

По материалам VI Конгресса педиатров Украины «Современные проблемы клинической педиатрии», 14-16 октября, г. Киев

Ведущие ученые —

Научная программа VI Конгресса педиатров Украины предусматривала обсуждение многих актуальных проблем современной педиатрии, которые всегда интересны практикующим детским врачам. Как справиться с последствиями эмоционального стресса у совсем еще маленького ребенка? Какой антибиотик назначить при бактериальной инфекции верхних дыхательных путей? Что сделать для того, чтобы ребенок не так часто болел респираторными инфекциями? Как помочь младенцу, страдающему от кишечных коликов?

Все эти и многие другие вопросы педиатру приходится решать ежедневно. В рамках научных симпозиумов VI Конгресса педиатров Украины ответы на многие из них прозвучали в выступлениях ведущих отечественных ученых-педиатров, и в данной публикации мы предлагаем читателям их краткий обзор.



Новейшую научную информацию о том, какие именно пробиотики и когда целесообразно назначать детям, представил вниманию участников конгресса **член-корреспондент АМН Украины, заслуженный врач Украины, заведующий кафедрой педиатрии № 4 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, доктор медицинских наук, профессор**

Виталий Григорьевич Майданник.

— В настоящее время выработаны четкие критерии, на основании которых микроорганизмы могут быть отнесены к пробиотикам: точная таксономическая идентификация, принадлежность к представителям нормальной кишечной микрофлоры, отсутствие патогенности и токсичности, устойчивость к действию желудочного сока и желчи, способность к персистенции (хотя бы в течение краткого времени) в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ), способность влиять на местную метаболическую активность. Основные бактериальные микроорганизмы-пробиотики относятся к роду *Lactobacillus* (*L. reuteri*, *L. casei*, *L. rhamnosus* GG, *L. acidophilus*), *Bifidobacterium* (*B. infantis*, *B. longum*, *B. breve*, *B. bifidum*), *Escherichia* и *Enterococcus*. Кроме того, пробиотическое действие оказывают грибы *Saccharomyces boulardii*. Пробиотики входят в состав многих пищевых продуктов, пищевых добавок и лекарственных средств. Однако как лекарственные средства в Украине зарегистрированы лишь немногие из них. Согласно классификации выделяют моно- и поликомпонентные, а также комбинированные пробиотики. При этом, по выражению известного польского ученого Хани Шаевской, «все пробиотики кажутся одинаковыми, но некоторые все же отличаются от других».

В своей клинической практике мы в течение многих лет отдаем предпочтение поликомпонентному пробиотическому лекарственному препарату Линекс, который содержит комбинацию живых лиофилизированных кишечных аэробов и анаэробов (*Lactobacillus acidophilus*, *Bifidobacterium infantis* и *Enterococcus faecium* SF68). Содержание этих бактерий в каждой капсуле Линекса гарантировано в течение всего срока годности препарата в количестве не менее $1,2 \times 10^7$ КОЕ. Сегодня Линекс — один из наиболее сбалансированных по составу пробиотиков с доказанной эффективностью и высоким профилем безопасности. Включенные в состав препарата пробиотические микроорганизмы характеризуются генетической стабильностью и устойчивостью к антибиотикам, поэтому могут назначаться одновременно с ними с целью профилактики антибиотикоассоциированной диареи (ААД). Попадая в кишечник, составляющие Линекса выполняют все функции собственной нормальной кишечной микрофлоры: снижают рН кишечного содержимого, создают неблагоприятные условия для размножения и жизнедеятельности патогенных микроорганизмов, участвуют в синтезе витаминов группы В, РР, К, Е, С, фолиевой кислоты (нормальная микрофлора полностью обеспечивает потребность человека в витаминах В₁₂, В₆ и Н, причем витамин В₁₂ в природных условиях синтезируется только микроорганизмами). Компоненты этого препарата создают благоприятные условия для абсорбции железа, кальция, витаминов группы В в кишечнике (за счет ацидификации кишечного содержимого). Молочнокислые микроорганизмы, включенные в состав Линекса, колонизируют тонкий кишечник и осуществляют ферментативное расщепление белков, жиров,

сложных углеводов, в том числе при лактазной недостаточности у детей. Белки и углеводы, не всосавшиеся в тонкой кишке, подвергаются более глубокому расщеплению в толстом кишечнике анаэробами, в том числе бифидобактериями, входящими в состав пробиотика. Бифидобактерии также продуцируют фермент фосфопротеинфосфатазу, необходимую для метаболизма казеина молока у грудных детей. Компоненты Линекса участвуют в обмене желчных кислот (образовании стеркобилина, копростерина, дезоксихоловой и литохоловой кислот, реабсорбции желчных кислот).

