Medical Journal

16+

Лечащий Врач

Медицинский научно-практический журнал № 6 2016

Симпозиум

ПЕДИАТРИЯ

Коллоквиум

НУТРИЦИОЛОГИЯ

• Антипиретики/анальгетики • Черепно-мозговая травма • Синдром гиперлипидемии • Метаболитная терапия • Ожирение, осложненное метаболическим синдромом • Токсокароз • Анизакидоз • Неонатальные и внутрибольничные инфекции • Педиатры в дни блокады Ленинграда

• Питание детей первых лет жизни

Актуальная тема

• Нарушения сна и снижение когнитивных функций • Валериана, мелисса и мята в терапии тревожных расстройств и нарушений сна • Предменструальный синдром и мастопатия • Кандидозный вульвовагинит • Хронические дерматозы • Синдром раздраженного кишечника с преобладанием диареи • Когнитивные дисфункции у пациентов с сахарным диабетом • Хронический тонзиллит на фоне ларингофарингеального рефлюкса

Клинические исследования

• Реабилитация подростков с тубулоинтерстициальным поражением почек, перенесших рецидив ренальной инфекции

ISSN 1560-5175

Скачай мобильную версию

Подписные индексы:
Объединенный каталог «Пресса России» **38300**
«Каталог российской прессы» **99479**

Medical Journal

Лечащий Врач

Июнь 2016, № 6

Журнал входит в перечень изданий, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией (ВАК)

Новости

News

Симпозиум

Symposium

Достижения, события, факты 5

Achievements, developments, facts 5

Антипиретики/анальгетики в современной педиатрии: аллопатия и гомеопатия/ В. М. Студеникин, Ю. С. Акоев 7

Antipyretics/analgesics in contemporary pediatrics: allopathy and homeopathy/ V. M. Studenikin, Yu. S. Akoev. 7

Современные подходы в комплексной нейрореабилитации последствий черепно-мозговой травмы/ С. А. Немкова 12

Modern approaches in complex neurorehabilitation of craniocerebral injury impact/ S. A. Nemkova 12

Синдром гиперлипидемии у детей и подростков: патогенез, клиника, лечение/ В. В. Смирнов, А. А. Накула 16

Hyper-lipoidemia syndrome in children and adolescents: pathogenesis, clinics, treatment/ V. V. Smirnov, A. A. Nakula 16

Метаболитная терапия нарушений микробиоценозов различных биотопов организма человека/ А. А. Плоскирева. 21

Metabolite therapy of disorders in microbiocenoses of different biotopes in human organism/ A. A. Ploskireva 21

Качество жизни подростков с ожирением, осложненным метаболическим синдромом/ Т. А. Бокова 26

Quality of life in teenagers with obesity complicated with metabolic syndrome/ T. A. Bokova 26

Ларвальные гельминтозы. Токсокароз в педиатрической практике/ А. С. Боткина, М. И. Дубровская 29

Larva migrans. Toxocariasis in pediatric practice/ A. S. Botkina, M. I. Dubrovskaya. 29

Анизакидоз. Клинический случай из практики/ Д. Ш. Мачарадзе, А. В. Максимова, Д. Ф. Байгильдина, Т. Н. Захарова, В. С. Малышев 34

Anisakiasis: a clinical case from the practice/ D. Sh. Macharadze, A. V. Maksimova, D. F. Baigildina, T. N. Zakharova, V. S. Malyshev 34

Роль стрептококка группы В в развитии неонатальных и внутрибольничных инфекций/ В. Н. Кузьмин, Э. И. Харченко, К. Н. Арсланян, О. В. Конышева 38

Role of group B streptococcus in development of neonatal and intrahospital infections/ V. N. Kuzmin, E. I. Kharchenko, K. N. Arslanyan, O. V. Konysheva 38

Педиатры в дни блокады Ленинграда — ежедневный труд и великий подвиг/ И. Л. Никитина 41

Pediatricians during the Leningrad blockade — daily labor and a great deed/ I. L. Nikitina 41

Под стекло 48

Under the glass 48

Коллоквиум
Colloquium

Особенности питания детей первых лет жизни. Проблемы и решения/ Е. Л. Моисейкова 49

Feeding habits of children of the first years of life. Problems and solutions/ E. L. Moiseikova 49

Актуальная тема
Topical theme

Нарушения сна и снижение когнитивных функций у лиц пожилого возраста: физиологическая норма или патология?/ А. Ю. Малеина, О. В. Колоколов, А. М. Колоколова 53

Sleep disorders and reduction of cognitive functions in the elderly: physiologic norm or pathology?/ A. Yu. Maleina, O. V. Kolokolov, A. M. Kolokolova 53

Валериана, мелисса и мята в терапии тревожных расстройств и нарушений сна: обзор клинических исследований/ С. А. Рачина, А. П. Рачин 61

Valerian, lemon balm and peppermint in the treatment of anxiety disorders and sleep disorders: a review of clinical studies/ S. A. Rachina, A. P. Rachin 61

Предменструальный синдром и мастопатия/ Ч. Н. Мустафин. 66

Premenstrual syndrome and mastopathy/ Ch. N. Mustafin 66

Механизмы формирования резистентности к терапии кандидозного вульвовагинита: пути преодоления и профилактика рецидива/ Н. И. Тапильская, С. Н. Гайдуков 71

Mechanisms of resistance formation for candidal vulvovaginitis therapy: Ways of coping and prevention of recurrence/ N. I. Tapilskaya, S. N. Gaydukov 71

Эффективность лечения больных хроническими дерматозами в условиях дерматовенерологического стационара/ Е. В. Бильдюк, Л. А. Юсупова 78

Effectiveness of treatment of patients with chronic dermatoses in the dermatovenereological clinic/ E. V. Bildyuk, L. A. Yusupova. 78

Использование препарата висмута трикалия дицитрата в лечении синдрома раздраженного кишечника с преобладанием диареи/ А. В. Пушкина, Е. Б. Авалуева, И. А. Данилова, И. В. Лапинский, Е. И. Ткаченко, Е. В. Сказываева, О. И. Медведева. 81

