечного тракта у детей.

Проводимые нами исследования отображают область так называемой «соматоневрологии», находящейся на стыке сфер интересов неврологов, эпилептологов и представителей других медицинских специальностей. Их продолжение, безусловно, является чрезвычайно актуальным.

СОВРЕМЕННАЯ ЖИЗНЬ ФОРМИРУЕТ ДЕФИЦИТ МАГНИЯ У ДЕТЕЙ

*О. А. Громова, научный консультант
Института Микроэлементов «Юнеско», Франция*

Ученые из разных областей медицины – педиатры, неврологи, фармакологи в течение последних лет проводят исследования по определению индивидуальной элементной биохимической конституции у больных с различной неврологической патологией. Изучаются особенности элементной конституции и у детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), у детей в состоянии хронического стресса. Сегодня уже можно уверенно говорить о том, что как у детей с СДВГ, более подверженным давлению стрессовых факторов, так и у детей длительно находящихся в стрессовой ситуации наиболее распространенная аномалия элементного профиля – это недостаточность магния.

Дефицит магния у ребенка можно установить по анализу крови, при этом лучше исследовать уровень магния в эритроцитах, так как магний на 99% концентрируется внутри клеток. Распространенное в клинике исследование магния не в клетках крови, а в сыворотке крови дает весьма приблизительные данные о балансе магния в организме. Хорошо диагностируется дефицит элемента при проведении нагрузочной пробы с магнием, с последующим изучением уровня магния в моче. Скрининговую, ориентировочную, информацию о дефиците элемента может дать определение магния в выпавших молочных зубах, а также в волосах, ногтях.

Магний называют главным металлом жизни. У растений магний образует центр молекулы хлорофилла, пигмента окутывающего нашу планету в зеленый цвет. У человека магний управляет возбудимостью и проводимостью нервной ткани, участвует в синтезе всех известных на сегодняшний день нейропептидов в головном мозге. Все энергетические процессы в организме идут при обязательном участии магния.

У магния множество точек приложения в организме, но одна из главных ролей – защита нервной системы от разрушительных стрессов.

Наши лабораторные исследования показали, что чем выше у ребенка ответственность в школе, тем более выражена недостаточность магния в его неокрепшем организме. А если ребенок посещает несколько школ, в том числе специализированные, с усиленной подготовкой,

спортивные (знак «=» с повышенной нагрузкой на нервную систему), то в этом случае, дефицит магния – практически обязательное реноме его биохимической конституции.

Стрессы, наслаиваясь друг на друга, могут образовать в жизни ребенка полосу хронического патологического стресса, которая набирает «критическую массу» к переходному, подростковому возрасту. Выход из тупика хронического стресса дети находят зачастую самый простой: наркомания, токсикомания, алкоголизм. А это приводит к еще более выраженным потерям магния. Исследования института микроэлементов под эгидой «Юнеско» показали, что наркомания, токсикомания и алкоголь усугубляют стресс и, наоборот, восполнение магния в организме снижает тягу к ним.

Интересные данные получены отечественными учеными, изучавшими влияние шумового и светового стресса на животных и ... влияние бурных дискотек на подростков. Оказалось, что сочетание таких стрессовых факторов как агрессивный звук, превышающий все допустимые физиологические пределы восприятия, и свет – мигающий, яркий, искусственный, способствует резкому повышению расхода магния в организме. Если при этом адекватного восполнения магния не происходит, то развивается устойчивый дефицит элемента.

Дефицит магния можно определить у себя и у вашего ребенка по сочетанию так называемых факторов риска: синдром гиперактивного, «трудного» ребенка; повышенная утомляемость, состояние хронической усталости, депрессивные состояния, апатия, снижение памяти, способности сконцентрироваться и удерживать внимание; мышечные спазмы, проблемы со сном, зябкость (при отсутствии явных признаков других заболеваний), недостаточно разнообразная диета, содержащая мало нерафинированных злаковых, и особенно зеленых, желтых, красных овощей и фруктов; диета с низким содержанием белков; частое употребление кофе (более 2–3 чашек в день), алкоголя, в том числе напитков типа пива, «джин-тоника» (также формирующих алкогольную зависимость, особенно у детей и подростков); применение наркотиков; курение; прием мочегонных средств; склонность к поносам; сильная потеря веса.

В основе лечения, либо предупредительных мер, лежит радикальное изменение взглядов на систему питания. Магний, как и другие элементы, в организме человека не синтезируется – он поступает в наш организм с водой и с пищей. Необходимо знать, что содержание магния в мягкой воде очень низкое и потребностей организма в магнии такая вода не покрывает. Более богаты магнием некоторые продукты. Рыба, особенно лосось, тахинная халва, соя, орехи, хлеб с отрубями, шоколад, свежие фрукты, ягоды (вишня, черешня, клубника, черная смородина, земляника, черника), арбузы, зелень (перо лука, укроп, петрушка) – чемпионы по содержанию магния. А вот приготовление пищи по системе «Fast food» (система быстрого питания), приводит к потерям 70–80% магния.

Коррекция дефицита магния проводится не только изменением состава употребляемой воды и пищи, но и, в значительной степени, приемом специальных магнийсодержащих препаратов.

МАГНЕ В6 – препарат номер один в мире для коррекции магниевых дефицита. Помимо магния он содержит витамин В6 (пиридоксин), который удерживает магний в клетке. МАГНЕ В6 выпускается компанией «Санофи» в твердой и жидкой лекарственной форме. Одна таблетка МАГНЕ В6 содержит 48 мг магния и 5 мг витамина В6. Каждая ампула содержит 10 мл раствора для питья (100 мг магния и 10 мг витамина В6). Ампулы самонадламывающиеся, т. е. легкое нажатие на кончик, без использования пилочки, приводит к ее вскрытию.

Напоминаем, что суточная потребность в магнии у детей составляет 5–10 мг на кг веса в сутки. При хроническом дефиците магния взрослым необходимо принимать 4–6 таблеток или выпивать содержимое 2–3 ампул препарата МАГНЕ В6 в день, детям до 5–6 лет от 1 до 3 ампул в зависимости от возраста, с 5–6 лет допустимо применение препарата в таблетированной форме. При приеме любых твердых лекарственных форм (таблетки, драже) детьми дошкольного возраста, взрослые обязаны проследить, чтобы ребенок правильно проглотил таблетку, не поперхнулся, чтобы запил ее достаточным количеством воды (1/3–1/2 стакана – 70–100 мл).

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДНОЙ И ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

*Н. А. Коровина, И. Н. Захарова, И. В. Бережная, Российская медицинская академия
последипломного образования МЗ РФ*

В 1842 году К. Рокитанский впервые представил научному сообществу доклад «О катаральном воспалении кишечника». В дальнейшем данное заболевание получило название неспецифический язвенный колит (НЯК). За прошедшие 160 лет выявлены и описаны особенности клинических проявлений НЯК, его патоморфология, подходы к диагностике заболевания. Однако, несмотря на достижения современной медицины, этиология НЯК остается полностью нерасшифрованной, что не может не сказаться на эффективности его терапии.

Среди факторов, способствующих развитию хронических воспалительных заболеваний кишечника, следует назвать несколько: наследственная предрасположенность, инфекционные агенты, как механизм, запускающий процесс неспецифического воспаления, изменения иммунной системы. Некоторыми авторами отмечена возможность развития болезни Крона при внутриутробном инфицировании плода вирусом кори. На основании изучения 25000 историй болезни в течение длительного периода времени, была высказана гипотеза о том, что попавший во время внутриутробного развития плода вирус кори способен к персистенции и изменению иммунного ответа организма в более позднем периоде. В то же время, другие авторы, проведя не менее обширные исследования, полностью отрицают роль вируса кори в патогенезе воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК).