Безусловным достоинством препарата Линекс является его высокий профиль безопасности, который убедительно подтвержден результатами многочисленных клинических исследований и многолетним опытом клинического применения у миллионов детей и взрослых. Этот препарат не оказывает тератогенного действия. Линекс можно применять у беременных и кормящих женщин, а также у детей любого возраста начиная с первого дня жизни.

Какие же клинические эффекты пробиотиков на сегодня действительно убедительно доказаны? Так, систематизированные данные проведенных к настоящему времени рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) и метаанализов подтверждают высокую эффективность пробиотиков в профилактике (D'Souza et al., 2002; Szajewska et al., 2006), а также в лечении ААД у детей (B.C. Johnston et al., 2006). Отдельный метаанализ 6 РКИ был посвящен изучению эффективности применения пробиотиков для предупреждения ААД, вызванной *C. difficile* (L.V. McFarland, 2006). Его результаты подтвердили высокую эффективность использования с этой целью пробиотиков, содержащих *Saccharomyces boulardii*, *Lactobacillus plantarum* 299v, а также комбинацию *Lactobacillus acidophilus* и *Bifidobacterium bifidum*. В ходе метаанализа 9 РКИ показано, что пробиотики эффективны и при инфекционной диарее: их применение приводит к уменьшению частоты стула и сокращению продолжительности заболевания (C.W. Van Niel et al., 2002). При этом положительный клинический эффект пробиотиков при острой инфекционной диарее у детей является дозозависимым и штаммоспецифичным: он убедительно подтвержден для *Lactobacillus rhamnosus* GG и *Saccharomyces boulardii*.

Значительный интерес для педиатрии представляют данные метаанализа (J. Lee et al., 2008), посвященного возможностям применения пробиотиков с целью профилактики (6 РКИ) и лечения (4 РКИ) атопического дерматита (АД). Показано, что применение пробиотиков в пре- и постнатальном периоде позволило на 61% снизить риск развития АД. Использование пробиотиков у беременных с АД является эффективным методом профилактики этого заболевания у их детей. При этом назначение пробиотиков более эффективно для предотвращения, нежели для лечения АД. Метаанализ 14 РКИ (J.L. Tong et al., 2007), в которые был включен 1671 ребенок, подтвердил способность пробиотиков повышать эффективность эрадикации *Helicobacter pylori*. Новые возможности открывает применение пробиотиков в неонатологии. Как продемонстрировали результаты метаанализа 9 РКИ, в которые было включено в общей сложности 1425 недоношенных младенцев, энтеральное введение пробиотиков значительно уменьшает количество случаев тяжелого некротического энтероколита у таких детей и достоверно снижает летальность у младенцев с массой тела более 1000 г (K. AlFaleh, D. Bassler, 2008).



Проблеме эмоционального стресса и вегетативных расстройств у детей младшего школьного возраста, возникающих в период адаптации к школьному обучению, посвятила свое выступление **руководитель отделения медицинских проблем здорового ребенка и преморбидных состояний ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии» АМН Украины, доктор медицинских наук Людмила**

Викторовна Квашнина:

— В организме ребенка фактически нет ни одной системы, которая не отреагировала бы на состояние психоэмоционального стресса. Симптомы психовегетативных нарушений наиболее часто отмечаются со стороны сердечно-сосудистой, респираторной, пищеварительной, нервной, костно-мышечной, мочеполовой и других систем организма. В ходе проведенных нами исследований по изучению распространенности психовегетативных нарушений у детей младшего школьного возраста в период адаптации к школьному обучению (с 1-го по 4-й класс) было выявлено, что наиболее часто в этой возрастной группе встречаются 3 основных симптома-комплекса:

— астеноневротический синдром (частая цефалгия, быстрая утомляемость, снижение аппетита и работоспособности);

— синдром нарушений функционирования вегетативной нервной системы (головокружение, лабильность артериального давления, тахикардия, гипергидроз, учащенное мочеиспускание и боли в животе);

— нарушения аффективной сферы (эмоциональная лабильность, обидчивость, раздражительность, сниженный фон настроения).