Treatment of irritable bowel syndrome with prevalence of diarrhea by bismuth tripotassium dicitrate/ A. V. Pushkina, E. B. Avalueva, I. A. Danilova, I. V. Lapinskiy, E. I. Tkachenko, E. V. Skazyvaeva, O. I. Medvedeva. 81

Значимость различных методов диагностики когнитивной дисфункции у пациентов с сахарным диабетом 1-го типа/ Ю. Г. Самойлова, М. А. Ротканк, Н. Г. Жукова, М. В. Матвеева, О. А. Олейник. 86

Significance of the different methods of diagnosis of cognitive dysfunction in patients with type 1 diabetes mellitus/ Yu. G. Samoilova, M. A. Rotkank, N. G. Zhukova, M. V. Matveeva, O. A. Oleinik 86

Особенности диагностического обследования и лечения хронического тонзиллита у пациентов на фоне ларингофарингеального рефлюкса/ С. Я. Косяков, И. Д. Лоранская, И. Б. Анготоева, А. А. Мулдашева. 89

Features of diagnostic tests and treatment of chronic tonsillitis in patients against the background of laryngopharyngeal reflux/ S. Ya. Kosyakov, I. D. Loranskaya, I. B. Angotoeva, A. A. Muldasheva 89

Клинические исследования
Clinical trials

Оценка эффективности медикаментозной реабилитации подростков с тубулоинтерстициальным поражением почек, перенесших рецидив ренальной инфекции/ И. В. Зорин, А. А. Вялкова 92

Evaluation of effectiveness of medical rehabilitation of teenagers with tubulointerstitial renal affection undergoing relapse of urinary tract infection/ I. V. Zorin, A. A. Vyalkova. 92

Alma mater

Последипломное образование 96

Postgraduate education 96

Число больных рассеянным склерозом детей за два года выросло на четверть

Последние несколько десятилетий рассеянный склероз расширяет не только свою географию, продвигаясь от северных стран к экватору, но и возрастные границы. Жертвами болезни, ранее характерной для людей от 20 до 40, все чаще становятся дети и подростки. Согласно данным МЗ РФ, за два года — с 2012 по 2014 — распространенность болезни среди российских детей до 14 лет в среднем ежегодно прирастает на 24% (108 в 2012, 154 в 2013 и 161 в 2014), а количество выявленных новых случаев — на 34% (29 в 2012, 44 в 2013 и 51 в 2014). О том, какие это может иметь последствия для самих пациентов, здоровья нации, а также для системы здравоохранения России, говорили на XXI Всероссийской конференции «Нейроиммунология. Рассеянный склероз». Мероприятие прошло в преддверии Всемирного дня борьбы с рассеянным склерозом, которым признано 27 мая.

«Для лечения детей сегодня используют те же лекарственные препараты, что и для взрослых пациентов, — рассказал президент Российского комитета исследователей рассеянного склероза А. Бойко. — Но предварительно обязательно проводятся консилиумы, чтобы индивидуально подобрать необходимые препараты».

В один голос эксперты развеяли миф о том, что прививки могут стимулировать развитие рассеянного склероза у детей. Президент Европейского комитета по лечению и исследованиям рассеянного склероза К. Монталбан назвал среди факторов образа жизни, способных простимулировать развитие рассеянного склероза, курение.

Неврологи осторожно относятся к диагнозу «рассеянный склероз» в детском возрасте, в чем есть доля специфики самой болезни, симптомы которой могут совпадать с симптомами многих других заболеваний. Тем не менее в отечественной и зарубежной научной литературе описано множество случаев рассеянного склероза у детей, кроме того, принято считать, что 2–10% всех случаев взрослого рассеянного склероза начались до 18 лет. Своевременная диагностика в молодом возрасте позволяет более эффективно противодействовать болезни, однако практика показывает, что из-за низкой осведомленности как врачей, так и родителей пациентов в половине случаев диагнозы детям на ранних стадиях не ставятся и лечение, способное затормозить развитие болезни, не назначается.

Главная сложность — это высокая стоимость лекарств. Цена месячного курса терапии только глатирамера ацетата — одного из четырех препаратов, который может быть назначен больному рассеянным склерозом на протяжении всей жизни, — 33 тыс. руб., а на годовой курс нужно 402 тыс. руб. Сейчас лекарство закупается государством в рамках программы «7 нозологий».

До недавнего времени лекарства преимущественно были импортные и монопольно поставлялись только одной-двумя западными компаниями, что обусловливало высокие цены. В последние годы в России активно ведутся работы по созданию отечественных препаратов против рассеянного склероза, которые более доступны по цене. С 2010 г. число пациентов с рассеянным склерозом, получающих препараты первой линии по программе «7 нозологий», увеличилось вдвое (с 15 до 30 тыс. чел. и это прежде всего благодаря выпуску воспроизведенных препаратов.

А. Бойко отметил, что российские биоаналоги бета-интефрерона хорошо себя зарекомендовали и в повседневной практике, и в клинических исследованиях. По своей эффективности отечественные препараты сравнимы с оригинальными.

Благотворительная акция в Дарвиновском музее объединила детей с ревматическими болезнями, врачей, звезд и общественность

В Москве, в Государственном Дарвиновском музее состоялась благотворительная акция «Здоровые дети на чистой планете» для детей, страдающих ревматическими болезнями, посвященная Международному дню защиты детей. Организатором праздника выступили благотворительная организация «Возрождение» совместно с ревматологическим отделением ФГАУ «Научный центр здоровья детей» МЗ РФ.

Приближающийся Международный день защиты детей — это не только повод для радости миллионов малышей со всего мира, но и напоминание взрослым об их ответственности за самых прекрасных жителей нашей планеты. В особенной заботе и внимании нуждаются дети с ревматическими болезнями. Ведь большую часть времени они вынуждены проводить в больничных палатах, на процедурах, под пристальным контролем врачей. Высокотехнологичные генно-инженерные препараты способны вернуть детям свободу движения, но таким детям нужна и постоянная психологическая помощь, возможность отвлечься от будничных проблем.