Согласно современным представлениям, вторичные эффекторные механизмы, развивающиеся при сочетании генетических и внешних факторов, приводят к формированию неспецифического иммунного воспаления в слизистой оболочке кишки – поверхностного при НЯК и трансмурального при болезни Крона. Основная роль в развитии воспаления в слизистой оболочке кишечника принадлежит иммунным нарушениям. Теория иммунного воспаления подтверждается обнаружением большого количества иммунокомпетентных клеток (лимфоцитов и плазмациотов) в составе воспалительного инфильтрата в собственной пластинке толстой кишки, а также сочетанием воспалительных заболеваний кишечника с другими иммунными заболеваниями, сопровождающимися нарушениями клеточного и гуморального иммунитета.

В настоящее время установлено, что в патогенезе НЯК и болезни Крона играет роль аутоиммунный механизм. При НЯК и при болезни Крона, так же как и при других аутоиммунных заболеваниях, имеется ряд характерных признаков, среди которых: связь с определенными HLA-антигенами, лимфо-плазматическая инфильтрация в очаге поражения, наличие противотканевых аутоиммунных антител, системность поражения и эффективность при лечении кортикостероидами и иммуносупрессантами. НЯК и болезнь Крона полностью соответствуют этим признакам. Лимфоциты и плазматические клетки составляют основную массу воспалительного инфильтрата в слизистой оболочке толстой кишки. Системность поражения при воспалительных заболеваниях кишечника встречается довольно часто в виде поражения суставов (полиартрит, анкилозирующий спондилоартрит, ревматоидный артрит), поражения кожи (язвенно-некротический васкулит, псориаз), аутоиммунный тиреоидит, иридоциклит, склерозирующий холангит, нефрит и др.

Лечение тяжелых форм ВЗК представляет в настоящее время трудную задачу. В качестве базисной терапии при ВЗК применяют две группы средств: препараты 5-АСК и глюкокортикостероиды. Однако терапия высокими и сверхвысокими дозами этих препаратов оказывается эффективной лишь у 60–70% больных ВЗК, а у 8–10% пациентов развивается «стероидозависимость». Кроме того, длительная терапия высокими дозами глюкокортикостероидов может приводить к тяжелым побочным эффектам. В подростковом возрасте, на фоне длительного приема преднизолона в больших дозах, параллельно с препаратами 5-АСК, доказано возникновение вторичной андрогенной и овариальной недостаточности. В тоже время, недостаточные дозы глюкокортикостероидов не приводят к ожидаемой ремиссии, особенно у больных, прооперированных по поводу болезни Крона. Около 15–30% всех больных резистентны к проводимой терапии, что способствует развитию тяжелых осложнений, инвалидности лиц молодого возраста и нередко требует проведения оперативного вмешательства.

У больных НЯК и тяжелой формой болезни Крона, резистентных к гормональной те-

рапии, возможно применение иммуносупрессантов. Иммуносупрессия может быть селективной и неселективной. Кортикостероиды являются неселективными иммуносупрессантами. К этой же группе относятся азатиоприн и 6-меркаптопурин. Эти препараты были первыми иммуносупрессантами, применяемыми при ВЗК. У взрослых они используются и в настоящее время, но в основном в сочетании с кортикостероидной терапией, реже в виде монотерапии.

Циклоспорин А (Сандиммун Неорал) – многообещающая альтернатива терапии таких пациентов, единственным методом лечения которых раньше было оперативное вмешательство. Сандиммун Неорал часто используется в трансплантологии, поскольку активно подавляет реакцию отторжения «трансплантат против хозяина». Не менее широко его применяют для подавления аутоиммунных реакций при диффузных заболеваниях соединительной ткани, псориазе, ревматоидном артрите, гломерулонефрите. При ВЗК Сандиммун Неорал применяется сравнительно недавно, его преимущество перед другими иммуносупрессорами – селективность действия, избирательное подавление Th-1 и синтеза IL-2 и IFN- γ и, таким образом, уменьшение цитотоксичности Т-лимфоцитов. Данные 5-летнего опыта применения Сандиммуна Неорала в университетской клинике Чикаго доказали, что применение данного препарата позволяет избежать колэктомии у больных с наиболее тяжелыми, резистентными к стероидам, формами НЯК и обеспечивает резервом времени для подготовки плановой колэктомии, особенно у пациентов, которые принимают 6-МК и азатиоприн. Назначение препарата в дозе 4 мг/кг в сутки внутривенно и 8 мг/кг в сутки перорально в течение 20 недель является безопасным. Осложнения отмечались только у 6 больных из 42, они были кратковременными и обратимыми. Следует подчеркнуть, что тщательный мониторинг токсичности препарата должен быть частью схемы лечения. Для повышения эффективности лечения Сандиммун Неорал целесообразно применять в тех случаях, когда в слизистой оболочке толстой кишки повышено содержание Th-1 или установлено увеличение IL-2 и IFN- γ .

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЕПАТОПРОТЕКТОРОВ (ЛИВ-52) В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Р. Г. Ловердо, Р. Л. Раковская, Е. З. Титрова, К. Г. Штокалов, МЛПУЗ ГБ №1, и.м. Н. А. Семашко, РГМУ, Ростов-на-Дону

Проблема острых кишечных инфекций (ОКИ) у детей раннего возраста, занимает в структуре заболеваемости второе место после ОРВИ и протекают в виде как инвазивных, так и секреторных диарей. Как правило, ОКИ протекают тяжело, с вовлечением в патологический процесс всех отделов желудочно-кишечного тракта, с развитием энтерального токсикоза, гепатомегалии, с последующим формированием или усугублением дисбиотических изменений в кишечнике. Все это диктует необходимость вдумчивого подхода к терапии ОКИ. В последние годы, несмотря на то, что лечение ОКИ оставалось комплексным, патогенетическим, значительно изменились подходы к назначению тех или иных препаратов, длительности курсов их использования.

Доказано, что после проведения деконтаминации, необходимо назначение различных лекарственных препаратов, обладающих не только защитными свойствами, но и нормализующими обменные процессы, стабилизирующими иммунную систему. К таким препаратам относятся пробиотики, цито-, иммуно- и гепато-протекторы (ЛИВ-52, карсил, эссенциале). Опыт использования последних, чаще всего, ограничивался заболеваниями печени и желчевыводящих путей. Однако, учитывая их действие и показания, целесообразно их применение в лечении острых кишечных инфекций у детей в периоде ранней реконвалесценции.

В настоящее время, разработана новая лекарственная форма ЛИВ-52 (в каплях), это не спиртовой раствор, что позволяет использовать его у детей грудного возраста и даже новорожденных.

Показанием для назначения ЛИВ-52 при острых кишечных инфекциях являются наличие анорексии, метеоризма, болевого синдрома, гепатомегалии, а при осложнении ОКИ – дисбактериозе и дисферментозе, которые характеризуются еще и неустойчивым характером стула, склонностью к запорам.

Наш опыт применения ЛИВ-52 основывается на изучении клинической эффективности этого препарата у детей с ОКИ (15) в возрасте от 1,5 месяцев до 3 лет и у больных от 6 месяцев до 3 лет с функциональными нарушениями ЖКТ (10).

Группа пациентов с ОКИ была представлена следующим образом:

с острым сальмонеллезом тифи муриум – 9 детей, с острым шигеллезом Зон-

не – 2 и острым протеозом мирабилис – 4 ребенка.

Больных с функциональными нарушениями ЖКТ – 10 детей с дисбактериозом после ОКИ в возрасте от 6 месяцев до 3 лет.

