

Фитотерапія і гомеопатія: Возможности использования в педиатрической практике

По материалам XI Конгресса педиатров Украины «Актуальные проблемы педиатрии» (7-9 октября 2015 года, г. Киев)

Назначение медикаментозного лечения детям всегда подразумевает особую ответственность врача, который должен не только обладать современными знаниями и практическим опытом, но и обращать особое внимание на безопасность рекомендуемых лекарственных средств. Поэтому возможности использования в педиатрической практике таких методов лечения, как фитотерапия и гомеопатия, которые традиционно принято считать более безопасными, всегда вызвали большой интерес у педиатров. Однако сегодня совершенно очевидно, что врач может быть полностью уверен в безопасности только стандартизированных растительных и гомеопатических препаратов, которые выпускаются из высококачественного сырья с использованием современных технологий фармацевтического производства и прошли все необходимые клинические исследования. В настоящее время недопустимо ставить знак равенства между «бабушкиными» травяными сборами и современными препаратами природного происхождения с точным дозированием каждого активного компонента, доступных в таких же лекарственных формах, как и синтетические лекарственные средства. Те возможности, которые открывают сегодня перед практикующими педиатрами современные растительные и гомеопатические препараты, подробно обсуждались ведущими отечественными экспертами в области педиатрии в рамках XI Конгресса педиатров Украины «Актуальные проблемы педиатрии», состоявшегося 7-9 октября 2015 года в г. Киев. Предлагаем вниманию читателей краткий обзор выступлений, посвященных данной тематике.



О роли иммунного ответа в развитии острых респираторных заболеваний у детей и возможностях использования у них иммуномодуляторов растительного происхождения участник Конгресса рассказал **заведующий кафедрой иммунологии и аллергологии Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, доктор медицинских наук, профессор Андрей Игоревич Курченко.**

— В реализации противовирусного иммунитета принимают участие такие важные компоненты иммунной системы, как интерфероны (ИФН), интерлейкины (ИЛ), естественные киллеры (НК-клетки) и Т-хелперы. Что касается временной динамики проявлений противовирусного иммунитета, то на первом этапе к сдерживанию вирусной инфекции подключаются ИФН и НК-клетки, а затем вырабатываются антитела и цитотоксические Т-лимфоциты. При этом основным цитокином в борьбе с вирусной инфекцией, безусловно, является ИФН. ИФН α/β способствует избирательной активации цитотоксических функций НК-клеток, а ИЛ-12 — избирательной продукции НК-клетками ИФН- γ . При этом высокий уровень ИФН α/β (ИЛ-10, простагландин E2) блокирует функцию ИЛ-12 и синтез ИФН- γ . На сегодня основными продуцентами ИФН считаются плазматоидные дендритные клетки с фенотипом CD4 CD123 HLA-DR CD68 CD45RA CD11c (естественные интерферон-продуцирующие клетки — NIPC), которые относятся к клеткам врожденного неспецифического иммунитета и по своей функции являются профессиональными антигенпрезентирующими клетками. Эти специализированные клетки присутствуют в крови и в большинстве тканей, являются долгоживущими, обладая высокой антигенперерабатывающей способностью, длительно сохраняют антигенную информацию и способны продуцировать большие количества ИФН. Синтез ИФН происходит при активации на их поверхности определенных подтипов Toll-подобных рецепторов (TLR3, 4, 7 и 9).

Присутствие вируса способно влиять на дифференцировку Т-лимфоцитов в сторону усиления продукции цитокинов Th2-профиля (ИЛ-4 и ИЛ-10), а также усиливать продукцию клетками ТФР- β , снижающего способность НК-клеток к выработке ИФН- γ (особенно у больных atopическим дерматитом). Выделяют следующие типы НК-клеток в зависимости от способности к продукции цитокинов:

- NK1 — продуцируют ИФН- α /ИФН- γ (обострение) под действием ИЛ-12/ИЛ-18;
- NK2 — продуцируют ИЛ-5/ИЛ-13 (ремиссия) под действием ИЛ-4;
- NK3 или NKreg — продуцируют ИЛ-10/ТФР- β под действием ИЛ-2;
- NK22 (кожа, слизистые оболочки) — продуцируют ИЛ-22 под воздействием ИЛ-23.

Ключевой функцией НК-клеток является реализация киллингового эффекта, результатом которого становится невозможность репликации вируса внутри пораженной клетки. Именно от реакции НК-клеток зависят такие процессы, как персистенция вируса, хронизация вирусной инфекции и формирование иммунодефицитного состояния. Цитотоксичность НК-клеток связана с наличием в гранулах специфических ферментов: перфорина и гранзимов. Поэтому существует 2 принципиальных пути развития киллингового эффекта: перфорин-зависимый (с образованием иммунологического синапса) и перфорин-независимый (с использованием молекул семейства FAS). От этого зависит выраженность воспалительной реакции и степень иммунологического

ответа. Кроме того, НК-клетки синтезируют цитокины и хемокины (ИФН- γ , ИЛ-5, ИЛ-13, ГМ-КСФ, MIP, RANTES). Экспрессия ИФН- γ НК-клетками связана с регуляторной цитокин-продуцирующей функцией клеток с фенотипом CD56brightCD16+. Экспрессия основных клеточных энзимов НК-клеток (перфорин, гранзимы А и В) связана с потенциальной цитотоксической функцией клеток с фенотипами CD56+CD16+ и CD56-CD16+.

Одним из перспективных препаратов, способных усиливать собственные механизмы противовирусной и иммунной защиты, является препарат Эсберитокс. Он представляет собой стандартизованную комбинацию трав (*Echinacea purpurea* и *pallida*, *Baptisia tinctoria*, *Thuja occidentalis*), зарегистрирован в Германии и еще в 23 странах мира. Эсберитокс — это больше, чем просто препарат с эхинацей. *Baptisia tinctoria* и *Thuja occidentalis* поддерживают иммунную систему, оказывая те эффекты, которых невозможно добиться при применении только эхинацеи. В ходе фундаментальных клинико-иммунологических исследований нами было доказано, что продукция ИФН- α , ИФН- γ , ФНО, ИЛ-12 и ИЛ-15 мононуклеарными клетками периферической крови здоровых доноров под влиянием митогена фитогемагглютинина и препарата Эсберитокс в разных дозах существенно повышается по сравнению с их спонтанной продукцией. В дальнейшем мы планируем продолжить исследование иммунологических и противовирусных эффектов этого перспективного препарата.



Известный украинский ученый-педиатр, академик НАМН Украины, заведующий кафедрой педиатрии № 4 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, доктор медицинских наук, профессор Виталий Григорьевич Майданник остановился в своем докладе на вопросе клинической эффективности использования препарата Эсберитокс при респираторной патологии у детей.