При определении уровня тревожности было установлено, что более 45% детей в раннем детском и младшем школьном возрасте имеют высокий уровень тревожности; при этом низкий ее уровень не был констатирован ни у одного (!) ребенка. В 1-м классе уровень тревожности достоверно выше у мальчиков, в 3-м — у девочек. Существенно затрудняет процессы адаптации детей к школьному обучению наличие синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ). При выявлении у ребенка нарушений, позволяющих заподозрить или установить диагноз СДВГ согласно критериям классификации DSM-VI, целесообразно дополнительно обследовать его с привлечением невролога, психолога и детского психиатра. Поскольку педиатр всегда первым сталкивается с различными психовегетативными нарушениями у детей, он должен не только уметь их выявлять, но и проводить начальную коррекцию.

Терапия психовегетативных нарушений, возникающих в период адаптации к школьному обучению, должна быть комплексной и включать нормализацию режима дня и питания, психотерапию, физиотерапию, массаж, иглорефлексотерапию, а также медикаментозное лечение. Фармакотерапия может включать седативные и тонизирующие фитопрепараты, ноотропы, сосудистые и вегетотропные препараты, витамины, дегидратационные средства, а в ряде случаев — антидепрессанты, транквилизаторы, нейролептики.

Среди седативных препаратов растительного происхождения с целью коррекции психовегетативных нарушений успешно применяется комбинированный растительный препарат Персен®, в состав которого входят

практикующим педиатрам

экстракты валерианы, Melissa лимонной и мяты перечной. Все эти травы на протяжении многих лет используются в традиционной терапии, но в последние годы были выявлены и новые их эффекты.

Валериана оказывает седативное, анксиолитическое, спазмолитическое действие, а также влияет на сердечно-сосудистую систему, обуславливая улучшение сократительной функции сердца, снижение частоты сердечных сокращений и артериального давления. Она также потенцирует ГАМК-эргическую медиацию, что дает возможность предполагать наличие у нее нейропротективного эффекта. Поскольку валериана улучшает качество сна, увеличивает его длительность, уменьшает время засыпания, ее можно успешно применять при легких инсомнических расстройствах, вызванных стрессом.

Экстракт мяты перечной, также входящий в состав препарата Персен®, оказывает спазмолитическое, седативное, антигипоксическое, антисептическое, желчегонное и противорвотное действие.

Наличие в составе Персена экстракта Melissa лимонной обеспечивает успокаивающее и легкое снотворное действие препарата; также она обладает умеренно выраженным противогипоксическим, спазмолитическим, антибактериальным и болеутоляющим эффектом. Показано, что прием экстракта Melissa лимонной приводит к снижению напряженности, повышению скорости решения математических задач, улучшению способности к концентрации внимания.

Таким образом, принадлежность препарата Персен® к растительным средствам, отсутствие в его составе активных веществ, являющихся продуктами химического синтеза, а также этилового спирта, возможность сочетания с любыми психотропными средствами (в том числе и с антидепрессантами) определяет преимущества использования этого препарата в педиатрической практике. Курсовая терапия Персеном (2-3 курса в год) позволяет снизить уровень тревожности и увеличить адаптационные возможности детского организма.

и антиоксидантное действие. Как муколитик, АЦЦ разрывает связи мукополисахаридов мокроты, что способствует уменьшению ее вязкости и разжижению (при сохранении практически того же объема), облегчает выведение из бронхов, ускоряет мукоцилиарный клиренс. АЦЦ — мощный антиоксидант, который оказывает как прямое, так и не прямое действие даже в очень низких концентрациях. Препарат снижает степень эндобронхиальной колонизации патогенными микроорганизмами, препятствуя их адгезии. По своей структуре АЦЦ является производным аминокислоты цистеина и обладает высоким профилем безопасности, его можно применять даже у детей раннего возраста. Эффективность препарата доказана в многочисленных клинических исследованиях — как краткосрочных (до 2 нед), так и долговременных (до 2 лет применения). Профилактическое назначение АЦЦ детям в осенне-зимний период способствует уменьшению частоты респираторных инфекций.