Цель акции «Здоровые дети на чистой планете» — доказать, что все дети, несмотря на свои особенности, заслуживают право быть здоровыми, дышать свежим воздухом, наслаждаться естественным пением птиц, чьи голоса все реже слышны в каменных джунглях. Прикоснуться к природе ребятам помогли народный артист РФ А. Лазарев (мл.), российские актрисы театра и кино И. Безрукова, Е. Боярская, Н. Медведева и многие другие.

МАКМАХ запускает Конкурс клинических наблюдений

В рамках XVIII Международного конгресса по антимикробной терапии было объявлено о старте «Конкурса клинических наблюдений» под эгидой Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ).

Основными задачами конкурса являются информирование врачей о подходах к диагностике и лечению сложных случаев инфекционных заболеваний, обмен знаниями между практикующими врачами и экспертами в области антимикробной терапии, повышение интереса широкой аудитории врачей разных специальностей к формату клинического наблюдения.

Согласно правилам, участники должны представить на конкурс описание клинического наблюдения пациента с инфекционным заболеванием верхних или нижних дыхательных путей или урогенитального тракта в качестве основного (или осложнения основного), или фонового, или сопутствующего заболевания, включая мнение автора о тактике ведения пациента в представленном наблюдении, правильных и/или ошибочных лечебно-диагностических мероприятиях.

Работы будут оцениваться исходя из критериев оригинальности наблюдения, диагностической и терапевтической сложности клинического случая, обоснования выбора терапии, а также практической применимости опыта, полученного в данном наблюдении. При этом клинический исход наблюдения не будет служить критерием оценки работы.

Будут разработаны истемные решения по совершенствованию оказания медицинской помощи пациентам с воспалительными заболеваниями кишечника

19 мая 2016 г., в Международный день борьбы с воспалительными заболеваниями кишечника, в Совете Федерации РФ состоялось заседание экспертного совета по здравоохранению Комитета Совета Федерации по социальной политике на тему «Совершенствование оказания медицинской помощи больным с воспалительными заболеваниям кишечника». По результатам заседания были определены шаги по системному решению проблем оказания медицинской помощи данной группе больных.

Л. В. Козлова, заместитель Председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике, открывая заседание, отметила, что в последние годы в мире отмечена четкая тенденция к росту воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК), к которым в первую очередь относят язвенный колит и болезнь Крона: для язвенного колита она составляет 30–270 случаев, а для болезни Крона — 10–150 случаев на 100 000 на-

селения. Наибольшие показатели распространенности регистрируются в странах Скандинавии, Северной Америке, Канаде, Израиле. На протяжении последних лет в Европе отмечена четкая тенденция к росту заболеваемости болезнью Крона. К сожалению, о распространенности ВЗК в России можно говорить по данным отдельных эпидемиологических исследований: 19,3–29,8 на 100 тысяч населения для язвенного колита (ЯК) и 3,0–4,5 на 100 тысяч населения для болезни Крона (БК). Ежегодный прирост заболеваемости ВЗК составляет 5–20 случаев на 100 тысяч населения. Актуальность проблемы подтверждается ростом не только распространенности и заболеваемости, прежде всего среди молодых лиц трудоспособного возраста (20–40 лет), но и поздней диагностикой, приводящей к рецидивирующему течению, увеличению числа тяжелых форм заболевания, их осложнений, а также необходимостью проведения длительной, часто пожизненной, дорогостоящей терапии и неблагоприятным медико-социальным прогнозом. Сказанное свидетельствует о необходимости обсуждения вопросов улучшения организации медицинского обслуживания пациентов с ВЗК, создания регистра, повышения качества оказания медицинской помощи в первичном звене здравоохранения, внесения изменений в программы дополнительного профессионального образования подготовки врачей общей практики, участковых терапевтов, участковых педиатров с акцентом на раннюю диагностику, профилактику и реабилитацию, повышение эффективности терапии и ряд других вопросов, которые также требуют экспертного обсуждения с конкретными предложениями по их решению.

По результатам дискуссии заседания было решено создать рабочую группу по совершенствованию оказания медицинской помощи больным с ВЗК. Руководитель рабочей группы В. Н. Кашников отметил, что только системные решения и создание мультидисциплинарных центров позволят уменьшить количество больных на тяжелых стадиях заболевания, что, в свою очередь, сократит количество операционных вмешательств в РФ. В ближайшее время рабочая группа начнет разработку комплексных документов.

Аксиальный спондилоартрит: сложности диагностики, терапии и контроля заболевания

В Казани прошла Всероссийская конференция «Спондилоартриты XXI века», посвященная 75-летию И. Г. Салихова. Ведущие российские и зарубежные специалисты по диагностике и лечению спондилоартритов обсудили вопросы патогенеза, клинической и лабораторно-инструментальной диагностики, лечения спондилоартритов. В рамках конференции прошел симпозиум «Спондилоартриты для терапевтов: просто о сложном».

Традиционно аксиальный спондилоартрит — труднодиагностируемое заболевание. С момента дебюта заболевания до его диагностирования могут пройти годы, иногда — десятки лет. Как отметила в своем выступлении С. А. Лапшина, это обусловлено высокой распространенностью болей в спине в популяции, недостаточным знанием данной патологии врачами других специальностей (не ревматологов), длительное отсутствие достоверного сакроилиита, выявление которого является необходимым условием установления диагноза аксиального спондилоартрита, и сложности в интерпретации результатов МРТ.