— Острые респираторные инфекции (ОРИ) — это наиболее часто встречающаяся патология как у детей, так и у взрослых. Высокая заболеваемость ОРИ связана с многообразием вирусов, вызывающих заболевание, и с отсутствием специфического иммунитета в популяции, что приводит к их быстрому распространению. Ежегодно так называемое простудное заболевание переносят около 90% пациентов. Только в США за медицинской помощью по поводу простудных заболеваний ежегодно обращается около 25 млн человек. Препарат Эсберитокс известен украинским педиатрам с 1991 г. Он представляет собой уникальную стандартизованную комбинацию трех трав: *Echinacea purpurea* и *pallida*, *Baptisia tinctoria*, *Thuja occidentalis*. Каждый из этих растительных компонентов оказывает различные эффекты. Так, *Thuja occidentalis* оказывает непосредственное противовирусное действие, а также стимулирует пролиферацию Т-хелперов и выработку ИЛ-2 и активирует клетки-киллеры. *Baptisia tinctoria* ускоряет формирование лимфоцитов, производящих антитела, а также выработку антител и определенных цитокинов (ИЛ-8). *Echinacea purpurea*/*Echinacea pallida* активирует макрофаги и выработку ИЛ-1, ИЛ-6, ФНО и оказывает прямой противовирусный эффект. Эсберитокс обладает целым комплексом полезных иммуномодулирующих эффектов, воздействуя:

- на хемотаксис лейкоцитов (ИЛ-8);
- стимуляцию выработки антител;
- активацию и фагоцитарную функцию макрофагов;
- выработку ФНО, ИЛ-1 и ИЛ-6;

- усиление выработки ИФН;
- продукцию ИЛ-2;
- стимуляцию Т-хелперов/Т-киллеров.

Препарат Эсберитокс предназначен для применения у детей в возрасте от 4 лет. Взрослые и дети старше 12 лет принимают по 3-6 табл 3 р/сут, 7-12 лет — по 2 табл 3 р/сут, 4-6 лет — по 1-2 табл 3 р/сут. Таблетки Эсберитокс необходимо запивать большим количеством жидкости (желательно водой) или растворять в ротовой полости утром, в обед и вечером. Длительность курса лечения определяется индивидуально лечащим врачом.

Под нашим наблюдением находилось 12 здоровых детей и 66 детей с острой респираторной вирусной инфекцией (ОРВИ; 30 мальчиков и 36 девочек) в возрасте 4-18 лет (большинство — 5-7 лет). Мы оценивали содержание субпопуляций лимфоцитов в периферической крови в динамике на фоне лечения. В сравнении со здоровыми детьми контрольной группы у детей с ОРВИ было значимо ($p < 0,05$) повышено содержание лимфоцитов CD3/4/8, CD19, CD244 (2B4). После приема препарата Эсберитокс содержание указанных субпопуляций лимфоцитов достоверно ($p < 0,05$) снизилось, практически приблизившись к значениям здоровых детей. Кроме того, мы оценили содержание некоторых ИЛ в периферической крови и установили, что у больных ОРВИ содержание ИЛ-6 было достоверно ($p < 0,05$) снижено, а ИЛ-8 и ИЛ-12 — достоверно ($p < 0,05$) повышено. Прием препарата Эсберитокс через 2 недели приводил к нормализации уровней указанных интерлейкинов. В первые дни ОРВИ в крови детей отмечалась низкая концентрация IgA, что свидетельствовало об ослаблении барьерной противовирусной защиты. Концентрация IgG, напротив, при ОРВИ была повышена. После приема препарата Эсберитокс нами было зафиксировано достоверное ($p < 0,05$) повышение уровня IgA и снижение уровня IgG практически до нормальных величин. Таким образом, Эсберитокс обладает мощным и многогранным иммуномодулирующим воздействием, что очень важно в лечении и профилактике ОРИ у детей. В мире Эсберитокс используется уже более 50 лет и прекрасно зарекомендовал себя с позиций эффективности и безопасности.

Заведующий кафедрой ЛОР-заболеваний Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова, доктор медицинских наук, профессор Василий Васильевич Кишук в своем докладе подробно осветил вопросы диагностики и базисной терапии хронического тонзиллита (ХТ) у детей.



— В комплексе различных медико-социальных задач, определяющих научную и практическую стратегию в решении проблемы ХТ, центральное место занимают вопросы диагностики и лечения заболевания, которые, в свою очередь, базируются на подходах к определению функционального состояния небных миндалин при разных формах ХТ. Благодаря успехам в определении теоретических основ иммунофизиологии миндалин, подход к решению тонзиллярной проблемы сместился в сторону более бережного отношения врачей к лимфоэпителиальным структурам рото- и носоглотки, которые представляют собой особые образования иммунной системы. Распространенность ХТ в общей популяции составляет 16%, а в популяции часто болеющих детей (ЧБД) достигает 43% (Д.И. Заболотный, О.Ф. Мельников, 1999).

Согласно современному определению, ХТ — это стойкое хроническое воспаление небных миндалин, которое проявляется угнетением неспецифических факторов естественной резистентности организма, нарушением гуморального и клеточного звеньев иммунитета и сопровождается инфекционно-аллергической интоксикацией организма с возможным развитием целого ряда осложнений. Большое значение для понимания течения хронического воспалительного процесса в миндалинах, наиболее важных патогенетических звеньев ХТ и выбора метода лечения имеет классификация этого заболевания. Однако все предложенные до настоящего времени классификации ХТ основаны на признаках, которые характеризуют воспаление, а не на функции миндалин.

Клинически выделяют следующие вероятные признаки ХТ:

- неприятный запах изо рта и/или привкус во рту;
- гнойные пробки и/или жидкий гной в лакунах миндалин;

Продолжение на стр. 35.

Гострий тонзилофарингіт?

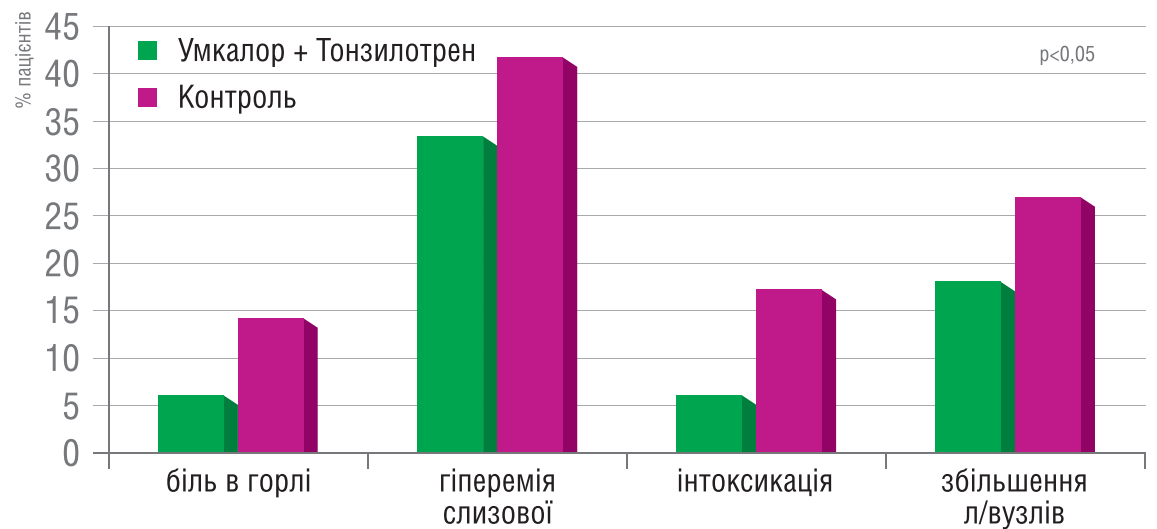
УМКАЛОР + ТОНЗИЛОТРЕН

Оптимізація терапевтичної тактики при гострих тонзилофарингітах у дітей

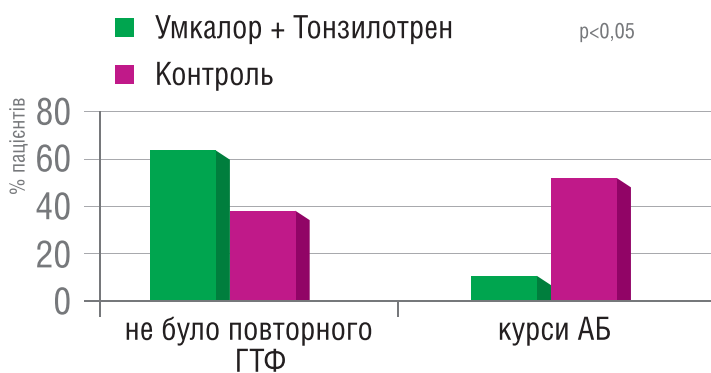
Завідуюча кафедрою педіатрії і інфекційних хвороб Буковинського державного медичного університету, доктор медичних наук, професор **О.К. Колоскова**

