

Клиническая

Стабильность.
Авторитет.
Надежность.
Достижения.
Оптимальный результат.
Знак качества.
Именно они являются
основными
характеристиками
компании Sandoz.

12-14 октября в г. Киеве состоялся XII конгресс педиатров Украины, посвященный современным проблемам педиатрии. В ходе данного мероприятия рассматривались вопросы терапии инфекции дыхательных путей, гастроэнтерологии и нутрициологии, реабилитации детей с психоневрологической патологией, диагностики, лечения и профилактики социально значимых заболеваний. Проведение этого конгресса стало возможным благодаря поддержке известной фармацевтической компании «Сандоз», которая является генеральным спонсором этого мероприятия на протяжении многих лет.

О необходимости рационального лечения кашля у детей рассказала старший научный сотрудник отделения детской пульмонологии и аллергологии Национального института фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины, кандидат медицинских наук Елена Александровна Речкина.



— Пройдямость дыхательных путей является непременным условием нормального дыхания человека. Их обструкция вызывает кашель — сложную защитную рефлекторную реакцию, направленную на восстановление проходимости.

В 80% случаев кашель у детей возникает при бронхолегочных заболеваниях и обусловлен повышенной вязкостью бронхиального секрета, нарушением скольжения мокроты по бронхиальному дереву и недостаточной активностью мерцательного эпителия. Причиной развития кашля также могут быть заболевания сердечно-сосудистой системы, патология желудочно-кишечного тракта и верхних дыхательных путей.

Устранение кашля показано лишь в том случае, когда он теряет свои защитные функции и влияет на общее состояние и качество жизни ребенка. Эффективная противокашлевая терапия заключается не в подавлении кашлевого рефлекса, а в переводе сухого кашля во влажный, продуктивный. Именно это ведет к улучшению дренажной функции бронхов, восстановлению проходимости дыхательных путей и прекращению кашля.

При выборе препарата особое внимание необходимо обращать на характер кашля, бронхиального секрета, а также учитывать фармакодинамические свойства противокашлевых препаратов.

Среди средств, которые обладают противокашлевым действием, можно выделить собственно противокашлевые препараты центрального и периферического действия, средства с опосредованным противокашлевым эффектом и комбинированные препараты. В педиатрии особое внимание уделяется мукоактивным средствам, которые позволяют добиться разжижения мокроты и снижения ее адгезивности. По механизму действия разделяют на:

— мукогидратанты, усиливающие секрецию бронхиальных желез и разжижающие мокроту путем внедрения молекул воды в структуру фракции золь;

— муколитики, оказывающие непосредственное влияние на физико-химические свойства бронхиального секрета;

— мукорегуляторы, влияющие на внутриклеточное образование бронхиального секрета и восстанавливающие нормальное соотношение разных классов муцинов слизи, уменьшая ее вязкость.

Одним из наиболее эффективных и безопасных противокашлевых средств является производное аминокислоты цистеина — ацетилцистеин (АЦЦ). Еще в начале 60-х годов он был признан наиболее эффективным среди муколитиков.

АСС — муколитик прямого действия, который разрывает дисульфидные связи кислых мукополисахаридов мокроты, чем способствует уменьшению вязкости слизи и облегчает ее выведение из бронхиальных путей. При этом он не увеличивает объема мокроты и ускоряет мукоцилиарный клиренс.

АЦЦ оказывает прямое и не прямое антиоксидантное действие даже в очень низких концентрациях. Оно обусловлено наличием свободной тиольной группы, которая взаимодействует с электрофильными группами свободных радикалов и реактивных кислородных метаболитов. Именно это свойство было признано важным фактором, который оказывает положительное влияние на течение патологического процесса в легких.

Пневмопротекторные свойства АЦЦ обеспечивают эффективную защиту органов дыхания от токсического влияния негативных факторов окружающей среды, поддерживают функциональную активность и морфологическую целостность легочной ткани.