На базе отделения детской пульмонологии и аллергологии у 45 детей нами была проведена оценка эффективности и переносимости новой лекарственной формы препарата АЦЦ — порошка для приготовления раствора для перорального применения. Высокая эффективность препарата была продемонстрирована у 92% детей, хорошая переносимость — у 100%. Также нами была показана сопоставимая клиническая эффективность применения АЦЦ в дозе 200 мг 3 раза в сутки и АЦЦ Лонг (600 мг) 1 раз в сутки, что позволяет достигать высокого комплаенса при назначении детям старше 12 лет АЦЦ Лонг. Доказана также высокая эффективность АЦЦ при заболеваниях носа и околоносовых пазух (риносинуситах), при пневмониях, идиопатическом фиброзирующем альвеолите, муковисцидозе.

оценку исходного иммунного статуса и его мониторинг в динамике, выбор препарата в соответствии с особенностями иммунного статуса конкретного ребенка, а также оценку соотношения польза/риск для каждого метода иммунокоррекции. Если у ребенка имеют место и клинические, и лабораторные признаки нарушений иммунного статуса, иммунокоррекция должна проводиться обязательно; если только клинические — лечение назначается с учетом клинических данных и проведения иммуномониторинга в динамике. Если же присутствуют только лабораторные изменения, иммунокоррекция не показана и может быть рекомендован только иммунологический мониторинг.

При хронических и рецидивирующих инфекциях верхних дыхательных путей (ВДП) применение иммуномодуляторов рекомендовано в сочетании с противовирусной и антибактериальной терапией. При таком комплексном подходе достигается как непосредственное воздействие на возбудители инфекции, так и повышение функциональной активности клеток иммунной системы, в том числе их киллерной способности. В иммунотерапии и иммунопрофилактике у пациентов с бактериальными инфекциями ВДП хорошо зарекомендовали себя бактериальные лизаты, которые оказывают двойное действие: специфическое (вакцинирующее) и неспецифическое (иммуномодулирующее). Бактериальные лизаты инициируют специфический иммунный ответ на присутствующие в их составе антигены: начинается продукция специфического секреторного иммуноглобулина А, что обуславливает эффективную местную иммунную защиту против основных возбудителей бактериальных респираторных инфекций.

Классическими представителями бактериальных лизатов системного действия являются препараты Бронхо-мунал и Бронхо-мунал П (последний предназначен для детей раннего возраста). Бронхо-мунал используется в комплексной терапии и для профилактики рецидивов наиболее распространенных бактериальных инфекций ВДП и ЛОР-органов. В состав этого препарата включены антигенные компоненты 8 основных респираторных патогенов: Streptococcus pneumoniae, Streptococcus viridans, Streptococcus pyogenes, Haemophilus influenzae, Klebsiella pneumoniae, Klebsiella ozaenae, Staphylococcus aureus, Moraxella (Branhamella) catarrhalis. При этом Бронхо-мунал — единственный препарат из группы бактериальных лизатов, обладающий антистафилококковым действием. Доказано, что его применение способствует повышению продукции секреторного иммуноглобулина А и повышению его уровня в слюне и сыворотке крови, восстановлению баланса Т-хелперов 1 и 2 типа. Таким образом, Бронхо-мунал не просто стимулирует, а модулирует иммунный ответ организма. С профилактической целью взрослым и детям старше 12 лет назначают по 1 капсуле Бронхо-мунала в сутки 10 дней подряд в течение 1 мес. Применяют препарат 3 мес подряд (желательно начинать терапию каждый месяц в один и тот же день). Детям в возрасте от 6 мес до 12 лет Бронхо-мунал П назначают по той же схеме, что и взрослым.