(за матеріалами XI Конгресу педіатрів України «Актуальні проблеми педіатрії», 7-9 жовтня 2015 р., м. Київ)

Ефективність терапії гострого тонзилофарингіту із застосуванням препаратів природного походження Умкалор та Тонзилотрен (5 день)



Результати катamnестичного спостереження



Висновок:

Комбіноване використання препаратів природного походження **Умкалор** і **Тонзилотрен** у дітей без БГСА

- сприяє кращій клінічній динаміці гострого тонзилофарингіту
- оптимізує контроль над запальним процесом як в гострому періоді, так і в ході катamnестичного спостереження

Есберітокс

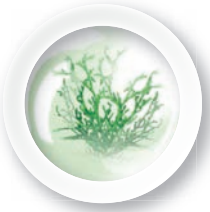
Більше 20 країн Європи довіряють Есберітоксу



Ехінацея пурпурова
Ехінацея палліда



Баптизія фарбувальна



Молоді пагони і листя туї



Приєм Есберітоксу в перші дні ГРВІ зменшує:

- інтенсивність клінічних симптомів*
- тривалість захворювання*
- можливість бактеріальних ускладнень*

В комплексному лікуванні бактеріальних інфекцій:

- збільшує ефективність основної терапії*
- зменшує частоту рецидивів захворювання*

*Forth H, Stolze H. Statistische Auswertung (Offene, multizentrische Vergleichsstudie bei Patienten mit bakteriellen Infekten der oberen Luftwege). Schaper & Brümmer, Salzgitter-Ringelheim, 13. 08. 1984 (incl. Methodik der Prüfung und Dokumentationsbogen [Methods, case report form]). Scha-per & Brümmer, Salzgitter-Ringelheim, Dec. 1981), and: bpk Pharma: Auswertungsbericht über die altersstratifizierten Ergebnisse der Vorberg G, Carstens V. Statistische Auswertung [statistical evaluation] Эсберітокс® bei Patienten mit viralen Atemwegsinfekten, Göttingen, 18.08.1983 (incl. Vorberg G, Prüfplan und Dokumentationsbogen [Study plan, case report form]). München, 24.11.1982).

Інформація для спеціалістів медичної та фармацевтичної сфери для використання у професійній діяльності. Перед застосуванням ознайомтеся з інструкцією. Зберігати в недоступному для дітей місці. Умкалор розчин 20 та 50 мл, РП № UA/6691/01/01 від 13.09.2012, Умкалор табл. РП № UA/6691/03/01 від 06.03.2015, Тонзилотрен РП № UA/3781/01/01 від 20.08.2015, Есберітокс РП № UA/11978/01/01 від 25.01.2012.



Представництво «Альпен Фарма АГ» (Швейцарія) в Україні, м. Київ, Пуца-Водиця, вул. Лісна, 30-А, 04075, тел.: +38(044) 401 8 103, www.alpenpharma.com



Dr. Willmar Schwabe Pharmaceuticals, Karlsruhe, Germany www.schwabepharm.com



Виробник: Dhu (Німеччина) www.dhu.de



Виробник: Шалер & Брюммер ГмбХ & Ко. КГ, Німеччина www.schapper-brummer.com

Фитотерапія і гомеопатія: можливості використання в педіатричній практиці

По матеріалах XI Конгресу педіатрів України
«Актуальні проблеми педіатрії» (7-9 жовтня 2015 року, м. Київ)

Продовження. Початок на стр. 33.

- гіперемія передніх небних дужок (симптом Гізе);
- отек верхнього угла, образованного передней и задней небными дужками (симптомы Зака и Преображенского);
- рубцовые спайки между миндалинами и небными дужками;
- увеличенные регионарные лимфоузлы в области угла нижней челюсти по переднему краю *m. sternocleidomastoideus* (валик Корицкого).

При этом не существует ни одного специфического признака или симптомокомплекса, который был бы присущ только ХТ, и тем более характеризовал бы функцию миндалин. Поэтому в диагностике ХТ (особенно – его формы) врач часто сталкивается с трудностями, поскольку само понятие «ХТ» не является клинически четко очерченным и конкретным. Кроме того, критерии диагностики также расплывчаты и имеют много субъективного, что зависит от квалификации и опыта врача.

Одной из наиболее сложных задач является выбор эффективного лечения пациентов с ХТ. В этом плане самым важным является стратегический вопрос: как лечить пациента – консервативно или хирургически? Выбор стратегии лечения пациентов с ХТ всегда был субъективным и основывался на данных анамнеза, клинической картины, классификации заболевания и наличия сопутствующей патологии, а также учитывал данные лабораторных общеклинических исследований.

Современными тенденциями в лечении ХТ являются максимально бережное отношение к миндалинам как к иммунокомпетентному органу и их удаление только в случаях подтвержденной функциональной несостоятельности. Доказано, что хирургическое удаление миндалин ухудшает состояние местного иммунитета и даже спустя более 5 лет после тонзилэктомии уровни секреторного IgA (sIgA) в слюне пациентов не достигают уровней, характерных для здоровых людей (Д.И. Заболотный, О.Ф. Мельников, 1999).

На сегодняшний день в связи с новым уровнем знаний о роли и функциях миндалин глоточного кольца приоритетным считается консервативное лечение ХТ, которое направлено на:

- **улучшение дренажной функции лакун небных миндалин** – промывание антисептическими растворами, массаж небных миндалин, аспирация содержимого лакун, аппликации разных препаратов на поверхность миндалин, применение комплексных натуральных препаратов (Тонзилотрен) и др.;
- **нормализацию местного иммунного статуса** – препараты группы иммуномодуляторов (препараты имидазолов, изопринозин, иммуностимуляторы тимусного происхождения, физические факторы, вещества природного происхождения и их комбинации (Тонзилотрен));
- **нормализацию общего иммунного статуса организма** – антиоксидантная, десенсибилизирующая, стимулирующая, репаративная терапия, комплексные натуральные препараты (Тонзилотрен).

В качестве базисной терапии ХТ мы применяем комплексный натуральный препарат Тонзилотрен. В Украине он применяется с 1995 г., а в Германии – еще с 1935 г. В состав препарата Тонзилотрен входят *Atropinum sulfuricum D5* (12,5 мг), *Hepar sulfuris D3* (10 мг), *Kalium bichromicum D4* (50 мг), *Silicea D2* (2 мг), *Mercurius bijodatus D8* (25 мг). Тонзилотрен оказывает иммуномодулирующее, противовоспалительное, репаративное действие при ХТ и, что очень важно, нормализует показатели местного и общего иммунного статуса. Применение препарата Тонзилотрен в составе базисной терапии острого тонзиллита и ХТ было изучено в целом ряде зарубежных и отечественных клинических исследований.