Контрольную группу составили 10 детей с ОКИ и 10 детей с дисбактериозом того же возраста, получавших обычную терапию.

У больных с ОКИ ЛИВ-52 назначался в периоде ранней реконвалесценции (на 7–10 день болезни), при нормализации частоты стула. При назначении препарата в более ранние сроки (4–5 день болезни) у 2 детей вызвало учащение частоты стула, что послужило поводом для отмены этого препарата. В тоже время, применение его у тех же больных на 10 день болезни дало четкий положительный эффект: купирование метеоризма, болевого синдрома, нормализация характера стула, улучшения аппетита и, как следствие, восстановление массы тела.

У больных с дисбактериозом и ДЖВП ЛИВ-52 назначался сразу при поступлении в стационар, поскольку ведущими симптомами заболевания были анорексия, метеоризм, болевой синдром, гепатомегалия. Диарейный синдром имел кратковременный характер (в анамнезе) и при поступлении прева-лировала склонность к запорам.

Длительность курса лечения колебалась от 10 до 21 дня, а режим дозирования препарата соответствовал инструкции: от 1 месяца до 2 лет по 5 капель 3 раза в день, после 2 лет 10 капель 3 раза в день после еды.

Критерием эффективности ЛИВ-52 являлись нормализация выше названных клинических симптомов. В группе больных с ОКИ было установлено, что на 10 день лечения ЛИВ-52 полностью (100%) купировался метеоризм и болевой синдром, анорексия исчезла у 90% пациентов, у остальных (10%) значительно улучшился аппетит, положитель-

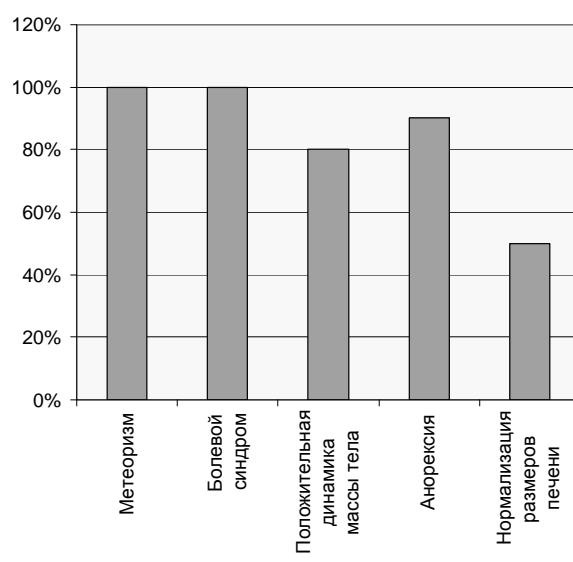
ная динамика массы тела отмечена у 80%, размеры печени сократились до нормы у 50% и значительно уменьшились у 30% детей (Рис.1). В группе сравнения нормализация таких клинических показателей, как метеоризм, болевой синдром, анорексия, в те же сроки была отмечена только у половины больных, а сокращение размеров печени и повышение массы тела вообще не наблюдалось.

У детей с дисбактериозом положительная динамика симптомов: уменьшение вздутия живота, восстановление аппетита, сокращение размеров печени, улучшение моторики стула наблюдалась к 10–14 дню лечения у 90–100%, хотя признаки гепатомегалии сохранялись у 2 (20%) пациентов до 21 дня лечения.

В результате проведенного исследования было установлено, что все дети хорошо переносили прием препарата ЛИВ-52, не было зарегистрировано ни одного побочного действия.

Таким образом, препарат ЛИВ-52 является эффективным терапевтическим средством и может быть использован в комплексном лечении ОКИ у детей раннего возраста в периоде реконвалесценции и при функциональных нарушениях ЖКТ.

Нормализация симптомов в группе больных с ОКИ к 10 дню терапии ЛИВ-52 капли



ПРИМЕНЕНИЕ ПРОБИОТИКА ПРОБИФОР У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ В СТАЦИОНАРАХ

Е. А. Лыкова, доктор медицинских наук, Медицинский центр дисбактериозов и детоксикации

Пробифор – пробиотик четвертого поколения, содержит лиофильно высушенные, живые бифидобактерии антагонистически активного штамма, иммобилизованные на частицах активированного угля. Основным его отличием от других пробиотиков является способность к быстрому и эффективному заселению кишечника бифидобактериями, что обуславливает высокое терапевтическое действие препарата. Пробифор способен активно подавлять патогенную и условно-патогенную микрофлору, защищать кишечный барьер от проникновения микробов и токсинов, стимулировать функциональную деятельность пищеварительной системы, уменьшать воспалительные процессы и нормализовать микробиоценоз в ЖКТ, повышать неспецифическую резистентность организма.

Доказательством эффективности применения Пробифора у детей и взрослых служат результаты, полученные при обследовании и лечении 388 пациентов инфекционного и 205 – соматического отделений Федерального центра гастроэнтерологии МЗ РФ, Государственного научного центра колопроктологии МЗ РФ, клиник кафедр гастроэнтерологии и детских инфекций РГМУ, МГСУ МЗ РФ, МОНИКИ, НИИЭМ им. Г. Н. Габричевского, МГА г. Ярославля, госпиталя им. Н. Н. Бурденко.

При лечении Пробифором (3–4 пакета в день) среднетяжелых и тяжелых форм острых кишечных инфекций (ОКИ) у взрослых больных (сальмонеллезы, шигеллезы и др.) исчезновение симптомов интоксикации наблюдалось спустя 2–2,5 дня, в течение примерно этого же периода прекращались боли в животе, нормализовался стул, длительность лихорадки не превышала полутора суток. В контрольных группах при лечении антибиотиками и химиопрепаратами эти показатели были соответственно в три-пять раз выше, в т.ч. длительность диареи составляла около 7, а симптомов интоксикации – 5,5 дней. Увеличение дозировки до 6 пакетов в день сокращало курсы лечения до 1–2-х дней. При лечении ОКИ в детском возрасте эффективность препарата расценена как отличная в 64,7% (исчезновение основных клинических симптомов в первые два дня терапии), как хорошая в 35,3% (эффект получен на 3–5 день от начала лечения). Переноси-

мость препарата во всех случаях была хорошей.

Обоснованием назначения Пробифора при ОРВИ является его способность при пероральном приеме снижать температуру и интоксикацию, активизировать иммунную систему (фагоцитоз, клеточный и гуморальный иммунитет), повышать способность к индукции α и γ интерферонов. При лечении Пробифором детей с ОРВИ (по 1 пакету 3 раза в день) с 1-го дня пребывания в стационаре в среднем на 1,5–2 дня укорачивались симптомы интоксикации и катаральные явления (лихорадка, вялость, снижение аппетита, гиперемия зева); сокращалась продолжительность кашлевого синдрома и ринита.

В гастроэнтерологических отделениях эффективность использования препарата Пробифор доказана при различной патологии ЖКТ: язвенном и хроническом колитах, синдроме раздраженного кишечника (СРК), проктосигмоидите, хроническом гастродуодените, хроническим холецистопанкреатите и др. Отмечено его благоприятное действие на клиническую симптоматику и самочувствие пациентов. Так клинические симптомы (боли в животе и болезненность при пальпации, диспептические нарушения, изменения стула, гемоколит и др.) исчезали в сроки 1–5 дней, нормализовались общеклинические и биохимические показатели, микрофлора кишечника, гистологические параметры. Осложнений от приема Пробифора не было.

У больных с СРК 100% положительный эффект (исчезновение болей, нормализация стула и микрофлоры) отмечен при коротких курсах Пробифора: по 3 пакета – 5 дней.