Об алгоритме мониторинга безопасности длительной терапии анкилозирующего спондилита рассказали И. З. Гайдукова и А. П. Ребров. Многим пациентам с АС (не находящимся в состоянии клинико-лабораторной и МРТ-ремиссии) показан длительный или постоянный прием НПВП (нестероидных противовоспалительных препаратов). Назначение такой терапии должно происходить после информирования пациента об ожидаемой пользе и преимуществах выбранного лечения, а также о связанных с ним рисках и последствиях отсутствия лечения. Таким образом, пациент становится активным участником лечения и несет персональную ответственность за своевременное выполнение рекомендаций врача. Поражения кожи при спондилоартритах могут указывать на сочетание с псориазом или с псориатическим артритом. М. М. Хобейш в своем докладе привела алгоритм дифференциальной диагностики кожных проявлений спондилоартритов.

Помимо обучения пациентов, физиотерапии и реабилитации и других пунктов, в рекомендации ASAS/EULAR по ведению больных с анкилозирующим спондилитом входит также применение блокаторов ФНО. Лечение ФНО может замедлять рентгенологическое прогрессирование при анкилозирующем спондилите — это подтверждается обсервационными исследованиями: раннее начало лечения ингибиторами ФНО и длительное лечение ассоциировались с замедлением прогрессирования изменений позвоночника.

Учитывая длительный характер течения АС и необходимость пожизненной терапии, специалисты рекомендуют уделять повышенное внимание вопросам безопасности при выборе лекарственных препаратов. В своем докладе руководитель лаборатории изучения роли инфекции при ревматических заболеваниях ФГБНУ НИИР им. В. А. Насоновой, д.м.н Б. С. Белов (Москва) в пленарной части конференции уделил большое внимание контролю за риском инфекций у пациентов, которые получают биологическую терапию. Международное медицинское сообщество рекомендует вакцинацию, тщательное исходное обследование и регулярное динамическое наблюдение за пациентами в качестве наиболее эффективных путей снижения риска инфекций.

«Пульс жизни» и ВЦИОМ выяснили, что у примерно трети россиян повышенные риски развития инсульта

В рамках всероссийской социальной программы по профилактике рисков развития сердечно-сосудистых заболеваний «Пульс жизни», инициатором которой выступают ФГБУ ГНИЦ Профилактической медицины МЗ РФ, РОПНИЗ и компания Bayer, был проведен социологический опрос «Осведомленность населения России относительно рисков развития инсультов».

Исследование с участием 1600 респондентов из 130 населенных пунктов проводилось Всероссийским центром изучения общественного мнения (ВЦИОМ).

Результаты социологического опроса показали, что образ жизни около трети россиян старше 18 лет может повысить риск развития инсульта. Так, данные исследования свидетельствуют, что 32% никогда или практически никогда не занимаются спортом. Более половины респондентов (57%) проходят менее 5 км в день. Около трети населения (29%) курит с частотой от нескольких сигарет в неделю до пачки и более в день. Многие участники опроса признаются, что не следят за качеством питания (42% не контролируют потребление белков, 38% — жиров, 41% — углеводов, 38% — соли и 33% — сахара). Тем не менее, несмотря на наличие существенных факторов риска, россияне в большей степени боятся онкологических заболеваний (об этом сказали две трети опрошенных — 67%), тогда как сердечно-сосудистые патологии заняли лишь вторую строчку.

В ходе исследования была выявлена и положительная динамика, связанная с реализацией антитабачной кампании. В частности, 18% опрошенных сообщили, что раньше курили, но бросили в течение нескольких последних лет. Также опрос показал высокую осведомленность россиян о симптоматике сердечно-сосудистых заболеваний и инсультов в том числе. Подавляющее большинство (69%) совершенно справедливо полагает, что основной фактор возникновения инсульта — повышенное артериальное давление. Больше половины (59%) отметили, что инсульт — это поражение участка мозга из-за нарушения кровоснабжения. Среди ключевых признаков инсульта респонденты выделили проблемы с речью (59%), потерю подвижности лица, руки или ноги (57%) и нарушение координации (49%). Около половины опрошенных (43%) считают, что неизбежным следствием инсульта является полная потеря трудоспособности. Только 30% опрошенных назвали такой важный фактор риска инсульта, как наличие нарушений ритма сердца (фибрилляция предсердий) — между тем это одна из основных причин инсульта.

Антипиретики/анальгетики в современной педиатрии: аллопатия и гомеопатия

В. М. Студеникин*, [1], *доктор медицинских наук, профессор, академик РАЕ*
Ю. С. Акоев**, *доктор медицинских наук, профессор*

**** ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ**, Москва*
***** ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова МЗ РФ**, Москва*

Резюме. Представлены данные о подходах к гипертермии и болевым синдромам в современной педиатрии. Описаны возможности применения аллопатических и гомеопатических средств антипиретического/анальгетического действия. Приводятся данные международной литературы по вопросам их применения у детей различного возраста.
Ключевые слова: антипиретик, анальгетик, аллопатия, гомеопатия, ибупрофен, парацетамол, дети.

Abstract. The article focuses on approaches to hyperthermia and pain syndromes in contemporary pediatrics. The possibilities for use of allopathic and homeopathic medicines with antipyretic/analgesic effects are described. The international literature sources are cited concerning their use in infants and children of various age groups.
Keywords: antipyretic, analgesic, allopathy, homeopathy, ibuprofen, paracetamol, acetaminophen, infants, children.

Гипертермия, лихорадка и субфебрилитет, различные термопатологические синдромы — все эти состояния рассматриваются в педиатрии в качестве одной из важнейших проблем [1, 2]. Гипертермическим синдромам в детском возрасте и их коррекции посвящено немало наших собственных публикаций за последнее десятилетие [3–11]. Повышение температуры тела у детей может являться следствием множества причин (как инфекционных, так и неинфекционных), среди которых фигурируют воздействие на организм вирусов, бактерий, вирусно-бактериальных и вирусно-вирусных ассоциаций и продуктов их распада, а также центральные, психогенные, рефлекторные, эндокринные, резорбтивные, ятрогенные факторы и т. д. [6].