В рамках Всеукраинской междисциплинарной программы «Здоровое детство» детям было проведено 2 курса терапии препаратом Тонзилотрен (по 1 таблетке через 30 мин после еды 3 р/день в течение 10 дней в составе комплексного лечения, затем – в монотерапии до 2-х мес) с интервалом 4 мес. Было показано, что после проведения 2-х курсов терапии частота ОРВИ снизилась в 2,7 раза, тонзиллита – в 1,8 раза. Также было отмечено значимое улучшение дренажной функции миндалин. Терапия препаратом Тонзилотрен была оценена врачами, принимавшими участие в программе, как «хорошая» и «отличная» в 80% случаев, а переносимость получила такие высокие оценки в 94% случаев. С каждым годом доверие врачей и пациентов в Украине к препарату Тонзилотрен растет, о чем свидетельствует высокая приверженность к нему как врачей оториноларингологов, так и врачей смежных специальностей.

Если сравнивать эффективность консервативного и хирургического лечения пациентов с ХТ, то следует отметить, что во многих случаях тонзилэктомия не решает вопросов дальнейшего прогрессирования и улучшения течения ассоциированных заболеваний почек, суставов, сердца. Индивидуально подобранное консервативное лечение ХТ имеет явные преимущества перед тонзилэктомией. При этом при назначении консервативного лечения детям с ХТ преимущество следует отдавать препаратам с доказанной эффективностью и безопасностью. Нами показано, что использование комплекса медико-профилактических мероприятий и применение препарата Тонзилотрен в качестве базисной терапии ХТ у детей позволили снизить частоту острых эпизодов заболевания почти в 2 раза, существенно снизить заболеваемость ОРВИ (почти в 3 раза) и улучшить качество жизни пациентов с ХТ.

Заведующая кафедрой педиатрии и детских инфекционных болезней Буковинского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Елена Константиновна Колоскова посвятила свой доклад вопросам оптимизации терапевтической тактики при острых тонзиллофарингитах (ОТФ) у детей.



– ОТФ является одним из наиболее распространенных инфекционных заболеваний в амбулаторной педиатрической практике. В США около 18 млн человек в год обращаются за медицинской помощью по поводу боли в горле (D.K. Cheryu et al., 2008). У детей на долю фарингита приходится 6% визитов к педиатрам и врачам общей практики (D.R. Nash et al., 2002). Затраты на лечение фарингитов у взрослых в США составляют около \$1,2 млрд в год (A.R. Salkind et al., 2008).

Клинически для ОТФ характерно острое начало, сопровождающееся подъемом температуры тела и ухудшением состояния, появлением боли в горле и признаками интоксикации. При осмотре выявляются покраснение и отечность миндалин и слизистой оболочки задней стенки глотки, ее «зернистость» и инфильтрация, появление гнойного экссудата и налетов (в основном на миндалинах), увеличение и болезненность регионарных передних лимфоузлов. Наиболее частыми возбудителями ОТФ у детей являются вирусы (15–40% случаев), БГСА (30–40%) и стрептококки групп С и G (28–40%) (Г.З. Пискунов и соавт., 2007). При этом пик заболеваемости ОТФ, вызванного БГСА, отмечается в возрастной группе старше 5 лет.

Поскольку ОТФ у детей вызывается преимущественно респираторными вирусами, в этих случаях не требуется системная антибиотикотерапия; однако в 60–70% посещений детей с фарингитом в США антибиотики все же назначаются врачами первичной помощи (J.F. Kohen et al., 2015). Антибиотики необходимы при ОТФ, вызванном *Streptococcus pyogenes*, с целью профилактики распространения инфекции и развития гнойных и негнойных осложнений (ревматическая лихорадка, гломерулонефрит) (S.T. Shulman et al., 2012). Дифференциальная диагностика вирусного и бактериального ОТФ основана на использовании клинических шкал, культурального исследования и экспресс-тестов на *Streptococcus pyogenes*.

Согласно известной шкале W. McIsaac (в модификации А.А. Баранова и соавт., 2007), необходимость назначения антибиотиков при ОТФ зависит от возраста ребенка и основывается на балльной оценке таких клинических критериев, как температура тела выше 38 °С, отсутствие кашля, регионарный лимфаденит, отечность миндалин и отсутствие экссудата. При наличии более чем 4-х указанных критериев считается, что вероятность БГСА-инфекции велика и пациенту необходимо назначить эмпирическую антибиотикотерапию (с параллельным проведением культурального исследования или без такового). Диагностическая ценность суммы более 4 баллов по данной шкале в выявлении БГСА имеет достаточно высокую специфичность (96%), но низкую чувствительность (33,3%) (Е.К. Колоскова и соавт., 2015). На основании обследования 2118 детей (2009–2010 гг.) была показана неэффективность клинической шкалы Centor для выявления вызванного БГСА тонзиллофарингита у детей в возрасте 5–15 лет (I. Roggen et al., 2013).

Современные экспресс-тесты (например, Стрептатест) позволяют за 15–20 мин со специфичностью 95–100% и чувствительностью 60–95% исключить БГСА-этиологию ОТФ.

Направлениями последующих исследований являются: оптимизация быстрых методов диагностики ОТФ, вызванных *Streptococcus pyogenes*; оптимизация быстрых приемов дифференциальной диагностики острой инфекции и хронического глоточного носительства БГСА; совершенствование терапевтических схем при острых БГСА-фарингитах, разработка доступной, безопасной и эффективной противострептококковой вакцины; с учетом широкого спектра возбудителей ОТФ – поиск простых и эффективных схем терапии нестрептококковых ОТФ.

Комплексная терапия нестрептококковых ОТФ должна быть направлена на элиминацию этиологического фактора, устранение воспаления в глотке и восстановление дренажной функции миндалин. В таких случаях в комплексной терапии у детей можно использовать растительный препарат Умкалор (Eps®7630) в сочетании с комплексным натуральным препаратом Тонзилотрен. Умкалор оказывает противовирусное, антибактериальное (угнетает адгезию возбудителей к слизистой оболочке верхних дыхательных путей, подавляет проникновение бактерий внутрь клеток, оптимизирует фагоцитоз и активность макрофагов), иммуномодулирующее действие (стимулирует синтез ФНО, ИФН, регулирует активность НК-клеток), а Тонзилотрен – системный противовоспалительный, лимфотропный, иммуномодулирующий и репаративный эффекты.

Выбор препарата Умкалор объясняется, в первую очередь, оптимальным противовирусным эффектом, необходимым для лечения ОРВИ, и достаточным антибактериальным действием для предотвращения бактериальных осложнений. Кроме того, препарат обладает исключительной хорошей переносимостью (аналогичной таковой у плацебо), которая была продемонстрирована в ходе 19 РКИ с участием более 10 тыс. пациентов. Учитывая высокую эффективность и безопасность при заболеваниях верхних дыхательных путей и ЛОР-органов Умкалор включен во многочисленные рекомендации (в том числе EPOS 2012). Умкалор имеет высокий профиль безопасности и его можно назначать детям в возрасте от 1 года.

В последнее время внимание ученых привлекают так называемые дефензины – катионные пептиды иммунной системы, активные в отношении бактерий, грибов и многих оболочечных и безоболочечных вирусов. Они состоят из 18–45 аминокислот, в том числе 6–8 цистеиновых эволюционно консервативных остатков. Дефензины млекопитающих подразделяются на 3 группы: α-, β- и θ-дефензины. Было показано, что под воздействием стандартизованного экстракта Eps®7630 усиливается синтез антимикробных пептидов нейтрофильными гранулоцитами (E. Koch, C. Wohn, 2007).