Кроме того, препарат ингибирует адгезию бактерий на слизистой оболочке ротоглотки, тем самым снижая степень эндобронхиальной колонизации патогенными микроорганизмами, а также уменьшает выраженность респираторных и интоксикационных симптомов при острых вирусных респираторных инфекциях, что обусловлено регулирующим воздействием на продукцию и высвобождение цитокинов. АЦЦ оказывает иммуномодулирующее и антимутагенное действие, а также обладает радиопротекторным эффектом.

Согласно протоколу оказания медицинской помощи больным муковисцидозом (приказ МЗ Украины от 19.03.2007 г. № 128) ацетилцистеин входит в состав базисной терапии. При пневмонии АЦЦ уменьшает патологическое влияние экссудата, заполняющего просветы альвеол и бронхов, способствуя его более быстрой элиминации. Это приводит к более полному и быстрому восстановлению структуры легочной ткани и уменьшению структурных изменений после патологического процесса.

По своей структуре ацетилцистеин является производным природной аминокислоты цистеина; в связи с этим он обладает высоким профилем безопасности и может применяться для лечения кашля с затрудненным выделением мокроты даже у детей раннего возраста.

Эффективность препарата была доказана в многочисленных исследованиях. Так, согласно результатам краткосрочных исследований (длительностью до 2 нед), применение ацетилцистеина в дозе 100-300 мг/сут у детей как в виде монотерапии, так и в сочетании с антибиотиками способствует снижению вязкости мокроты, интенсивности кашля;

значительно облегчает откашливание и нормализует показатели функции внешнего дыхания при хроническом бронхите.

В нашей клинике было проведено исследование эффективности и переносимости новой формы АЦЦ — порошка для приготовления раствора — у 45 детей с заболеваниями дыхательных путей, сопровождающимися образованием вязкого секрета. Результаты исследования показали, что препарат оказывает положительный эффект в конце первых суток лечения, достигая максимального воздействия на 3-и сутки. Высокая эффективность препарата была зарегистрирована у 92,5% детей, хорошая переносимость — у 100%.

В сравнительном исследовании препаратов АЦЦ и АЦЦ-лонг была показана их сопоставимая эффективность, что позволяет назначать АЦЦ-лонг пациентам подросткового возраста (с 14 лет) для достижения высокого комплаенса.

Разнообразие лекарственных форм (гранулы, таблетки, порошок для приготовления раствора) позволяет применять препарат различными путями, комбинируя его с другими лекарственными средствами, и точно дозировать. Эффективность действующего вещества не изменяется при растворении препарата в соке, холодном чае или воде. Препарат необходимо принимать после еды, запивая небольшим количеством воды, что позволит усилить его муколитическое свойство.

При острых заболеваниях органов дыхания АЦЦ применяется в течение 7 дней, при хронической патологии может применяться длительное время (до 6 мес). Детям до 2 лет препарат назначают в дозе 100-150 мг/сут, 6-14 лет — в дозе 300-400 мг/сут, детям старше 14 лет и взрослым — по 400-600 мг/сут.

Таким образом, результаты проведенных исследований и клинический опыт позволяют заключить, что высокая эффективность, хороший профиль безопасности, удобство применения АЦЦ у пациентов разного возраста дают основания считать его одним из перспективных муколитических и пневмопротекторных средств в лечении заболеваний органов дыхания.

Руководитель отделения медицинских проблем здорового ребенка и преморбидных состояний ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии» НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Людмила Викторовна Квашнина акцентировала внимание слушателей на проблеме возникновения психовегетативных расстройств у детей младшего школьного возраста в период адаптации к образовательному процессу.



— В структуре причин психовегетативных нарушений, затрудняющих адаптацию в начальных классах, ведущее место занимает синдром дефицита внимания и гиперактивности (50-52%). Характерными признаками ребенка с данным синдромом является непоседливость, суетливость, чрезмерная разговорчивость, плохая координация, недостаточный мышечный контроль, невозможность длительной концентрации внимания.

Причинами возникновения синдрома гиперактивности являются генетическая предрасположенность, факторы окружающей среды (в частности, отношения в семье), особенности строения и функционирования головного мозга, родовые травмы, инфекционные заболевания, перенесенные ребенком в первые месяцы жизни.