Нередко гипертермические синдромы сопровождаются интоксикацией или бывают ассоциированы с появлением болевого синдрома (головные, лицевые, мышечные, абдоминальные, суставные боли, кишечные колики и т. д.). Известно, что уже в периоде новорожденности дети способны испытывать боль, то есть любые неприятные сенсорные и/или эмоциональные ощущения, ассоциированные с реальным или потенциальным тканевым повреждением.

Для коррекции гипертермии и/или болевого синдрома у детей различного возраста принято использовать препараты на основе продуктов химического синтеза или натуральных веществ.

Аллопатические и гомеопатические антипиретики/анальгетики в педиатрии

Поскольку отношение официальной медицины к гомеопатии продолжает оставаться неоднозначным, вполне естественно, что для коррекции гипертермических состояний в настоящее время применяются преимущественно фармакологические средства, относящиеся к нестероидным противовоспалительным средствам (НПВС). Сторонники гомеопатии и альтернативной медицины именуют их «аллопатическими» (термин «аллопатия» был предложен одним из основоположников гомеопатии — Christian Friedrich Samuel Hahnemann). О целесообразности применения НПВС в качестве антипиретиков свидетельствуют данные систематических обзоров, являющихся основой доказательной медицины [12–14]. Большинство антипиретиков обладают также болеутоляющими свойствами, то есть являются анальгетиками.

В педиатрии использование таких НПВС, как метамизол натрия, ацетилсалициловая кислота и нимесулид, существенно ограничено в связи с высоким риском возникновения побочных эффектов и нежелательных явлений [6, 14]. В этой связи для детского возраста наиболее актуальными (эффективными и безопасными) антипиретиками/анальгетиками признанно являются ибупрофен и парацетамол [8, 9]. К сожалению, оба этих аллопатических препарата имеют возрастные ограничения к применению (ибупрофен — до 3-месячного возраста, парацетамол — до истечения периода новорожденности) [15].

Терапия, ориентированная на гомеопатические принципы гомотоксикологии, широко известна во многих других странах мира. Одним из таких препаратов является Вибуркол (анальгетик и антипиретик) в форме суппозиториев ректальных гомеопатических [15]. Практически каждому педиатру в нашей стране доводилось назначать этот препарат в тех или иных клинических ситуациях.

Необходимо отметить, что Вибуркол не имеет возрастных ограничений

[1] Контактная информация: studenikin@nczd.ru

к применению и может использоваться с первого дня жизни, что является очевидным преимуществом данного гомеопатического (антигомотоксического) препарата.

Вибуркол — это комплексный гомеопатический препарат, обладающий анальгезирующим, противовоспалительным, седативным, спазмолитическим и антиконвульсантным действиями.

Официальными показаниями к его применению служат комплексная терапия (как жаропонижающее и противовоспалительное средство) при лечении респираторных заболеваний у детей, а также снятие клинических проявлений при прорезывании молочных зубов [15]. В качестве более широких показаний к применению ректальных суппозиториев Вибуркол могут рассматриваться лихорадочные состояния (в том числе связанные с прорезыванием зубов), комплексная терапия острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) и других неосложненных инфекций, симптоматическое лечение синдрома диспепсии у детей (особенно протекающего с метеоризмом), нервное перевозбуждение, судорожный синдром; воспалительные процессы ЛОР-органов, мочеполовой системы и др.

Вибуркол не имеет прямого жаропонижающего эффекта и не вызывает резкого снижения температуры тела. При высокой температуре разрешается комбинировать Вибуркол в суппозиториях с другими антипиретическими средствами. В составе 1 ректального суппозитория Вибуркол представлены следующие компоненты: ромашка аптечная (*Chamomilla* или *Matricaria recutita*) в разведении D1 — 1,1 мг, красавка обыкновенная (*Atropa Belladonna*) в разведении D2 — 1,1 мг, паслен сладко-горький (*Solanum dulcamara*) в разведении D4–1,1 мг, подорожник большой (*Plantago major*) в разведении D3 — 1,1 мг, прострел луговой (*Pulsatilla pratensis*) в разведении D2 — 2,2 мг, карбонат кальция (*Calcium carbonicum*) в разведении D8 — 4,4 мг [15].

Как лаконично указывается в «Регистре лекарственных средств России» (2016), фармакологическое действие препарата Вибуркол — гомеопатическое, а фармакодинамика и действие препарата обусловлены компонентами, входящими в его состав [15].

По мнению С. В. Поповича (2015), благодаря комплексному действию препарата показания к применению Вибуркола включают воспалительные процессы различной локализации (в том числе боль при отитах, прорезывании зубов), инфекционные заболевания (ОРВИ, грипп, острые заболевания верхних дыхательных путей, детские инфекционные заболевания — ветряная оспа, корь, краснуха и др.), инфекционно-воспалительные процессы во внутренних органах, спастические состояния (кишечные колики и др.), нервное возбуждение, беспокойство, а также состояние судорожной готовности [16].

Первое упоминание о препарате Вибуркол и его применении в педиатрии, представленное в медицинской периодике, относится к публикации U. Heynen (1969) [17]. Впоследствии об использовании этого гомеопатического средства регулярно сообщалось в зарубежных и отечественных публикациях, в частности, R. Gottwald и M. Weiser (1999), B. Müller-Krampe и соавт. (2002), M. Derasse и соавт. (2005), R. Schiller (2005), C. López Sanguos и соавт. (2014), Л. Б. Ярощук (2004), О. В. Ковтун (2010), Л. И. Ильенко и соавт. (2010) и др. [16, 18–25].

Несмотря на то обстоятельство, что доказательная медицина небеспристрастно относится к подавляющему большинству методов альтернативной терапии (включая гомеопатию), эффективность применения ректальных суппозиториев Вибуркол подтверждается соответствующими исследованиями. О возможности объективной оценки антигомотоксической терапии в соответствии с принципами доказательной медицины ранее сообщалось в работе А. С. Шпигеля (2002) [26].