По данным клинического исследования, проведенного в 2003 г. под руководством профессора В.В. Бережного, лечение острых нестрептококковых тонзиллофарингитов с использованием стандартизованного экстракта корня *Pelargonium sidoides* (Eps®7630) было более эффективным, чем плацебо, благодаря уменьшению тяжести симптомов, сокращению длительности лечения в среднем на 2 дня и предотвращению развития осложнений.

Наше собственное клиническое исследование предусматривало на 1-м этапе оценку диагностической ценности клинического и параклинического методов диагностики БГСА- и неБГСА-ОТФ (35 детей), на 2-м этапе (90 детей) – оценку эффективности лечения в остром периоде (в среднем 5 дней) и в периоде катаризации (в среднем 350 дней). На втором этапе дети были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 54 ребенка в возрасте от года до 17 лет с клиникой ОТФ и отрицательным результатом экспресс-теста, подтвержденным культурально. Им проводилась терапия препаратами Умкалор и Тонзилотрен в соответствующих возрасту дозах; антибиотикотерапия не назначалась. Вторую группу составили 36 пациентов в возрасте от года до 17 лет с клиникой ОТФ и отрицательным результатом экспресс-теста, подтвержденным культурально, которые получали другие виды лечения (за исключением антибиотикотерапии). Клинико-лабораторная эффективность лечения на 5-е сутки была оценена как более высокая у пациентов, получавших комбинированную терапию препаратами Умкалор и Тонзилотрен. Также в этой группе отмечались лучшие результаты катаризационного наблюдения: снижение частоты повторных эпизодов ОТФ, повторных госпитализаций, острых респираторных заболеваний (ОРЗ) и частоты применения курсов антибиотикотерапии.

Таким образом, на сегодняшний день диагноз ОТФ остается преимущественно клиническим, а результаты рутинных лабораторных исследований отражают активность инфекционно-воспалительного процесса. Экспресс-тесты (Стрептатест) позволяют оптимально быстро подтвердить (но не исключить) БГСА-этиологию ОТФ и способствуют более рациональному назначению антибиотиков. Комбинированное использование препаратов Умкалор и Тонзилотрен у детей без БГСА способствует лучшей клинической динамике ОТФ, оптимизирует контроль над воспалительным процессом как в остром периоде, так и в ходе катаризационного наблюдения.

Продолжение на стр. 36.

Фитотерапия и гомеопатия: возможности использования в педиатрической практике

По материалам XI Конгресса педиатров Украины
«Актуальные проблемы педиатрии» (7-9 октября 2015 года, г. Киев)

Продолжение. Начало на стр. 33.

Значительный интерес аудитории вызвал доклад профессора кафедры факультетской и госпитальной педиатрии Львовского национального медицинского университета им. Д. Галицкого, доктора медицинских наук, профессора Леси Васильевны Беш, в котором она постаралась ответить на вопросы, которые наиболее часто задают практикующие педиатры при ведении ЧБД.



ОРЗ являются наиболее частой причиной обращения детей к педиатрам. Особую тревогу специалистов вызывают те дети, у которых ОРЗ повторяются часто и характеризуются неблагоприятным, затяжным течением. Согласно данным различных авторов, такие дети составляют от 20 до 65% детской популяции. При этом одни авторы считают, что частые и длительные ОРЗ — это клиническое проявление вторичного иммунодефицита, в то время как другие склонны утверждать, что в таких ситуациях речь должна идти не об иммунодефиците, а лишь об особенностях иммунного ответа на инфекцию, то есть функционирования иммунной системы, которые в значительной мере связаны с процессами ее развития и созревания.

Сколько же раз в год ребенок «имеет право» заболеть ОРЗ, и когда его можно отнести к категории ЧБД? Согласно рекомендациям А.А. Баранова и В.Ю. Альбицкого (1986), к группе ЧБД можно отнести детей в возрасте:

- до года, которые в течение года болеют ОРЗ 4 раза и больше;
- 1-3 лет, которые в течение года болеют ОРЗ 6 раз и больше;
- 4-5 лет, которые в течение года болеют ОРЗ 5 раз и чаще;
- 5-6 лет, которые в течение года болеют ОРЗ 4 раза и чаще;
- старше 6 лет, которые в течение года болеют ОРЗ 3 раза и чаще.

В настоящее время большинство отечественных педиатрических школ придерживаются мнения, что к группе ЧБД следует относить тех, кто в течение года болеет ОРЗ чаще 4-8 раз и при этом не имеет проявлений хронической или врожденной патологии. Отдельные авторы считают, что для формирования полноценного иммунного ответа один ребенок «должен» переболеть в течение года 1 раз, а другой — 6-8 раз. Но практически все ученые и практикующие педиатры согласны с тем фактом, что наиболее часто ОРЗ болеют дети первых 5 лет жизни, когда происходит процесс становления адекватного иммунного ответа. Показано, что у детей до достижения возраста 8-14 лет отмечается физиологический дефицит IgG и IgA, что обуславливает склонность к развитию рецидивирующих респираторных инфекций.

В период становления иммунного ответа высокая заболеваемость ОРЗ в значительной степени обусловлена отсутствием иммунологической памяти в отношении предыдущих контактов с инфекционными антигенами. С возрастом такие контакты появляются и, соответственно, появляются антитела к большому количеству вирусов и бактерий, что сопровождается снижением заболеваемости ОРЗ. Сам по себе процесс становления адекватного иммунного ответа в значительной мере «провоцируется» повторными эпизодами ОРЗ.

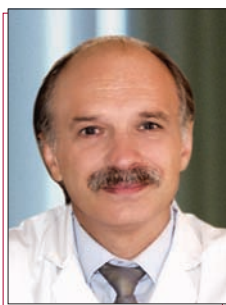
Однако не стоит забывать и о возможных ятрогенных причинах частых и длительных ОРЗ у детей. К ним следует отнести необоснованное назначение отдельных препаратов для лечения ОРЗ, в первую очередь антибиотиков. Полипрагмазия не только отрицательно сказывается на здоровье ребенка, но и финансово обременительна для его родителей. Необоснованная системная антибиотикотерапия способствует иммуносупрессии, приводит к дисбиозу дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), повышает склонность ребенка к повторным ОРЗ. К сожалению, сегодня в среднем 50-70% назначений системных антибиотиков в медицинской практике приходится на долю ОРЗ. В то же время, по данным фармакоэпидемиологических исследований, в 20-30% случаев ОРЗ назначение антибиотиков признано неоправданным (Л.М. Беяева, Е.А. Колупаева, 2015).