Доказательная база по эффективности и безопасности Бронхо-мунала включает более 30 слепых плацебо контролируемых рандомизированных исследований. Мировой опыт применения этого препарата насчитывает уже более 30 лет (40 млн пациентов), и на сегодня он зарегистрирован в 60 странах мира. Как свидетельствуют данные исследований зарубежных и отечественных ученых, применение Бронхо-мунала способствует снижению количества обострений хронических заболеваний ВДП и уменьшению их длительности, снижению потребности в антибиотиках, улучшению иммунного статуса. Применение Бронхо-мунала вполне оправдано и с точки зрения фармакоэкономики: метаанализ 4 РКИ (Zaniolo, 2005) показал, что у детей с частыми заболеваниями органов дыхания профилактическое назначение этого препарата обуславливает снижение частоты пропусков школьных занятий по причине болезни, уменьшение количества выданных родителями больничных листов по уходу за ребенком, а также снижение затрат на приобретение медикаментов. Таким образом, рациональное

Продолжение на стр. 28.



Рациональному лечению кашля у детей было посвящено выступление старшего научного сотрудника отделения заболеваний органов дыхания у детей Национального института фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского

АМН Украины, кандидата медицинских наук Елены Александровны Речкиной.

— По своей сути кашель является защитной реакцией организма, направленной на восстановление проходимости дыхательных путей. В зависимости от продолжительности выделяют острый (до 3 нед), затяжной (до 3 мес) и хронический (более 3 мес) кашель. Лечение кашля у детей нужно начинать с установления его причины, поскольку успех терапии во многом зависит от своевременного и правильно поставленного диагноза.

В настоящее время известно около 55 различных инфекционных и неинфекционных причин, которые могут привести к возникновению кашля. Принято различать понятия «лечение кашля» и «управление кашлем». Лечение кашля предполагает его полную ликвидацию, а у больных с хроническими заболеваниями бронхолегочной системы осуществляется управление кашлем, то есть контроль частоты кашля и количества отделяемой мокроты.

Лечение кашля показано только в том случае, если он теряет свой защитный характер и начинает отрицательно сказываться на состоянии здоровья пациента. Реализация защитной функции кашля возможна только при определенных реологических характеристиках мокроты, и лечение кашля у ребенка при условии его перевода из непродуктивного в продуктивный заключается как раз в его усилении, а не в ослаблении. В конечном счете это приведет к улучшению дренажной функции бронхов и восстановлению проходимости дыхательных путей.

За многие годы применения в клинической практике прекрасно зарекомендовал себя муколитик АЦЦ, оказывающий также бронхолитическое, дезинтоксикационное



Об эффективности применения бактериальных лизатов в комплексной программе иммунопрофилактики респираторных заболеваний рассказал доктор медицинских наук, профессор Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова Сергей Викторович Зайков.

— Реализация комплексной программы иммунопрофилактики способствует снижению у детей риска инфекций дыхательных путей, уменьшению частоты их рецидивов и хронизации, облегчению клинического течения заболевания, а также коррекции синдрома вторичной иммунологической недостаточности, который всегда присутствует у часто болеющих детей (ЧБД).

Синдром вторичной иммунологической недостаточности — совокупность признаков нарушений иммунной системы, которые развиваются в позднем постнеонатальном периоде или у взрослых. Клинически он проявляется частыми, рецидивирующими, хроническими заболеваниями органов дыхания, мочеполовой системы, ЖКТ, течение которых характеризуется высоким риском развития осложнений. Принципы лечения детей с синдромом вторичной иммунологической недостаточности включают раннее начало иммунокоррекции (одновременно с противовирусной и антибактериальной терапией),

Ведущие ученые — практикующим педиатрам

По материалам VI Конгресса педиатров Украины «Современные проблемы клинической педиатрии», 14-16 октября, г. Киев

Продолжение. Начало на стр. 26.

применение бактериальных лизатов при заболеваниях органов дыхания у детей заслуживает серьезного внимания. При этом наиболее перспективным является назначение системных бактериальных лизатов, к которым относятся Бронхо-мунал и Бронхо-мунал П. Их очевидные клинические преимущества, отсутствие серьезных противопоказаний к применению служат основанием для широкого внедрения в педиатрическую практику.



Тему профилактики обострений респираторных инфекций у ЧБД продолжил профессор Донецкого государственного медицинского университета им. М. Горького Владимир Николаевич Буряк.