B. Müller-Krampe и соавт. (2002) представили данные многоцентрового проспективного контролируемого когортного исследования, в ходе которого было установлено, что препарат Вибуркол сопоставим по своей эффективности с парацетамолом (при симптоматическом лечении острых лихорадочных состояний у детей), но при этом обладает более высоким профилем безопасности и крайне редко вызывает аллергические реакции [19, 27]. Исследование немецких авторов обладает высшим уровнем доказательности, что определяется дизайном и численностью наблюдений (всего 767 пациентов, из которых 361 принимал Вибуркол, а 406 — парацетамол) [19, 27].

С этими данными согласуются результаты нерандомизированного наблюдательного исследования, выполненного M. Derasse и соавт. (2005, 2009) [20, 28]. Авторы сопоставляли эффективность Вибуркола с таковой ацетоминофена (парацетамола) при лечении инфекционной лихорадки (ассоциированной с ринитом, отитом, бронхитом, тонзиллитом) у 208 детей в возрасте < 12 лет (из них 107 пациентов получали Вибуркол). Исследование выполнялось на базе 38 медицинских центров Бельгии. При этом оценивались такие симптомы, как лихорадка, крампи, нарушения самочувствия и сна, плач, затруднения при приеме пищи и питья (по шкале от 0 до 3 баллов); тяжесть инфекции оценивалась по шкале от 0 до 4 баллов. Учитывались данные термометрии, субъективная оценка самочувствия, время первичного улучшения по имеющейся симптоматике, а также проводилась общая оценка эффективности лечения, переносимости даваемого препарата и комплаентности. В обеих группах (получавших Вибуркол или парацетамол) за период наблюдения отмечено улучшение: снижение температуры в среднем на 1,7 ± 0,7 °С (Вибуркол) и на 1,9 ± 0,9 °С (парацетамол); выраженности лихорадки (0–3 балла) — снижение с уровня 1,7 ± 0,6 до 0,1 ± 0,2 (Вибуркол) и с 1,9 ± 0,7 до 0,2 ± 0,5 (парацетамол). Тяжесть инфекции (0–4 балла) снизилась с 2,0 ± 0,5 до 0,0 ± 0,2 балла (Вибуркол) и с 2,2 ± 0,7 до 0,2 ± 0,6 балла (парацетамол). Статистически достоверных различий по времени улучшения симптомов не было выявлено. Таким образом, Вибуркол не уступал парацетамолу по всем анализируемым показателям. Переносимость препарата в баллах оказалась наиболее высокой среди пациентов, получавших Вибуркол. Так, врачи и родители наблюдаемых пациентов в 93% случаев оценивали препарат Вибуркол на «отлично», в то время как аналогичная оценка парацетамолу была выставлена лишь в 80% случаев. В результате полученные данные позволили M. Derasse и соавт. (2005, 2009) заключить, что препарат Вибуркол является эффективной альтернативой парацетамолу и при этом значительно лучше переносится [20, 28].

Перспективы применения

В работе R. Gottwald и M. Weiser (1999), позднее опубликованной в русскоязычном варианте в журнале «Биологическая

терапия» (2000), представлены сведения о том, что Вибуркол обладает седативным действием (уменьшает беспокойство, улучшает сон) и дезинтоксикационным эффектом (нормализует самочувствие при фебрильных состояниях), сохраняя эффективное функционирование иммунной системы (отсутствие резкого снижения температуры тела способствует выработке эндогенного интерферона и активации процессов фагоцитоза в организме пациента) [18, 29].

У. Веммер (2001) рекомендует Вибуркол для использования в детском возрасте при рецидивирующих инфекциях верхних дыхательных путей, а Л. В. Клименко (2009) — с целью коррекции иммуноэнергетического дефицита у детей, часто и длительно болеющих ОРВИ [30, 31]. С. А. Крамарев и соавт. (2006) рассматривают применение Вибуркола в качестве одного из альтернативных методов лечения и профилактики гриппа и ОРВИ у детей; эта концепция даже нашла отражение в методических рекомендациях Министерства здравоохранения Украины [32].