Тем не менее ОРЗ надо лечить, и в группе ЧБД особыми преимуществами обладают препараты растительного происхождения. При этом предпочтение следует отдавать высококачественным стандартизированным оригинальным

фитопрепаратам, а не фитосборам. Современные растительные препараты зачастую сопоставимы по своей клинической эффективности с эталонными синтетическими лекарственными средствами, при этом, как правило, отличаясь от них более высоким профилем безопасности и комплексным действием (что предупреждает полипрагмазию). В ряду таких препаратов, которые заслуживают особого внимания при ведении ЧБД, можно выделить оригинальный фитопрепарат Умкалор. Он оказывает противовирусное и противовоспалительное действие, а также обладает антибактериальным (бактерицидным и бактериостатическим эффектом) в отношении основных возбудителей инфекций верхних дыхательных путей и ЛОР-органов: *Klebsiella pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Proteus mirabilis*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae* и БГСА. Отмечается хорошая приверженность пациентов к лечению препаратом Умкалор — они достаточно точно и последовательно выполняют простые рекомендации по его приему, которые дает врач. Очень важным аспектом является и наличие у препарата Умкалор высокой доказательной базы (A1), убедительно подтверждающей эффективность и безопасность его применения у детей. Умкалор выпускается в форме раствора для перорального приема, а также в форме таблеток по 20 мг. Дети в возрасте 1-6 лет принимают Умкалор по 10 кап 3 р/день, в возрасте 6-12 лет — по 20 кап 3 р/день, в возрасте 12-18 лет — по 30 кап 3 р/день (за 30 мин до приема пищи). Таблетки Умкалор можно назначать детям старше 6 лет (в возрасте 6-12 лет — по 1 таб 2 р/день, в возрасте 12-18 лет — по 1 таб 3 р/сут). Длительность лечения обычно составляет 7-14 дней.

Алгоритм ведения ЧБД предусматривает соблюдение рационального режима дня (здоровый сон) и питания ребенка, а также правильно организованное закаливание, которое тренирует местные защитные системы. Родителям часто болеющего ребенка необходимо оздоровить его образ жизни: увеличить время прогулок на свежем воздухе, уменьшить время просмотра телепередач и работы за компьютером, улучшить экологические условия проживания, бороться с курением подростков. Важнейшее значение придается и нормализации психологического микроклимата в семье. Также в качестве действенной меры профилактики частых ОРЗ рассматривается уменьшение контактов ребенка с большими детскими коллективами.

В свою очередь, в зону врачебной ответственности входит грамотно организованная работа во время эпидемических вспышек ОРЗ, своевременная санация хронических очагов инфекции у ребенка и минимизация использования антибиотиков. При ведении ЧБД врач может рассмотреть возможность назначения препаратов, которые влияют на иммунный ответ. Однако следует помнить, что медикаментозная иммунокоррекция является лишь одним из компонентов комплексной программы ведения таких детей. Она не является обязательной и должна сопровождаться оздоровлением внешней среды, формированием навыков здорового образа жизни, оптимизацией питания, режима дня и отдыха, а также закаливанием.



Главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Украины по специальности «Детские инфекционные болезни», заведующий кафедрой детских инфекционных заболеваний Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, доктор медицинских наук, профессор Сергей Александрович Крамарев в своем докладе раскрыл особенности современного подхода к профилактике и лечению гриппа у детей.

— Согласно прогнозу на 2015/2016 г., в этом сезоне будут циркулировать 2 штамма вируса гриппа А (А/California/7/2009 и А/Швейцария/971/2013) и 1 штамм вируса гриппа В (В/Phuket/3079/2013). Все противовирусные препараты, которые используются для лечения гриппа и ОРВИ, можно разделить на 2 большие группы: узкого и широкого спектра действия. Препараты узкого спектра оказывают воздействие только на вирусы гриппа; к ним относят римантадин, озельтамивир и занамивир. Препаратов широкого спектра гораздо больше: умифеновир, интерфероны, индукторы интерферонов, природные противовирусные препараты (Инфлюцид), инозин пранобекс и др.

Каковы же современные подходы к лечению гриппа у детей? Противовирусное лечение ингибиторами нейраминидазы (озельтамивир и занамивир) рекомендуется у всех

пациентов с тяжелыми и осложненными формами заболевания. Противовирусное лечение гриппа ингибиторами нейраминидазы также показано детям с любыми формами гриппа, которые относятся к группам риска по развитию осложнений (М. Shun-Shin et al., 2009):

- дети с хроническими заболеваниями органов дыхания;
- дети с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы;
- дети с иммунодефицитными состояниями, ВИЧ-инфекцией;
- дети, которые получают иммуносупрессивную терапию;
- дети с сахарным диабетом;
- дети с ожирением;
- дети с хроническими заболеваниями почек и печени;
- дети в возрасте младше 5 лет.

Наибольшая клиническая эффективность лечения гриппа достигается при назначении озельтамивира или занамивира в первые 48 ч от начала заболевания. В случае поздней госпитализации пациентов с тяжелыми и осложненными формами гриппа ингибиторы нейраминидазы могут назначаться и после 2-х суток от начала заболевания. В условиях эпидемии противовирусное лечение ингибиторами нейраминидазы может назначаться детям с тяжелой формой заболевания, а также детям из групп риска с типичной клинической картиной гриппа без лабораторного подтверждения диагноза.

Показано, что длительность гриппа у детей значительно уменьшалась, если озельтамивир назначали раньше. Терапия препаратом, начатая в течение 12 ч от начала лихорадки, приводила к уменьшению медианы длительности заболевания на 3,1 дня в сравнении с таковой при назначении препарата в течение 48 ч от момента повышения температуры тела. Рано начатое лечение ассоциировалось с быстрой нормализацией общего состояния ($p=0,0001$), восстановлением обычной активности ($p=0,0001$), уменьшением длительности лихорадки ($p=0,0115$) и тяжести заболевания ($p=0,0023$) (F.Y. Aoki et al., 2003).

Показаниями к назначению антибиотиков при гриппе являются:

- подозрение на присоединение бактериальных осложнений;
- дети с гриппом и повышенным риском развития бактериальных осложнений (хронические заболевания органов дыхания и сердечно-сосудистой системы; дети с иммунодефицитными состояниями, ВИЧ-инфекцией, гемолитическими анемиями, гемоглобинопатией, асплинией; дети, получающие иммуносупрессивную терапию; дети первых 2-х лет жизни с гипертермией);
- повышение температуры тела до 38 °С и выше в течение 3 дней и/или лейкоцитоз выше $15 \times 10^9/л$ без четко установленной причины;
- наличие одышки без признаков обструкции и асимметрии хрипов.

Для оценки тяжести заболевания и условий госпитализации необходимо обязательно измерение частоты сердечных сокращений, частоты дыхания, артериальной давления и сопоставление этих показателей с возрастными нормами и показаниями термометрии. В приемном отделении обязательным является проведение пульсоксиметрии во время госпитализации и ежедневно — в инфекционном отделении у пациентов со среднетяжелыми и тяжелыми формами гриппа до улучшения состояния пациента. При сатурации кислорода (SpO_2) <90% показана кислородотерапия через маску с необходимым потоком кислорода для поддержания SpO_2 >90%. При невозможности поддержания SpO_2 на достаточном уровне в течение часа решается вопрос о переводе пациента в отделение интенсивной терапии.

Противовирусное лечение ингибиторами нейраминидазы легких и среднетяжелых форм гриппа у детей в возрасте старше 5 лет, которые не относятся к группам риска, не рекомендуется. При легких и среднетяжелых формах гриппа у детей могут назначаться другие препараты, эффективность которых при этом заболевании доказана. Именно таким препаратом с широким спектром противовирусного действия, включающим также и вирус гриппа, является Инфлюцид. При гриппе Инфлюцид проявляет противовирусную (М.Ю. Еропкин и соавт., 2009) и интерферон-индуцирующую активность (Т.И. Гаращенко и соавт., 2005). Инфлюцид может применяться как с целью профилактики, так и лечения гриппа и ОРВИ (Л.И. Ильенко и соавт., 2008).