— ЧБД — группа диспансерного наблюдения, которая включает детей с частыми респираторными заболеваниями (на 1-м году жизни — 4 и более эпизода в год, от 1 до 3 лет — 6 и более, 4-5 лет — 5 и более, старше 5 лет — 4 и более эпизодов в год), возникающими на фоне транзиторных, корригируемых отклонений в системе иммунной защиты организма.

Для профилактики и комплексного лечения инфекций дыхательных путей и ЛОР-органов у ЧБД особенно целесообразно применять иммуномодуляторы, в частности бактериальный лизат Бронхо-мунал. Этот препарат стимулирует активность макрофагов и Т-хелперов, повышает количество секреторного иммуноглобулина А в слизистой оболочке дыхательных путей и сыворотке крови, усиливает активность натуральных киллеров, восстанавливает баланс Th1- и Th2-лимфоцитов. Курсовое применение Бронхо-мунала приводит к снижению показателей заболеваемости респираторными инфекциями, сокращению продолжительности заболевания, уменьшению длительности сопутствующей терапии и потребления антибиотиков. Доказана хорошая переносимость этого препарата и обоснованность его профилактического применения с позиций фармакоэкономики. Бронхо-мунал обладает специфическим вакцинирующим действием и гармонично воздействует на неспецифические механизмы иммунной защиты. Препарат может быть использован в комплексной терапии респираторных инфекций совместно с другими лекарственными средствами и для длительной профилактики рецидивирующих респираторных инфекций.

В нашей клинике Бронхо-мунал применяется уже в течение 4 лет. Было показано, что у детей с частыми рецидивирующими инфекциями ВДП (n=57) профилактический прием этого препарата (3 курса) позволяет снизить частоту ОРВИ и быстрее купировать их клинические проявления. По нашему мнению, Бронхо-мунал можно рассматривать как иммуномодулятор выбора у ЧБД.



О современных возможностях адекватной антибактериальной терапии у детей (в частности, при лечении внебольничной пневмонии) с позиций доказательной медицины рассказала заведующая кафедрой пропедевтики детских болезней Днепропетровской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор

Екатерина Дмитриевна Дука.

— Ключевым фактором, определяющим эффективность антибактериальной терапии, является соответствие спектра противомикробного действия препарата спектру возбудителей того или иного заболевания. Ввиду отсутствия действенных методов экспресс-диагностики в реальных условиях начальная этиотропная

антибиотикотерапия практически всегда бывает эмпирической. Планирование эмпирической антибиотикотерапии основывается на знании вероятной этиологии заболевания и данных метаанализов РКИ по изучению эффективности различных препаратов при инфекциях известной этиологии.

В амбулаторной педиатрической практике наибольшее значение имеют две проблемы, связанные с назначением антибиотиков: их необоснованно широкое применение при вирусных инфекциях и проблема выбора конкретного антибиотика. Частота необоснованного назначения антибиотиков детям с ОРВИ в амбулаторной педиатрической практике составляет около 65-85%, в стационарах — до 98%. Неадекватное дозирование антибиотиков, несоблюдение сроков их применения, длительное пребывание в стационаре способствуют формированию антибиотикорезистентности основных патогенов.

Общие принципы антибактериальной терапии внебольничной пневмонии в амбулаторной практике подразумевают использование препаратов первого выбора в случаях, когда нет оснований предполагать наличие лекарственной устойчивости микроорганизмов, и препаратов второго ряда — при установленной резистентности микрофлоры. При проведении ступенчатой антибиотикотерапии в амбулаторных условиях в течение 3 дней антибиотик вводят парентерально, а впоследствии переходят на пероральный прием препарата. При этом оптимально последовательное назначение одного



и того же антибактериального средства из соответствующей группы: защищенных аминопенициллинов, цефалоспоринов или макролидов (при вероятном или подтвержденном атипичном генезе заболевания).