Существует несколько гипотез возникновения данных нарушений, среди которых наиболее известными являются:

— нарушение функционирования субкортикальных структур мозга (ретикулярной формации), осуществляющих регуляцию различных двигательных и вегетативных реакций (D. Hebb, 1976);

— нарушение функционирования лобных долей мозга;

— дисфункция трансмиссерной системы (J. Finelli);

— пищевая аллергия и употребление пищи, содержащей большое количество сахара, консервантов, искусственных красителей и пищевых добавок (T. Armstrong, 1995);

— гипотеза пластичности нервной системы;

— теория нарушения способности контроля (R.A. Barkley, 1990).

В 1902 г. английский ученый G.F. Still впервые ввел понятие «гиперактивность» и отметил, что в основе данного нарушения лежат определенные биологические расстройства, а не плохое воспитание. Также он продемонстрировал, что данные нарушения более



педиатрия на современном уровне

характерны для мальчиков и часто сочетаются с антисоциальным, криминальным поведением, склонностью к депрессии и алкоголизму.

В 1947 г. А. Strauss была выдвинута теория малых мозговых дисфункций (минимального повреждения мозга), согласно которой гиперактивность у детей напоминает последствия черепно-мозговой травмы у взрослых. К этой категории относят детей со средним уровнем интеллекта, поведенческими расстройствами, проблемами в обучении, которые сочетаются с патологией нервной системы. Значительная неоднородность этой группы обусловила необходимость выделения двух диагностических категорий: дети с нарушением активности и внимания; дети со специфическими расстройствами обучаемости (диспраксией, дислексией, дискалькулией, смешанными расстройствами).

В 1980 г. в Руководстве DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders – Руководство по диагностике и статистике психических расстройств) Американской ассоциации психиатров (American Psychiatric Association, APA) были выделены термины «синдром дефицита внимания», «синдром дефицита внимания в сочетании с гиперактивностью». В 1987 г. в той же классификации появился термин «синдром нарушения внимания с гиперактивностью». В МКБ-10 данное нарушение рассматривается в рубрике F.90 (гиперкинетические расстройства) как «нарушение активности внимания».

Выделяют три клинические формы синдрома дефицита внимания и гиперактивности: – синдром дефицита внимания и гиперактивности с преимущественными нарушениями внимания (наиболее часто регистрируется в подростковом возрасте по мере сглаживания симптомов гиперактивности);



– синдром дефицита внимания и гиперактивности с преобладанием гиперактивности и импульсивности (менее 15% случаев), чаще всего встречается у детей дошкольного возраста; – сочетанную форму синдрома дефицита внимания и гиперактивности (наиболее распространенная форма – встречается в 50-75% случаев).

Для установления диагноза «синдром дефицита внимания и гиперактивности» со-

гласно критериям DSM-IV необходимо наличие 6 или более симптомов, характеризующих невнимательность, а также 6 или более симптомов гиперактивности и импульсивности.

К симптомам невнимательности относятся:

- неспособность удерживать внимание на деталях (ошибки из-за небрежности);
- трудности в сохранении внимания во время игр и занятий;
- неспособность до конца справиться с выполнением уроков, что не связано с негативным или протестным поведением;
- сложность в организации самостоятельной деятельности;
- отказ от выполнения задания, требующего длительного умственного напряжения;
- частые случаи потери вещей;
- отвлечение внимания на посторонние раздражители;
- проявление забывчивости в повседневных ситуациях.

Симптомы гиперактивности включают:

- частые беспокойные движения в кистях и стопах;
- бесцельная двигательная активность;
- неспособность тихо и спокойно играть;
- пребывание в постоянном движении;
- излишняя разговорчивость.

К проявлениям импульсивности относятся: нетерпеливость, неусидчивость, навязчивость и бестактность.