Эффективность лечения взрослых пациентов с органическими поражениями ЖКТ (по 2–3 пакета Пробифора в течение 12–14 дней) составила 82,7%. В контроле в эти сроки положительный эффект наблюдался в 60%.

Назначение Пробифора детям с хроническими заболеваниями ЖКТ (дискинезии ЖВП, СРК, проктосигмоидит) в суточной дозе 3 пакета 10 дней в 87,9% случаев дало отличный и хороший результат (улучшение общего состояния, исчезновение болевого синдрома в первые 3–7 дней лечения), удовлетворительный – в 12,1% (улучшение общего состояния, исчезновение болевого синдрома после 10–14 дней).

В последние годы в связи с ростом госпитальных инфекций большое внимание уделяется поиску средств борьбы с антибиотикоустойчивой госпитальной микрофлорой. По данным ЦИТО РАМН наблюдается снижение гнойно-септических осложнений при применении бифидосодержащих пробиотиков (перорально и при обработке ротоглотки) у госпитализированных пациентов хирургических и реанимационных отделений, в том числе при проведении селективной деконтаминации при предоперационной подготовке.

Применение Пробифора в неинфекционных стационарах перспективно также с целью купирования диарейного синдрома у госпитализированных пациентов онкологических, неврологических, общетерапевтических отделений, подвергнутых массивной лекарственной (антибактериальной, химиотерапии) и лучевой терапии.

Дозировки и способ применения. При острой кишечной инфекции, пищевой токсикоинфекции, острых гепатитах, осложненных дисбактериозом, препарат назначают: детям с 1 года до 3 лет по 1 пакету 2 раза в день, с 3 до 7 лет – по 1 пакету 3 раза в день, подросткам и взрослым по 2–3 пакета – 2 раза в день. Курс лечения 3–5 дней определяется характером и тяжестью заболевания.

При хронической патологии желудочно-кишечного тракта препарат назначается детям однократно по 3 пакетика во время вечернего приема пищи. Курс лечения составляет 10 дней. Взрослым по 2 пакетика 2 раза в день. Курс лечения составляет 12–15 дней. При тяжелом течении заболевания количество принимаемого препарата можно увеличить до 6 пакетиков в сутки, а курс увеличить до 30 дней.

Пробифор детям дают во время кормления, смешав с молоком или продуктом детского питания. Детям старшего возраста и взрослым препарат перед употреблением смешивают с кисло-молочным продуктом или с 30–50 мл кипяченой воды комнатной температуры. Полученную водную взвесь следует выпить в конце приема пищи, не добываясь полного растворения. При необходимости препарат принимают независимо от приема пищи.

Противопоказания к применению и побочные действия не установлены, кроме случаев индивидуальной непереносимости препарата. Хранится препарат в холодильнике, срок хранения – 1 год.

ФЛЮКОСТАТ В ЛЕЧЕНИИ КАНДИДОЗОВ

Грибковые инфекции внутренних органов традиционно представляют серьезную проблему для врачей разных специальностей. Диагностика таких заболеваний трудна, тем более что врачи бывают недостаточно бдительны в этом отношении.

Активации грибов в организме способствует масса факторов, подавляющих иммунитет – от плохого питания до лучевой терапии. Микозы являются спутниками сахарного диабета, СПИДа, онкологических заболеваний, состояний после трансплантации. Другая причина – долгое и частое применение катетеров. Но наиболее часто присоединение грибковой инфекции происходит на фоне лечения антибиотиками широкого спектра действия, особенно длительного или бессистемного.

Поражения внутренних органов, вызванные дрожжеподобными грибами рода *Candida*, занимают первое место среди глубоких микозов. В комплексном лечении висцеральных кандидозов основной компонент – противогрибковые сред-

ства. До недавнего времени выбор их был крайне ограничен. В последние годы, с появлением препаратов флуконазола, ситуация изменилась к лучшему.

Флуконазол относится к производным триазола, ингибирует синтез эргостерола и тем самым нарушает проницаемость клеточной стенки грибов, вызывая их гибель.

Препараты флуконазола сочетают в себе эффективность и безопасность – редко вызывают побочные эффекты, и лишь немногие грибки резистентны к ним.

Применение этих лекарств, ставших на Западе препаратами выбора при многих микозах, в России ограничивалось их ценой. Первым отечественным препаратом, недорогим и при этом биоэквивалентным оригиналу, стал **Флюкостат**.

У препарата хорошая фармакокинетика, биодоступность составляет 90%. Концентрация Флюкостата в молоке, суставной жидкости, слюне, вагинальном секрете и перитонеальной жидкости аналогична таковой в плазме крови, а в роговом слое кожи, в эпидермисе, дерме и пото-

вой жидкости – даже выше. Флюкостат выводится почками. Период полувыведения около 30 час, что позволяет назначать препарат один раз в сутки.

Эффективность и безопасность Флюкостата подтверждена серьезными испытаниями, проведенными в Москве на нескольких клинических базах. В исследовании, проведенном в Центре глубоких микозов, участвовали 75 больных. Диагноз у всех был подтвержден микологическими исследованиями, при которых были обнаружены грибки *C. albicans* в количествах, не вызывающих сомнения в диагнозе.

Хороший клинический эффект был достигнут у 70 больных из 75 (то есть у 93,3%): выздоровели 54 пациента (72%), значительное улучшение наступило еще у 16 человек (21,3%). Микологическая санация наступила у 81,8% больных. Клинический эффект отсутствовал только у 5 пациентов (6,7%), страдавших, среди прочего, бронхиальной астмой, язвенной болезнью 12-перстной кишки и хроническим аднекситом.

По мнению руководителя Центра профессора С. А. Буровой, это очень хороший результат. Ведь при хронических заболеваниях, осложненных грибковой инфекцией, ожидать полного клинического выздоровления приходится далеко не всегда.

Дополнительную информацию о препарате Флюкостат можно получить по телефону «Горячей линии»: 105 11 85

Кандидозные поражения различных органов и схемы лечения

Диагноз	Число больных	Схемы лечения Флюкостатом
Пневмония	2	21 день по 200 мг/день (в первый день 400 мг)
Бронхит	28	14 дней по 100 мг/день (в первый день 200 мг)
Эзофагит	5	
Кандидоз мочевыводящих путей	5	
Энтероколит	2	
Фарингит	3	10 дней по 50 мг/день (в первый день 100 мг)
Стоматит	20	12 дней по 50 мг/день (в первый день 100 мг)
Рецидивирующий вульвовагинит	10	150 мг 3 раза в неделю

ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ *H. PYLORI*

Фармацевтическая фирма КРКА выпускает три препарата первой линии для эрадикационной терапии *H. pylori*.

Фромилид (klarитромицин) – полусинтетический макролид, обладающий широким антимикробным спектром. Отличительные особенности – хорошее проникновение в различные ткани и органы, создание концентраций, во много раз превышающей сывороточную, что немаловажно для эрадикации *H. pylori*. Klarитромицин и его метаболит имеют наименьшую из всех макролидов МПК в отношении *H. pylori* – 0,03 и 0,06 мг/л соответственно. Препарат является кислотоустойчивым и сохраняет активность против *H. pylori* при снижении pH.

Хиконцил (амоксциллин) относится к группе бета-лактамовых антибиотиков,

подгруппе аминопенициллинов, активен в отношении G+ и G- микроорганизмов. В отличие от большинства бета-лактамов, он проявляет в отношении *H. pylori* бактерицидный эффект. Амоксициллин уже давно применяется для лечения инфекций дыхательных путей и сравнительно недавно – для эрадикации *H. pylori*. Главным его достоинством является низкое число резистентных к его действию штаммов *H. pylori*. Учитывая высокую первичную резистентность *H. pylori* к метронидазолу (50% штаммов – Москва), выбор в качестве второго антибиотика амоксицилина становится весьма целесообразным.