Противовирусное действие препарата Инфлюцид на штаммы различных подтипов вируса гриппа (А/Новая Каледония (H1N1), А/Виктория (H3N2), А/Висконсин (H3N2), А/Калифорния 2009 (H1N1), В/Малайзия) было изучено в ходе лабораторных исследований *in vitro*. Было показано, что в случае заражения вирусом гриппа Инфлюцид уменьшает цитопатическую реакцию клеток на вирус, тем самым усиливая их резистентность к его действию (М.Ю. Еропкин и соавт., 2009).

В клиническом исследовании, в ходе которого Инфлюцид назначался ЧБД в комбинации с введением вакцины против гриппа, была продемонстрирована способность препарата стимулировать выработку эндогенного интерферона, защищать клетку от цитопатогенного действия вирусов и значительно ослаблять большинство симптомов гриппа и ОРВИ у тех детей, у которых они все же возникали (О.В. Шамшева и соавт., 2010).

Возможности и перспективы использования препарата Инфлюцид у детей для профилактики гриппа и ОРВИ также были изучены в ходе открытого контролируемого рандомизированного исследования с участием 60 детей в возрасте 5-6 лет, посещающих организованный детский коллектив (С.А. Мокія-Себина и соавт., 2009). Первая группа (30 детей) получала Инфлюцид по 1 таб 3 р/день в качестве профилактического средства в течение 1 мес, вторая группа – являлась контрольной. Контрольные обследования детей проводились до начала профилактики и затем – через 1, 2, 3 и 4 мес. Было показано, что общая заболеваемость гриппом и ОРВИ в сезон эпидемии значительно снизилась у детей основной группы, получавших монопрофилактику препаратом Инфлюцид. В период сезонного эпидемического подъема заболеваемости использование препарата Инфлюцид позволяло защитить от заболевания 86,7% детей. Кроме того, профилактический эффект препарата Инфлюцид сохранялся и после отмены препарата, о чем свидетельствовало значимое снижение частоты случаев гриппа и ОРВИ через 1, 2, 3 и 4 мес после завершения профилактики.

Очень интересное международное открытое многоцентровое проспективное рандомизированное контролируемое исследование, в ходе которого Инфлюцид применяли в лечении сопровождавшихся лихорадкой ОРВИ, было недавно завершено группой немецких и украинских ученых (М. Тинессе-Маллвиц и соавт., 2015). Его задача заключалась в том, чтобы оценить клинические преимущества препарата Инфлюцид при его применении в качестве дополнительной терапии в сочетании с симптоматическими препаратами (парацетамол, амброксол и/или оксиметазолин) в сравнении с приемом только стандартного симптоматического препарата при лечении ОРВИ, которые сопровождаются лихорадкой у пациентов до 65 лет. Было показано, что дополнительное назначение препарата Инфлюцид позволяло значительно снизить потребность в применении жаропонижающего препарата (парацетамола), муколитика (амброксола) и назального деконгестанта (оксиметазолина). В целом в группе препарата Инфлюцид было отмечено достоверно меньшее количество эпизодов приема симптоматических препаратов ($p < 0,0001$).

Заведующий кафедрой госпитальной педиатрии и неонатологии ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», доктор медицинских наук, профессор Юрий Кононович Бальбот затронул в своем докладе такую интересную тему, как возможность щадящей коррекции поведения у детей с расстройством и дефицитом внимания и гиперактивностью (РДВГ), которые очень интересуют практикующих педиатров.



– РДВГ – поведенческое расстройство, проявляющееся гиперактивностью/импульсивностью в сочетании с невнимательностью, которые приводят к стойкой социальной или школьной дезадаптации. В 2004 г. Всемирная ассоциация детской и подростковой психиатрии и смежных специальностей (IACAPAP) признала РДВГ проблемой № 1 в сфере детского и подросткового здравоохранения. Распространенность РДВГ в детской популяции, по данным разных авторов, колеблется от 2 до 20% (в среднем 5%). В среднем в каждом классе школы из 30 учеников есть 1-3 ребенка с РДВГ. У мальчиков РДВГ отмечается в 3-6 раз чаще, чем у девочек.

Если у детей с РДВГ на первый план, как правило, выходят трудности обучения в сочетании с низкой самооценкой и нарушениями взаимоотношений в семье и со сверстниками, то взрослые лица с РДВГ зачастую имеют выраженные нарушения социальной адаптации. Показано, что среди взрослых лиц с РДВГ гораздо больше, чем в общей популяции, распространены такие проблемы, как безработица, неспособность поддерживать дружеские отношения, аресты, неспособность оплатить свои счета, разводы, никотиновая, алкогольная и наркотическая зависимости. Лица с РДВГ реже используют контрацептивы и чаще болеют ЗППП, а также чаще попадают в ДТП.

РДВГ представляет собой гетерогенное расстройство с множеством возможных этиологических факторов. В настоящее время ведущее значение в этиопатогенезе РДВГ придается нарушению нейротрансмиссии моноаминов, генетической предрасположенности, травмам ЦНС, а также воздействию неблагоприятных факторов внешней среды.

Выделяют следующие критерии диагностики РДВГ:

- наличие признаков невнимательности, гиперактивности/импульсивности;
- появление хотя бы некоторых признаков расстройства в возрасте до 7 лет;
- проявление признаков расстройства не менее чем в двух ситуациях (дом, школа, внеклассные занятия, работа);
- симптомы вызывают существенное клиническое страдание, нарушение социального функционирования, препятствуют успешной учебе или профессиональной деятельности (у взрослых);
- признаки отмечаются в течение не менее 6 мес.

Первичный скрининг РДВГ осуществляется педагогами дошкольных учреждений, учителями и школьными психологами, первичная диагностика – врачами первичного звена здравоохранения (педиатрами и детскими неврологами). Окончательный диагноз устанавливает детский психиатр.

Лечение РДВГ подразумевает, в первую очередь, социальную терапию. Следует объяснить родителям суть расстройства, избавить их от чувства вины и обучить навыкам предупреждающего управления поведением, умению договариваться с ребенком, методикам повышения эффективности требований и реагированию на агрессивное поведение. Необходимо также проводить тренинг учительской компетенции с коррекционно-педагогическим сопровождением ребенка, а также проведением когнитивно-поведенческой терапии. Медикаментозное лечение назначается в дополнение к социальной терапии при тяжелых формах РДВГ, а также при неэффективности социальной терапии в течение 3 мес у школьников и в течение 6 мес у дошкольников. Препаратами первой линии являются метилфенидат (психостимулятор, уменьшающий поведенческие проявления РДВГ) и атомоксетин (селективный ингибитор обратного захвата норадреналина). В качестве препаратов 2-й линии рассматриваются трициклический антидепрессант имипрамин, ингибитор обратного захвата дофамина бупропион, агонисты центральных α_2 -адренорецепторов клонидин и гуанфацин.

Среди взрослых с РДВГ, которые получали социальную и медикаментозную терапию, достоверно меньше лиц, совершивших преступления и страдающих наркотической зависимостью, по сравнению с теми, кто не получал никакого лечения.

В Украине вопрос лечения и психолого-педагогического сопровождения детей с РДВГ остается все еще нерешенным. В нашей стране пока нет достаточного количества специалистов, владеющих навыками социальной терапии. Детям с РДВГ необоснованно назначаются препараты нейрометаболического действия, которые не обладают доказанной эффективностью при данной патологии, а также нейролептики, имеющие высокую частоту нежелательных эффектов.