Синдром дефицита внимания и гиперактивности можно заподозрить уже на 1 году жизни ребенка по выраженной реакции на раздражители, нарушениям сна, наличию тремора. В дошкольном возрасте основными проявлениями являются минимальная статико-моторная недостаточность и диспраксия. В младшем школьном возрасте нарастают эмоциональная несдержанность, избыточная капризность, оппозиционность поведения, энурез. Ребенок рассеян, неспособен удерживать внимание дольше нескольких минут и сосредоточиться на определенном виде деятельности. Особенностью гиперактивности при данном синдроме является ее бесцельность, ненаправленность, несоответствие ситуации, сочетание с деструктивным поведением.

В подростковом возрасте признаки гиперактивности редуцируются, однако импульсивность и нарушение внимания сохраняются. Подросток с синдромом дефицита внимания несамостоятелен, безответствен, необязателен, безинициативен и по-прежнему неспособен к длительному выполнению задания; очень легко вовлекается в различные асоциальные группировки, начинает употреблять алкоголь и наркотики.

Дифференциальная диагностика при синдроме дефицита внимания и гиперактивности проводится с такими заболеваниями, как посттравматическая энцефалопатия, неврозы, церебрастенический синдром при соматических заболеваниях, последствия нейроинфекций и др.

Основной задачей лечения данного состояния является устранение нарушений естественного равновесия и восстановление утраченных функций организма и личности. Подход к лечению гиперактивных детей и его адаптации должен быть комплексным и включать медикаментозную терапию, психологическую и педагогическую коррекцию, а также коррекцию поведения. Особое внимание следует обратить на наличие соматических нарушений, которые могут усугублять проявления данного синдрома. Обязательным

компонентом терапии являются тщательный осмотр неврологом в 3; 5 и 7 лет. Влияние родителей на социальную адаптацию гиперактивного ребенка играет ведущую роль в коррекции данного синдрома.

Медикаментозная терапия синдрома дефицита внимания и гиперактивности назначается лишь в случае выраженной социальной дезадаптации ребенка. С этой целью используются препараты различных фармакологических групп: психостимуляторы, антидепрессанты, ноотропы, витамины и седативные средства.

Среди седативных средств, которые могут использоваться в коррекции гиперактивности у детей дошкольного возраста, широкое признание получил препарат Персен («Сандоз»). Этот препарат содержит три растительных компонента – экстракты валерианы, мяты перечной и Melissa. Активные вещества этих трав обладают выраженными седативным и анксиолитическим свойствами, которые позволяют нивелировать неблагоприятные проявления и улучшить адаптацию.

Выраженный седативный эффект достигается благодаря наличию в препарате Персен экстракта валерианы (*Valeriana officinalis*). Помимо этого действия, валериана благоприятно влияет на сердечно-сосудистую систему (улучшает сократительную функцию сердца, снижает частоту сердечных сокращений и артериальное давление). Она потенцирует ГАМК-эргическую медиацию, тем самым оказывая защитное действие на нервную систему, улучшает качество сна, увеличивает его длительность и уменьшает время засыпания.

Наличие в экстракте Melissa лимонной (*Melissa officinalis*) активных компонентов (альдегидов, монотерпеноидов, флавоноидов, полифенольных соединений, гликозидов монотерпена) обуславливает благоприятное влияние на центральную нервную систему. Melissa лимонная снижает активность никотиновых и мускариновых рецепторов в коре больших полушарий, а также оказывает угнетающее действие на ацетилхолинэстеразу головного мозга.

Экстракт мяты перечной (*Menthae piperitae*) оказывает выраженные седативный и спазмолитический эффекты, а также обладает антигипоксическим, антисептическим, желчегонным и противорвотным действием.

Проведение полного курса комплексной терапии с использованием препарата Персен дает возможность улучшить процессы адаптации, концентрацию внимания, качества сна, а также снизить уровень тревожности. Принадлежность Персена к растительным препаратам и отсутствие в его составе этилового спирта определяют его основные преимущества при использовании в педиатрической практике.

Подготовила **Анастасия Лазаренко**

3



SANDOZ
Здоров'я на першому місці

Представництво в Україні: Київ, вул. Польова, 24д, тел.: (044) 4952866; 4952941; факс: 4952943

www.sandoz.com