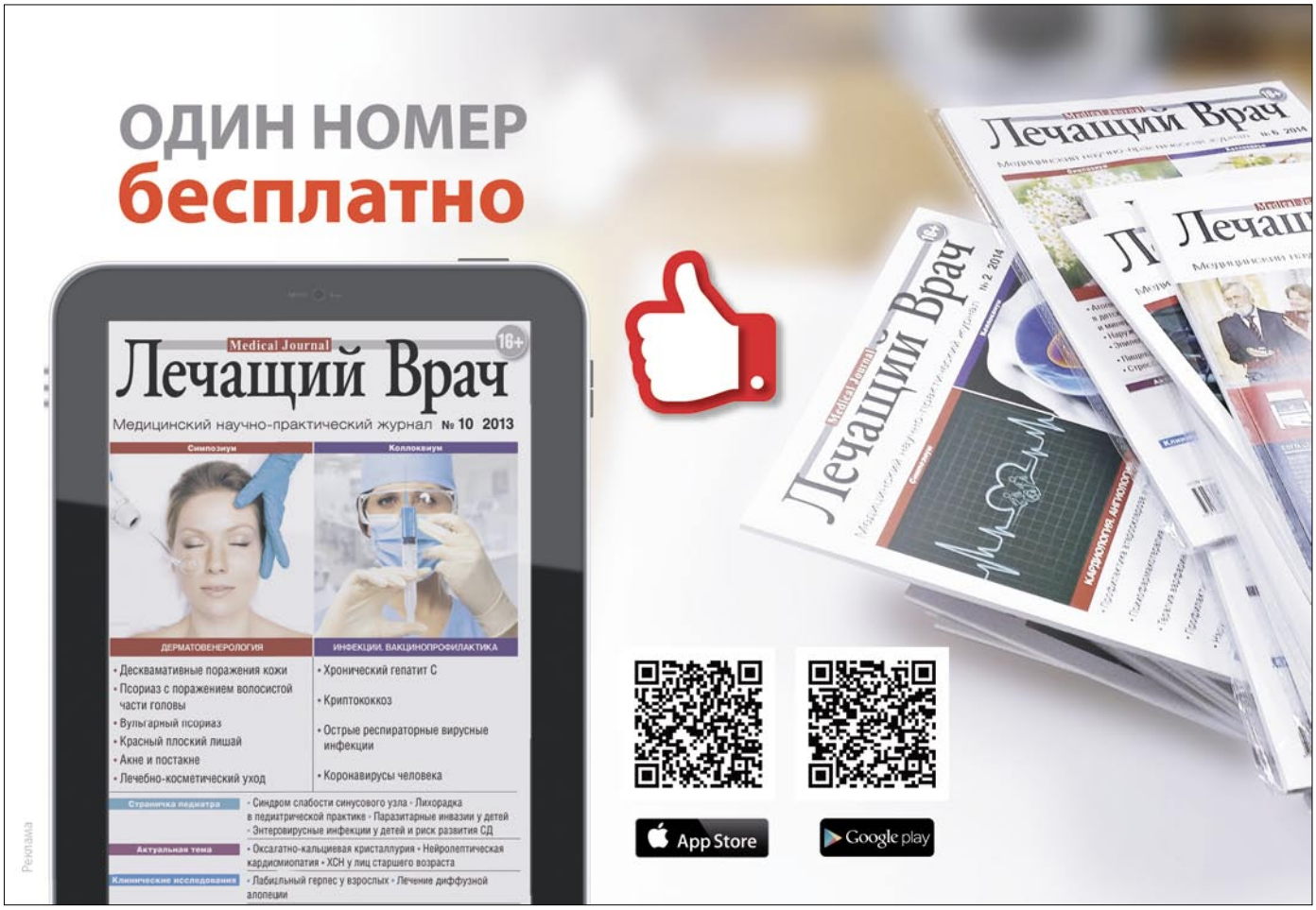
Таким образом, прослеживается явная тенденция к рассмотрению препарата Вибуркол не только как антипиретика/анальгетика, но и как средства, потенциально обладающего иммуномодулирующими свойствами. Итальянские исследователи G. M. Beghi и A. M. Morselli-Labate (2016) пришли к заключению, что гомеопатические препараты способны оказывать положительный эффект в профилактике инфекций респираторного тракта [33].

С. В. Попович (2015) подчеркивает опасность применения парацетамола, сопряженную с риском его передозировки, тяжелых побочных эффектов (гепато- и нефротоксичность), одновременно называя Вибуркол «препаратом, поддерживающим потенциал излечения организма», а его применение считает биорегуляционным подходом к заболеваниям в детском возрасте [16].

Исходя из представленных выше данных литературы и базируясь на собственном опыте, следует признать, что потенциальная роль препарата Вибуркол особенно значима в качестве симптоматической терапии при гипертермии и/или лихорадке умеренной выраженности, сопутствующих банальным острым респираторным инфекциям, а также при прорезывании зубов у детей первых лет жизни. Известно, что повышение температуры тела при прорезывании зубов продолжает оставаться одной из наиболее частых причин обращения к педиатрам родителей детей первых 12 месяцев жизни [6].

Л. И. Ильенко и соавт. (2010), основываясь на результатах исследования ректальных суппозиториев Вибуркол при назначении детям с болезненным прорезыванием зубов, приходят к заключению, что использование средств природного происхождения в описываемой ситуации не только способствует более быстрому исчезновению патологических симптомов, но и улучшает качество жизни пациентов, являясь безопасным и эффективным видом терапии [25].

Несмотря на кажущиеся противоречия, аллопатия и гомеопатия не являются взаимоисключающими направлениями медицины. Кроме того, многим врачам импонирует гомеопатическая концепция подхода к болезни как к индивидуальной реакции пациента на повреждающий



фактор, зависящей от наследственно-конституциональных особенностей организма.

T. R. Dooley в своей знаменитой книге «Гомеопатия: медицина за плоской Землей» (2002) указывает: «Многие врачи ошибочно отвергают гомеопатию, хотя ничего о ней не знают. Все возрастающая популярность гомеопатии предполагает, что все медицинские работники, как согласные, так и не согласные с гомеопатией, должны, по крайней мере, ознакомиться с ее основными принципами и теми, кто ответственно ее практикует» [34]. По-видимому, следует согласиться с мнением этого известного представителя альтернативной медицины из США, тем более что в настоящее время гомеопатия в нашей стране является методом лечения, не только разрешенным, но и рекомендованным к медицинскому применению в соответствии с действующим приказом Министерства здравоохранения РФ [35]. ■