Кроме того, лечение детей психостимуляторами сопряжено с целым рядом проблем. Около 30% пациентов не отвечают на лечение адекватно или плохо его переносят. При лечении этими препаратами необходим высокий комплаенс, а побочные эффекты (нарушения сна, аппетита, настроения и повышение тревожности) при их применении у детей отмечаются достаточно часто. Кроме того, использование психостимуляторов может быть связано с возможностью злоупотребления ими и незаконного распространения.

Как же помочь ребенку с РДВГ на этапе первичного оказания медицинской помощи? Внимание педиатров в последнее время все больше привлекает комплексный натуральный препарат Киндинорм Н, который содержит природные компоненты: экстракт валерианы, ромашки, стафилактин и фосфат калия.

Киндинорм Н показан к применению у детей с поведенческими расстройствами, сопровождающимися:

- нарушением концентрации внимания;
- повышенной возбудимостью;
- раздражительностью;
- неусидчивостью;
- неспособностью выполнять поставленные задачи;
- трудностями в обучении;
- состоянием общей слабости (астенией).

Киндинорм Н оказывает общеукрепляющее и корригирующее действие на ЦНС, а также положительное терапевтическое влияние при нарушениях сна, кошмарных сновидениях и энурезе. Киндинорм Н не является психотропным препаратом и может быть рекомендован педиатрами.

Клиническая эффективность препарата Киндинорм Н у 355 детей (7-14 лет) с РДВГ была изучена в ходе проспективного многоцентрового наблюдательного клинического исследования в сравнении с риталином, проведенного в 2007 г. Киндинорм Н получали 206 детей, а риталин – 149. Было показано, что на фоне приема препарата Киндинорм Н у детей с РДВГ повышалась концентрация внимания, снижалась гиперактивность, улучшалось поведение в школе и общее состояние (по субъективной оценке самого ребенка).

Также на базе ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» было проведено клиническое исследование по изучению применения препарата Киндинорм Н в течение 28 дней у 58 детей и подростков в возрасте 4-16 лет. На фоне лечения препаратом удалось достичь ослабления таких проявлений, как невнимательность и импульсивность. Препарат Киндинорм Н получил высокую оценку эффективности со стороны родителей пациентов.

Таким образом, применение препарата Киндинорм Н в комплексной программе ведения детей с РДВГ имеет неоспоримые преимущества. Во-первых, Киндинорм Н может быть рекомендован ребенку врачом первичного звена здравоохранения (педиатром, семейным врачом) без консультации детского психиатра, и лечение им может дополнять социальную терапию при легких и среднетяжелых формах расстройства. Во-вторых, доказанная высокая безопасность препарата Киндинорм Н позволяет отпускать его в аптеке без рецепта. Наконец, препарат Киндинорм Н удобен в применении и разрешен для использования у детей в возрасте с 1 года.

Доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной педиатрии и неонатологии № 2 ГУ «Днепропетровская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения Украины» Татьяна Карловна Мавропуло посвятила доклад вопросам коррекции функциональных гастроинтестинальных расстройств (ФГР) у детей первых месяцев жизни с перинатальными поражениями центральной нервной системы (ЦНС).



– Изучение поведенческих особенностей детей с перинатальными поражениями ЦНС и коликами показало, что для них характерны высокие показатели активности, ритмичности, настойчивости, но при этом они имеют минимальный порог восприятия. На первом этапе поведенческой терапии при ФГР (и в частности, коликах) у детей первых месяцев жизни необходимо быть уверенным в благоприятном течении ситуации и проводить интенсивное обучение родителей. Их задача – создать для ребенка спокойную атмосферу, чаще обнимать его и избегать перевозбуждения. Также используют так называемый «белый шум» (колыбельные песни). Подход к организации режима дня основывается на единообразии ежедневного ухода, сокращении до минимума внешних стимулов, использовании сосок-пустышек и пеленания. Не доказана эффективность дополнительных прогулок или массажа.

Матери необходимо придерживаться диеты, исключив из рациона коровье молоко, яйца, орехи, пшеницу, сою и рыбу. Эффективность материнской диеты проверяется в течение 2-х недель. Прерывание грудного вскармливания и использование смесей на основе аминокислот может иметь отрицательные последствия, поэтому используется только в крайнем случае при тяжелых коликах и отсутствии ответа на традиционное лечение. Известно, что улучшению сна способствует гормон мелатонин, который также оказывает расслабляющий эффект на гладкую мускулатуру ЖКТ. В «ночном» грудном молоке содержатся существенные концентрации мелатонина, и он играет роль в улучшении ночного сна и снижении интенсивности колик. При принятии решения об использовании смесей-гидролизатов в качестве первой линией рекомендованы смеси на основе частичного гидролиза сывороточных белков с пребиотическими олигосахаридами, которые следует рекомендовать в течение, как минимум, 2-х недель (могут быть эффективны у детей с тяжелыми симптомами или дополнительными симптомами атопии). У 25% детей с коликами состояние улучшается на фоне гипоаллергенной диеты (D.J. Hiff, C.S. Hosking, 2000; F. Savino, V. Tarasco, 2010).

Согласно рекомендациям Европейского общества педиатрической гастроэнтерологии, гепатологии и нутрициологии (ESPGHAN), у некоторых детей может быть полезным назначение симетикона. Есть данные о том, что может быть эффективным прием 30% раствора глюкозы, но тем не менее в этом направлении необходимы дальнейшие исследования (M. Akcam, A. Yilmaz, 2006). При коликах у детей оправдано назначение пробиотиков, механизм действия которых заключается в улучшении моторики кишечника и прямом действии на висцеральную боль. Недавний метаанализ свидетельствует, что *L. reuteri* могут быть эффективны для предупреждения плача у находящихся на исключительно грудном вскармливании детей с коликами, но данных пока еще недостаточно, чтобы рекомендовать их использование и у детей, находящихся на искусственном вскармливании (Y. Vandenplas et al., 2015; F. Savino et al., 2014).

В условиях отсутствия высокоэффективных фармакологических вмешательств могут применяться препараты природного происхождения, которые широко используются в Европе. К таким средствам относится комплексный натуральный препарат Энтерокинд, в отношении которого проведено достаточно большое количество клинических исследований, в том числе и в Украине. Активные компоненты препарата Энтерокинд гарантированно уменьшают боль в животе (в том числе при коликах) и метеоризм у детей грудного и младшего возраста. Энтерокинд характеризуется высоким профилем безопасности и хорошо переносится детьми. По данным нашего предварительного исследования, в ходе которого были опрошены матери так называемых беспокойных младенцев с коликами, после приема препарата его положительный эффект (уменьшение плача и беспокойства) отмечали более 70% матерей.

Травяные чаи, которые содержат *Matricariae recutita*, *Foeniculum vulgare* и *Melissa officinalis*, также уменьшают время плача, связанного с коликами, в течение недели использования (F. Savino et al., 2005). Однако применение растительных продуктов вызывает некоторые опасения ввиду возможных пищевых последствий (снижение потребления молока), отсутствия стандартных дозировок и содержания сахара и алкоголя. Таким образом, ФГР являются многофакторными состояниями, и маловероятно, что может быть рекомендовано какое-либо «универсальное» вмешательство, которое обеспечило бы значительное улучшение у всех детей. Чтобы сформулировать план коррекции ФГР, необходимо учитывать индивидуальные особенности каждого ребенка и обеспечивать «обратную связь». Коррекция таких проблем должна быть комплексной (использовать сочетание средств медикаментозной и немедикаментозной коррекции), в том числе и с применением препаратов природного происхождения, таких как Энтерокинд.

Подготовила Елена Терещенко