Омепразол – блокатор протонной помпы, обеспечивающей перенос ионов водо-

рода из париетальной клетки в просвет желудка. Препарат обеспечивает длительный период времени в течение суток, когда значение pH является благоприятным для заживления язвенного дефекта, а также для реализации эффекта антибиотика, в частности амоксицилина, МПК которого меняется в зависимости от pH среды. Результаты многочисленных двойных слепых исследований показали, что омепразол превосходит различные антагонисты H₂-рецепторов гистамина и по скорости купирования симптомов, и по частоте и скорости заживления язвенных поражений слизистой.



НАРУЖНАЯ ТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

В. А. Ревякина, Научный центр здоровья детей РАМН

Особое место в комплексной терапии атопического дерматита занимает наружная терапия. Рациональное использование средств наружной терапии с учетом возраста ребенка, морфологии и стадии атопического дерматита в значительной степени повышает эффективность проводимого лечения. Препараты наружной терапии оказывают не только местное, но и общее воздействие на организм ребенка через нервно-рецепторный аппарат, проникая через кожу. Исчезновение или уменьшение кожных проявлений аллергии и таких субъективных ощущений, как зуд, боль и жжение, благоприятно сказывается на общем и психо-эмоциональном состоянии больного.

Несмотря на огромное число лекарственных средств, предложенных для наружной терапии АД, лидирующее положение на сегодняшний день занимают топические кортикостероиды, специально предназначенные для его эффективного и безопасного лечения. Отношение к ним за последнее время изменилось: от «кортикофобии» до рационального и правильного их назначения. Успех во многом определен знанием педиатров механизмов их действия, химической структуры, фармакокинетики, местных и системных побочных эффектов.

В настоящее время топические кортикостероидные препараты классифицируются по силе их действия (I–IV класс). Признается и другая классификация – в зависимости от содержания в их молекуле атома фтора: фторсодержащие и нефторсодержащие. Использование сильных фторсодержащих стероидов местно, применяемых на больших поверхностях кожи, могут вызвать такие побочные реакции, как атрофия кожи, «стероидные

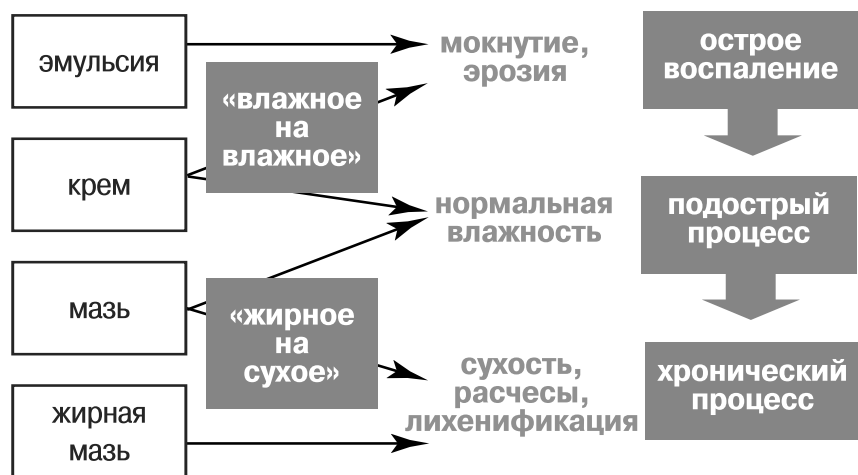
угри», теленгиэктазии. Поэтому появление нового поколения топических кортикостероидов, специально предназначенных для эффективного и безопасного лечения атопического дерматита, представляет огромный интерес.

Среди таких препаратов следует назвать **Адвантан** (метилпреднизолон ацепонат). Высокая липофильность позволяет ему легко проникать через роговой слой эпидермиса, не задерживаясь в нем надолго и тем самым не провоцируя возникновения местных побочных эффектов, особенно атрофии кожи. Конъюгация метилпреднизолона 17-пропионата с глюкуроновой кислотой в печени приводит к образованию неактивных метаболитов, которые выводятся из организма в связанном (неактивном) состоянии, что уменьшает риск развития системного побочного эффекта.

Данный препарат можно использовать у детей первого года жизни – с 6 месячного возраста. Он не влияет на уровень эндогенного кортизола, что имеет особое значение, поскольку у детей наблюдается более высокая абсорбция лекарственных веществ из-за большего соотношения площади кожи и веса тела. Кроме того, у них более слабо развита система метаболизма экзогенных стероидов.

Длительный противовоспалительный эффект позволяет назначать Адвантан 1 раз в сутки. Важным преимуществом препарата является наличие четырех лекарственных форм – мазь, крем, эмульсия, жирная мазь. Все это расширяет возможности наружной терапии различных форм атопического дерматита.

Выбор лекарственной формы



НЕ ТОЛЬКО ЛЕКАРСТВА

В развлекательном центре «Макдональдс» прошел праздник для детей, страдающих гипопитарным нанизмом. Его организовала компания «Фармация», которая является одним из основных поставщиков гормона роста «Генотропин». Этот препарат позволяет детям с тяжелым гормональным недугом не отставать в росте от своих сверстников.

Пока дети играли, а затем лакомились пирожками, мороженым и шипучими напитками, родители смогли пообщаться с главными специалистами России по проблемам низ-

корослости. На встрече присутствовали: В. А. Петеркова, профессор, главный детский эндокринолог Минздрава РФ, директор вновь организуемого института детской эндокринологии; А. М. Мясоедова, председатель Ассоциации низкорослости, сотрудницы фирмы «Фармация». Обсуждались вопросы социальной адаптации детей с проблемами роста и помощи тем, кто, к сожалению, уже не сможет подрасти – слишком поздно был поставлен диагноз.

Врачи-эндокринологи и члены Ассоциации при активной поддержке компании «Фарма-

ция» постоянно работают над тем, чтобы в самых отдаленных районах страны врачи были хорошо информированы о новых возможностях лечения гипопитарного нанизма. К сожалению, препарат очень дорогой: годовой курс лечения стоит около \$30 тысяч. В развитых странах заботу о таких пациентах берет на себя государство. И у нас, несмотря на трудности, связанные с недостаточностью финансирования здравоохранения, дети с этим диагнозом получают драгоценный препарат бесплатно.

Контактные телефоны: 126 2760, 598 9836.

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ У ДЕТЕЙ

В. А. Ревякина, Научный центр здоровья детей РАМН

Аллергический ринит является одним из самых распространенных заболеваний у детей и взрослых. В принятых недавно международных документах, посвященных этой проблеме – аллергический ринит определяется как воспалительное заболевание слизистой оболочки носа, развивающееся под влиянием разнообразных аллергенов. Он сопровождается такими симптомами, как заложенность носа, ринорея, зуд в полости носа, приступы чихания. Дополнительная симптоматика может включать головную боль, нарушение обоняния и проявления конъюнктивита. Все это негативно отражается на различных аспектах жизни больного ребенка. Выраженные клинические симптомы аллергического ринита существенно влияют на успеваемость и концентрацию внимания, ограничивают физическую активность. Доказано, что у 30–40% пациентов с аллергическим ринитом в последующем развивается бронхиальная астма – заболевание, имеющее хроническое течение с периодически возникающими обострениями и приводящее к социальной дезадаптации. С другой стороны, аллергический ринит достаточно часто ассоциируется с другими заболеваниями, а именно с бронхиальной астмой, атопическим дерматитом, полипозом носа, аллергическими заболеваниями верхних дыхательных путей. Практически у 80–90% детей с бронхиальной астмой наблюдается аллергический ринит. Такая тесная взаимосвязь между аллергическим ринитом и бронхиальной астмой дает право некоторым исследователям рассматривать два эти заболевания, как единую болезнь. В связи с этим ранняя диагностика аллергического ринита и назначение рациональной адекватной терапии не только предупреждает развитие тяжелых форм заболевания, но и предупреждает возникновение бронхиальной астмы. Все это является предметом клинических и научных исследований.