Для лечения внебольничной пневмонии используют современные макролиды с широким спектром действия, которые сегодня могут быть антибиотиками первого ряда при аллергии на цефалоспорины и аминопенициллины. При пневмококковой этиологии пневмонии препаратами выбора могут быть амоксициллин или амоксициллина клавуланат (Амоксиклав), альтернативой — цефаклор, азитромицин (Азитро Сандоз), кларитромицин (Кларитро Сандоз). Особо стоит отметить новые удобные формы выпуска амоксициллина и амоксициллина клавуланата, не так давно появившиеся в распоряжении украинских врачей. Это диспергированные таблетки амоксициллина Оспамокс ДТ, которые характеризуются очень высокой биодоступностью при пероральном приеме и хорошей переносимостью с минимальным риском развития дисбиотических расстройств, и диспергированные таблетки Амоксиклав Квиктаб, также имеющие более высокую биодоступность активных компонентов.

При назначении того или иного стартового перорального антибиотика первая оценка эффективности лечения проводится через 48 ч. Антибактериальная терапия у детей должна быть четко регламентирована с учетом фармакокинетики конкретного препарата и возраста ребенка. Эмпирическую терапию необходимо проводить согласно существующим протоколам лечения, которые должны регулярно корректироваться с учетом региональных особенностей резистентности основных патогенов к антибиотикам. Важно избегать необоснованного

назначения антибактериальных препаратов и их комбинаций, поскольку это способствует формированию резистентности микроорганизмов. Сохранение у ребенка с пневмонией некоторых физикальных данных при условии стойкой нормализации температуры тела не может являться основанием для продолжения, а тем более для усиления антибактериальной терапии.



Доцент кафедры педиатрии № 2 Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, кандидат медицинских наук Надежда Кирилловна Унич представила вниманию аудитории доклад по проблеме лечения и профилактики функциональных расстройств ЖКТ у детей раннего возраста.

— Первичная кишечная колика является наиболее частым функциональным нарушением ЖКТ, которое проявляется у детей раннего возраста. Это расстройство возникает на 3-й неделе жизни ребенка, длится не более 3 ч и особенно остро проявляется в первые 3 мес жизни ребенка («правило трех»). Основными клиническими проявлениями кишечной колики являются приступы длительного плача, беспокойства, возбуждения, сопровождающиеся сучением ножками и их сгибанием. Приступы повторяются довольно часто и усиливаются к вечеру.

Для устранения первичной кишечной колики прежде всего рекомендуется использовать немедикаментозные методы: улучшение психоэмоциональной среды в семье; нормализацию питания кормящей матери; коррекцию режима питания ребенка; «позиционную» терапию. Из рациона кормящей матери должны быть исключены все продукты питания, которые приводят к повышенному газообразованию, приправы, продукты с высоким содержанием лактозы, продукты с высокой сенсibiliзирующей активностью. После кормления мать должна держать ребенка под наклоном 45° животом вниз в течение 10-15 мин.

Для медикаментозного лечения кишечных колик все шире применяются натуральные средства на растительной основе, в частности Плантекс. Этот монокомпонентный препарат содержит экстракт плодов и эфирное масло фенхеля, а также обладает спазмолитическим, антисептическим действием и улучшает лактацию у кормящих матерей. Плантекс способствует процессам пищеварения, улучшает секрецию желез ЖКТ, улучшает и ускоряет отхождение газов, устраняет спазм стенки кишечника, улучшает аппетит у ребенка, увеличивает продукцию молока лактоцитами альвеол молочной железы кормящей матери, устраняет дискомфорт ЖКТ у женщин в послеродовом периоде.

Нами было проведено исследование, в котором принимали участие 56 детей в возрасте от 2 нед до 3,5 мес, находившихся на естественном вскармливании. В основной группе детей (n=30) применялись Плантекс и позиционная терапия, остальным детям (n=26) проводилась только позиционная терапия. Данные исследования показали, что среди детей основной группы симптомы кишечной колики (болевого синдрома, вздутия живота, беспокойство и плохой сон) нивелировались значительно быстрее (через 1 день у 65% детей основной группы по сравнению с 31% у детей контрольной группы). У 77% кормящих мам отмечено улучшение лактации, что подтверждает данные литературы о стимулирующем влиянии фенхеля на процессы лактации у кормящих матерей (приблизительно на 120 мл повышалась секреция материнского молока).

Таким образом, Плантекс является эффективным препаратом для профилактики и лечения первичной кишечной колики у детей, улучшения лактации у кормящих матерей и может быть рекомендован для широкого использования в педиатрической практике.

Подготовили

Елена Барсукова и Анастасия Лазаренко