В зависимости от особенностей клинического течения и обострений болезни, связанных с временами года, аллергический ринит классифицируется на круглогодичный (КАР) и сезонный (САР). У подростков и взрослых выделяют еще и профессиональный аллергический ринит.

В развитии круглогодичного аллергического ринита ведущая роль принадлежит аллергенам домашней пыли и особенно клещам рода *дермофагоидес*. Определенное значение имеют аллергены домашних животных (собаки, кошки), тараканов, пера, пуха, а также некоторых видов плесени. Для КАР характерна более постоянная клиническая сим-

птоматика. Она отмечается на протяжении всего года. Сезонности, как правило, не наблюдается. Наиболее частым и типичным клиническим признаком при хроническом течении КАР является заложенность носа, которая наиболее выражена ночью, нарушая сон, снижая обоняния и слуха. Пациенты в таких случаях вынуждены прибегать к частому приему сосудосуживающих капель, длительное и бесконтрольное применение которых наоборот утяжеляет течение аллергического ринита, а в некоторых случаях приводят к развитию медикаментозного ринита.

Особенностями САР является периодичность обострений. Клинические симптомы САР рецидивируют из года в год в одно и то же время и имеют четкую связь с периодом цветения определенных видов растений. Наиболее выраженные симптомы САР отмечаются при максимальной концентрации пыльцы растений и наблюдается, как правило, утром (между восходом солнца и 9 часами), а также в сухую ветряную погоду. Сезонный аллергический ринит вызывает пыльца деревьев (ольха, береза, лещина, дуб и др.), при этом первый пик заболеваемости приходится на апрель-май. Пыльца злаковых трав (тимopheevka, овсяница, ежа сборная, коостер, райграсс, пихосховост, мятлик, рож) вызывает второй пик заболеваемости САР – с июня по август. Пыльца сорных трав (лебеда, полынь, амброзия и др.) также провоцирует развитие САР, которое наблюдается в летне-осенний периоды года.

Течение аллергического ринита усугубляют воздействие неспецифических факторов (холодный воздух, табачный дым), а также вирусы и инфекции.

Иногда у детей с аллергическим ринитом наблюдается искривление носовой перегородки, полипы, которые утяжеляют течение болезни. В последние годы участились случаи возникновения сухого кашля у детей, страдающих аллергическим ринитом.

Для снятия обострения аллергического ринита широко применяются антигистаминные препараты. В настоящее время предпочтение отдается антигистаминным препаратам нового поколения, которые применяются один раз в сутки, а длительность их приема можно увеличить до 2–3 месяцев.

Медикаментозная терапия должна быть направлена не только на подавление симптомов аллергического ринита, но и на предотвращение возможного развития бронхиальной астмы, для этого необходимо контролировать основные патогенетические звенья аллергического воспаления в верхних и нижних дыхательных путях. В таких случа-

ях используют топические кортикостероидные препараты, обеспечивающие наиболее эффективное устранение симптомов аллергического ринита и уменьшающие явления бронхиальной гиперреактивности.

В числе наиболее часто используемых в детской практике препаратов применяется флутиказон пропионат (Фликсоназе). Этот препарат обладает высокой противовоспалительной активностью и терапевтической эффективностью, что позволяет управлять всеми симптомами, которые наблюдаются при аллергическом рините. Он предназначен только для интраназального применения и разрешен к использованию у детей с 4 летнего возраста. Дозировка: по 1 ингаляции в каждой носовой ход 1 раз в день. При необходимости кратность может быть увеличена до 2 раз в день. Длительность курсового лечения составляет от 10 до 21 дня. При необходимости возможно и более длительное применение препарата. Успех лечения во многом определяется регулярностью применения. Следует отметить, что благодаря крайне низкой биодоступности препарат не оказывает и системного эффекта даже при длительном приеме. С этим же связано и высокая безопасность препарата.

Результаты клинических исследований свидетельствуют, что Фликсоназе значительно снижает количество воспалительных клеток в слизистой оболочке носовой полости и ингибирует действие местных медиаторов аллергии.

В некоторых случаях используется комбинированная терапия Фликсоназе и Фликсотидом у больных с сочетанными проявлениями бронхиальной астмы и аллергического ринита, что дает возможность снижения дозы обоих препаратов.

Топические кортикостероиды не оказывают побочных эффектов при условии правильного их назначения и дозирования.

При легком течении аллергического ринита в качестве противорецидивного лечения применяются кромоны (производные кромогликата натрия, кромоглициевой кислоты). Они назначаются 4 раза в сутки, длительностью 1–2 месяца.

Чаще всего для лечения аллергического ринита используется комплексная терапия с применением нескольких групп лекарственных препаратов различного механизма действия, однако при этом необходимо остерегаться полипрогмазии.

В заключение следует отметить, что аллергический ринит это серьезное заболевание, которое требует постоянного наблюдения и лечения.

ТЕРАПИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ НА ПИЩЕВЫЕ ПРОДУКТЫ

Л. В. Лусс, ГНЦ – Институт иммунологии МЗ РФ

В последние годы отмечается рост аллергических реакций на пищевые продукты. Факторы, способствующие формированию истинной пищевой аллергии разнообразны, но среди них важнейшую роль играет генетически детерминированная наследственная предрасположенность к атопии. Основными принципами ее терапии являются патогенетический подход, использование комплексных методов и этапности в проведении лечения.

При истинной пищевой аллергии, как и при любом другом аллергическом заболевании, применяются специфические и неспецифические методы лечения. К специфическим методам лечения относятся элиминация пищевого аллергена и АСИТ – аллергенспецифическая иммунотерапия. Элиминация или исключение из питания причиннозначимого аллергена, относится к основным методам терапии пищевой аллергии. В случаях, когда пищевая аллергия развивается к редко употребляемым продуктам (например, клубника, шоколад, крабы и т. п.), элиминация является единственным эффективным методом лечения. Она требует не только исключения конкретного пищевого продукта, ответственного за развитие сенсибилизации, но и любых других, в состав которых он входит, даже в следовых количествах.

АСИТ при пищевой аллергии проводится лишь в том случае, когда в основе заболевания лежит реактивный механизм, а пищевой продукт является жизненно необходимым (например, аллергия к молоку у детей). Первые попытки проведения АСИТ при пищевой аллергии осуществлялись в начале 20-х годов и были предложены разные методы ее проведения: пилюльный, пероральный, подкожный. Однако, многие исследователи пришли к заключению о низкой эффективности АСИТ пищевыми аллергенами при пищевой аллергии. Тем не менее, мы считаем, что вопрос о целесообразности проведения специфической иммунотерапии при пищевой аллергии еще не решен и требует дальнейшего изучения.

Неспецифические методы или фармакотерапия направлены на устранение симптомов развившегося заболевания и на профилактику обострений. Фармакотерапия пищевой аллергии зависит от возраста, степени тяжести, стадии, формы и особенностей клинического течения пищевой аллергии, наличия сопутствующих заболеваний и других показателей, отмечаемых у пациентов.

Одним из важнейших медиаторов, ответственных за развитие клинических симпто-

мов непереносимости пищевых продуктов, является гистамин.

Широкий спектр фармакологического действия гистамина определяет разнообразие клинических проявлений, связанных с его высвобождением из тучных клеток и базофилов, и вовлечение в реакцию разных тканей, органов и систем. Типичными клиническими проявлениями действия гистамина со стороны кожи является развитие зуда, гиперемии, волдырных и неуртикарных высыпаний. Со стороны дыхательных путей, следствием влияния гистамина являются – отек слизистой носа, гиперсекреция слизи в полости носа, бронхоспазм и гиперпродукция слизи бронхиальными железами. Со стороны желудочно-кишечного тракта, гистамин вызывает кишечные колики, усиление продукции пепсина и соляной кислоты в желудке, избыточное образование слизи. Со стороны сердечно-сосудистой системы, гистамин вызывает падение артериального давления, нарушение сердечного ритма.

В виду важнейшей роли гистамина в развитии как истинной, так и ложной пищевой аллергии, особая роль в лечении заболевания отводится антигистаминным препаратам.

Целью исследования, которое было проведено в НКО ГНЦ – Института иммунологии при Минздраве России, являлось изучение влияния антигистаминного препарата Кестин на клиническое течение обострения хронической рецидивирующей крапивницы у больных пищевой аллергией. Основанием для применения Кестина служили предварительные данные о высокой клинической эффективности препарата Кестин при хронической рецидивирующей крапивнице (ХРК) и его высоком профиле безопасности.

30 больных пищевой аллергией в возрасте от 18 до 55 лет поступили в клинику в период обострения хронической рецидивирующей крапивницы, обусловленной нарушениями в диете. Кестин назначали по 10 мг, один раз в сутки, за 1 час до еды, в одно и то же время дня, в течение 3-х недель. Применение других местных или системных препаратов, влияющих на течение ХРК, не допускалось.

Критерии эффективности

Пациенты ежедневно, в одно и то же время регистрировали симптомы ХРК за предыдущие 24 часа. Об эффективности препарата Кестин судили по оценке индекса симптомов заболева-

ния, которые используются в таких исследованиях.

Первичный критерий эффективности:

средняя динамика суммарного индекса симптомов (сумма индексов высыпаний и зуда) за предыдущие 24 часа.

Вторичные критерии эффективности:

средняя динамика симптома нарушения сна по сравнению с исходным показателем для каждой недели лечения; общее мнение больного и исследователя об эффективности лечения; стадия и степень тяжести заболевания (реакции); наличие сопутствующих заболеваний и другие.

Интенсивность высыпаний оценивали в баллах:

0 – высыпаний нет;

1 – наличие 1–5 волдырей на поверхности кожи;

2 – наличие 6 – 15 волдырей на поверхности кожи;

3 – наличие 16–25 волдырей на поверхности кожи;

4 – наличие > 25 волдырей на поверхности кожи.

Уже через неделю на фоне приема препарата Кестин интенсивность высыпаний значительно снизилась. Интенсивность зуда уменьшилась в первые же сутки приема препарата, а к концу 3 недели на зуд никто из больных не жаловался. Кроме того, на фоне приема препарата Кестин, отмечалась отчетливая положительная динамика назальных симптомов у больных, имевших клинические проявления аллергического ринита, обусловленного сенсибилизацией к бытовым аллергенам.

Все больные хорошо переносили препарат Кестин и высоко оценили его клиническую эффективность. Только у двух больных отмечались побочные симптомы (тяжесть в голове, горечь во рту), не требовавшие отмены препарата. Среди сопутствующих заболеваний, у этих двух пациентов отмечалась патология со стороны ЖКТ и гепатобилиарной системы.

29 из 30 больных отметили клиническую эффективность Кестина, как отличные и хорошие результаты и изъявили желание в последующем использовать для лечения этот препарат.

Динамика интенсивности уртикарных высыпаний на фоне приема препарата Кестин у больных пищевой аллергией

Сроки приема препарата Кестин	До лечения	Через одну неделю	Через две недели	Через три недели
Интенсивность симптомов в баллах	2,5	1,8	0,8	0,5

ОЖИРЕНИЕ, МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И НАРУШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ

Одним из важных мероприятий IX Российского национального конгресса «Человек и лекарство» был симпозиум «Метаболический синдром», собравший большую аудиторию специалистов. Дело в том, что ВОЗ объявила ожирение глобальной эпидемией, представляющей серьезную угрозу для общественного здоровья. По данным ученых – 250 миллионов взрослого населения земного шара страдают избыточной массой тела, а это приводит к тяжелым сопутствующим заболеваниям, снижению трудоспособности, ранней инвалидизации и сокращению продолжительности жизни больных

О механизмах, ведущих к развитию сопутствующих заболеваний при ожирении, дает представление концепция метаболического синдрома. Как полагают специалисты, основным патогенетическим звеном его развития является инсулинорезистентность и компенсирующий ее гиперинсулинизм. Подкожно-жировая клетчатка в области живота вместе с висцеральным жиром брюшной полости составляют абдоминальный жир, в котором очень активно протекают метаболические процессы – основная причина развития таких заболеваний как артериальная гипертензия, сахарный диабет II типа, дислипидемия, онкологические заболевания, артриты, почечная недостаточность и многие другие патологические состояния. Кроме того, при ожирении, у мужчин снижается продукция тестостерона и увеличивается содержание глобулинов, связывающих половые гормоны, а у женщин повышается продукция мужских половых гормонов яичниками и корой надпочечников. Следствием этих эндокринно-гормональных нарушений является снижение половой потенции у мужчин, гирсудизм и нарушение репродуктивной функции у женщин.

Факторы развития ожирения имеют широкий диапазон и могут воздействовать как совместно, так и обособленно. Наиболее распространенными из них являются – генетическая предрасположенность, особенности поведения (переедание, гиподинамия), нарушения эндокринной системы, окружающая среда. Влияние различных факторов на анаболические процессы в организме реализуется через нервную и эндокринную системы. Установлено, что гипоталамус – центр энергетического баланса, куда поступают сигналы с периферии. В свою очередь, гипоталамус управляет расходом энергии через вегетативную нервную систему, гормоны гипофиза, широко вовлекая в этот процесс всю эндокринную систему. Доказано, что активация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси сочетается с ожирением, в то же время, сложные нейро-гуморальные связи позволяют считать гипоталамус основным регулятором и в системе репродукции.

Исследования по изучению взаимосвязи ожирения и нарушений репродуктив-

ной функции у женщин ведутся давно – одна из первых работ была опубликована сто лет назад. На основании накопленного опыта ученые разрабатывают программы по лечению ожирения и коррекции нарушений менструальной функции с включением диет, физической нагрузки, медикаментозной терапии. По мнению специалистов Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, необходимым и первоочередным методом лечения для женщин с ожирением является снижение массы тела. Благодаря изменению гормонального профиля, увеличивается частота беременностей в среднем на 29%, менструальная функция восстанавливается у 80%.

Первым этапом лечения является редуцирующая диета, направленная на снижение массы тела. Но, как и при терапии ожирения различного генеза, только с помощью диет редко достигается желаемый результат. Применение медикаментозной терапии облегчает соблюдение гипокалорийного рациона и способствует более быстрому и интенсивному снижению массы тела, а также помогает удержать достигнутые результаты и предотвратить развитие рецидива. Учитывая, что данная терапия процесс длительный – единственным из имеющихся препаратов выбора в этом случае является орлистат (Ксеникал). Действие **Ксеникала** направлено на ключевой фактор ожирения – жиры пищи. Известно, что желудочно-кишечные липазы – ферменты, расщепляющие жиры пищи на моноглицериды, свободные жирные кислоты и глицерин, которые затем всасываются в кровь. Действие Ксеникала направлено на подавление активности желудочно-кишечных липаз, вследствие чего жиры пищи остаются нерасщепленными и не могут всасываться через кишечную стенку. Таким образом, уменьшается поступление их в кровь, что создает дефицит энергии и способствует снижению массы тела. Успех терапии зависит от последовательности лечебных мероприятий, в результате которых нормализуется стероидогенез и фолликулогенез в яичниках.

Для подтверждения взаимосвязи ожирения с нарушениями менструальной и репродуктивной функции специалистами

Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН под руководством проф. В. Н. Прилепской было проведено исследование. Его целью было изучение влияния постепенного снижения массы тела, улучшения липидного и углеводного обмена на восстановление менструальной и репродуктивной функции. В исследовании принимали участие пациентки с нарушениями менструальной и репродуктивной функции на фоне НЭС, связанного и не связанного с беременностью и СПКЯ. Всего в исследование было включено 20 женщин в возрасте от 18 до 40 лет.

В процессе наблюдения была установлена четкая корреляция между снижением массы тела и спонтанным восстановлением регулярных менструаций и нормализацией углеводного обмена. Динамика снижения массы тела за шесть месяцев составила в среднем 9,6 кг. Аналогичным образом снизились показатели ИМТ и соотношения ОТ/ОБ. Восстановление различных нарушений менструальной функции без какой-либо дополнительной терапии отмечено у 45% пациенток. За время наблюдения у 74% женщин с исходным нарушением толерантности к глюкозе произошла нормализация углеводного обмена. У 4% больных нормальная толерантность перешла в нарушение, хотя, возможно, при отсутствии лечения этот процент был бы большим. За шесть месяцев наступление беременности отмечено у двух женщин. Наблюдение за восстановлением репродуктивной функции и удержанием достигнутого результата в лечении ожирения в данной группе продолжается.

Остается добавить, что препарат Ксеникал разработан и выпускается компанией F. Hoffmann-La Roche – лидером в области создания эффективных и безопасных лекарств для лечения ожирения и ассоциированных с ним заболеваний. Благодаря Ксеникалу создан уникальный подход к терапии снижения веса, т. к. никогда ранее препараты с периферическим механизмом действия не предлагались к использованию в соответствующих областях медицины. Механизм периферического действия определяет высокую безопасность препарата: он не всасывается в кровь и не имеет системного эффекта.



– Евгений Валерианович, как вы чувствуете себя в новом столетии, в новом тысячелетии?

– Нормально. А вот что будет впереди, сказать трудно, потому что мне уже все-таки девяносто лет.

– Что вам дает радость в жизни?

– Театральная работа, сцена, съемки в кино.

– Как вы смотрите на перемены в современной жизни, и какие чувства они вызывают в вас в сравнение с тем, что позади?

– Перемены произошли огромные, и всякая эпоха начинает свою жизнь по-своему. Это вполне естественно: жизнь идет вперед, все меняется. Меняются и театры. Был когда-то хорошим Московский художественный театр. Какой он сейчас и каким он будет дальше, я не могу еще точно определить. Куда сейчас вообще пойдет театр никто не знает, потому что пришло молодое поколение и когда оно вырастет в настоящих мастеров, трудно сказать. Это зависит и от руководителей театров и от многого другого, что прогнозировать почти невозможно.

– Говорят, что есть такое средство Макропулуса, которое продлевает молодость. Скажите, каков секрет вашей молодости?

Евгений Самойлов. Несколько поколений зрителей влюблялись в его героев, попадая под неизменное влияние красоты и обаяния артиста. Его дарованию были подвластны Чацкий и Павлик Корчагин, Олег Кошевой и Гамлет, Иван Шуйский и Игнат Гордеев. Ему покорялись самые сложные вершины сценического мастерства, в которых требовались и высокий интеллект, и трагический пафос, и совершенное искусство перевоплощения, и мастерство пластической выразительности.

Навсегда оставаясь учеником и последователем Мейерхольда, он во всякое свое сценическое или кинематографическое создание вкладывал страстное сердце художника и неизменную любовь к пламенной романтике. Особенно ярко проявилось творческое своеобразие артиста в сценическом прочтении русской классики. Одной из лучших ролей Самойлова в Малом театре стал образ Ивана Петровича Шуйского в спектакле по пьесе А. К. Толстого «Царь Федор Иоанович», поставленном Б. Равенских в 1974 году и до сих пор идущим на сцене театра при неослабевающем зрительском успехе.

У него удивительно сложилась личная жизнь, но несмотря на все эти несомненные успехи, Евгений Самойлов продолжает оставаться, как и в самом начале своего пути, человеком скромным и отзывчивым, страстно увлеченным своим делом и живущим в мире высоких чувств и вдохновенной романтики.

Оставайтесь, друзья, молодыми, никогда не старейте душой!

– Я всю жизнь был в спортивной форме, так как без этого невозможно работать ни в театре, ни в кино. Делаю гимнастику, занимаюсь физкультурой, всегда катался на лыжах и коньках, на лошади. Вот все, что меня поддерживало и поддерживает до сих пор.

– А как вы относитесь к медицине, к врачам?

– Конечно, с медициной приходилось сталкиваться, куда же без нее. И, надо сказать, всегда, когда мне приходилось обращаться к врачам, отношение было очень хорошее. Однажды во время гастролей в Санкт-Петербурге, где я был очень плотно занят в репертуаре театра, у меня случилось предынфарктное состояние. Увезли меня в свердловскую больницу. Там были великолепные специалисты и отношение И-ЗУ-МИ-ТЕЛЬ-НО-Е! Меня тогда быстро поставили на ноги. А не так давно мне пришлось обратиться в клинику академика Николая Алексеевича Лопаткина в Москве. И он лично сделал мне операцию. С его стороны я ощутил доброе и по-настоящему человеческое отношение. Да, по сути, в течение всей жизни – и когда дети болели, и во всех остальных случаях – я не видел ничего другого от врачей, кроме заботы, внимания и профессиональной помощи.

Пользуясь случаем, хочу их сердечно поблагодарить за это и передать наилучшие пожелания.

– Ваши коллеги, не сговариваясь, говорят о вашей доброжелательности и о вашей замечательной улыбке, которая всегда поднимает у них настроение? Скажите, откуда в вас такой жизненный настрой?

– Я сам по-доброму отношусь к людям и, прежде всего, стараюсь видеть в них добро. Если оно существует, значит, человек меня радует. Может быть, поэтому я чувствую себя достаточно хорошо душевно.

– Что бы вы хотели пожелать своим друзьям-коллегам и своим поклонникам-зрителям?

– Чтобы они могли увидеть хорошие спектакли, замечательные достижения молодого поколения и тех, на ком сегодня держится театр. Пусть будут хорошие кинофильмы и пусть все получают от них радость. Потому что и театр, и кино служат для воспитания людей, и для того, чтобы дарить им радость.

– Что для вас в жизни значит любовь?

– Любовь – это самое главное. Она меня всегда грела, вдохновляла, давала тонус жизни. Без нее я не мыслю себя.

Беседовала Н. Савватеева

Газета зарегистрирована Комитетом РФ по печати. Регистрационный № 014489 от 16.02.1996. Издаётся с 1993 года
Учредители: Редакция газеты "Больница", Московская городская клиническая больница им. С. П. Боткина, Московская медицинская ассоциация.

Главный редактор Г. Денисова
105203, Москва, ул. Нижняя Первомайская, 47, оф. 207; тел./факс: (095) 465 4854
www.hospital.da.ru; E-mail – hospital@dataforce.net

Компьютерная верстка, дизайн – Издательство «Пульс»

© Газета «Больница»

ЦЕНА
ДОГОВОРНАЯ