Литература

1. *Студеникин В. М., Степанов А. А., Шелковский В. И., Маслова О. И.* Клинические аспекты терморегуляции у детей // Вопр. совр. педиатрии. 2003. Т. 2 (4): 54–60.
2. *Скобенко Е. В., Студеникин В. М., Высоцкая Л. М.* Термопатологические синдромы у детей: генез нарушений терморегуляции и их классификация // Соціальна педіатрія і реабілітологія. 2007. В. I (IV). К.: Інтермед. С. 305–309.
3. *Маслова О. И., Студеникин В. М., Кузенкова Л. М.* Фебрильные судороги // Клинические рекомендации. Педиатрия / Под ред. А. А. Баранова. Изд-е 2-е. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2007. С. 181–187.
4. *Студеникин В. М., Шелковский В. И., Балканская С. В.* Фебрильные судороги // Практика педиатра. 2007. № 1: 8–10.
5. *Студеникин В. М., Турсунхужаева С. Ш., Шелковский В. И., Пак Л. А.* Фебрильные судороги у детей: теоретические и практические аспекты // Вопр. практ. педиатрии. 2010. Т. 5 (2): 66–74.
6. *Студеникин В. М., Турсунхужаева С. Ш., Шелковский В. И., Пак Л. А., Акоев Ю. С.* Современные представления о температуре тела и термометрии в педиатрии и детской неврологии (ч. 1–3) // Справ. педиатра. 2010. № 7–9, 19–35, 40–57, 52–66.
7. *Студеникин В. М., Шелковский В. И., Балканская С. В.* Фебрильные судороги // Медицина неотложных состояний. 2010. № 6 (31): 122–123.
8. *Студеникин В. М., Турсунхужаева С. Ш., Шелковский В. И.* Ибупрофен и его применение в педиатрии и детской неврологии // Вопр. практ. педиатрии. 2010. Т. 5 (5): 140–144.
9. *Студеникин В. М., Турсунхужаева С. Ш., Шелковский В. И., Пак Л. А.* Нестероидные противовоспалительные средства в педиатрической практике // Лечащий Врач. 2011. № 11: 82–84.
10. *Шелковский В. И., Студеникин В. М., Пак Л. А., Турсунхужаева С. Ш.* Нестероидные противовоспалительные средства в педиатрической практике // Здоров'я України. 2012. № 13–14 (290–291): 22–23.
11. *Студеникин В. М., Акоев Ю. С.* Головная боль напряжения у детей, подростков и взрослых: роль НПВС // Лечащий Врач. 2015. № 11: 55–58.
12. *Wong T., Stang A. S., Ganshorn H., Hartling L., Maconochie I. K., Thomsen A. M., Johnson D. W.* Combined and alternating paracetamol and ibuprofen therapy for febrile children // Cochrane Database Syst. Rev. 2013. (10): CD009572.
13. *Meremikwu M., Oyo-Ita A.* Paracetamol for treating fever in children // Cochrane Database Syst. Rev. 2002, (2): CD003676.
14. *Southey E. R., Soares-Weiser K., Kleijnen J.* Systematic review and meta-analysis of the clinical safety and tolerability of ibuprofen compared with paracetamol in paediatric pain and fever // Curr. Med. Res. Opin. 2009. Vol. 25 (9): 2207–2222.
15. Регистр лекарственных средств России «Энциклопедия лекарств». 24-й вып. / Гл. ред. Вышковский Г. Л. М.: ВЕДАНТА. 2016. 1176 с.
16. *Попович С. В.* Вибуркол: биорегуляторный подход при заболеваниях в детском возрасте // Здоровье детей. 2015. № 2 (61): 59–63.
17. *Heynen U.* Viburcol in der Kinderheilkunde // Z. Allgemeinmed. 1969. Vol. 45 (20): 974–975.
18. *Gottwald R., Weiser M.* Antihomotoxic treatment of agitation, with and without fever, in children: results of a postmarketing clinical study // Biol. Med. 1999. Vol. 28 (6): 308–312.
19. *Müller-Krampe B., Gottwald R., Weiser M.* Symptomatic treatment of acute feverish infections with a modern homeopathic medication // Biol. Med. 2002. Vol. 31 (2): 79–85.
20. *Derasse M., Klein P., Weiser M.* The effects of a complex homeopathic medicine compared with acetaminophen in the symptomatic treatment of acute febrile infections in children: an observational study // Explore (NY). 2005. Vol. 1 (1): 33–39.
21. Schiller R. Ask the experts. Viburcol for upper respiratory infection in children // Explore (NY). 2005. Vol. 1 (2): 154.
22. *López Sanguos C., García Morín M., Vázquez López P.* Productos homeopáticos: la importancia de una correcta información // An. Pediatr. 2014. Vol. 80 (5): 333.
23. *Ярощук Л. Б.* Возможности антигомотоксической терапии в профилактике и лечении ОРВИ и гриппа // Сімейна медицина. 2004. № 4: 28–32.
24. *Ковтун О. В.* Аптечка новорожденного и грудного ребенка // Биологическая терапия. 2010. № 2: 27.
25. *Ильенко Л. И., Холодова И. Н., Сырьева Т. Н., Ильина, Холодов Д. И.* Новые возможности улучшения качества жизни детей при болезненном прорезывании зубов // Педиатрия. 2010. Т. 189 (4): 106–110.
26. *Шпигель А. С.* Оценка эффективности антигомотоксической фармакотерапии в соответствии с принципами доказательной медицины // Биологическая медицина. 2002. № 2: 56–64.
27. *Мюллер-Крампе Б., Готтвальд Р., Вайзер М.* Сравнение эффективности и переносимости препаратов Viburcol и Парацетамол при симптоматическом лечении острых лихорадочных состояний у детей // Биологическая терапия. 2002. № 4: 3–9.
28. *Дерассе М., Кляйн П., Вайзер М.* Сравнительное исследование действия комплексного гомеопатического препарата и ацетаминофена при симптоматическом лечении острых лихорадочных инфекций у детей // Биологическая терапия. 2009. № 2: 26–30.
29. *Готтвальд Р., Вайзер М.* Антигомотоксическая терапия состояний беспокойства с повышением температуры или без у детей препаратом Viburcol // Биологическая терапия. 2000. № 4: 12–16.
30. *Веммер У.* Рецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей в детском возрасте // Биологическая терапия. 2001. № 1: 37–40.
31. *Клименко Л. В.* Использование антигомотоксических препаратов с целью коррекции иммуноэнергетического дефицита в лечении детей, часто и длительно болеющих ОРВИ // Биологическая терапия. 2009. № 1: 46–48.
32. *Крамарев С. А., Палатная Л. А., Шамугия Б. К.* Альтернативные методы лечения и профилактики гриппа и ОРВИ у детей // Методические рекомендации МЗ Украины. К.: 2006.
33. *Beghi G. M., Morselli-Labate A. M.* Does homeopathic medicine have a preventive effect on respiratory tract infections? A real life observational study // Multidiscip. Respir. Med. 2016. 11: 12. DOI: 10. 1186/s40248-016-0049-0.
34. *Dooley T. R.* Homeopathy: Beyond Flat Earth Medicine (An essential guide for the homeopathic patient). 2 nd ed. San Diego: Timing Publications. 2002. 112 p.
35. Об использовании метода гомеопатии в практическом здравоохранении // Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ № 335 от 29 ноября 1995 г.

Современные подходы в комплексной нейрореабилитации последствий черепно-мозговой травмы

С. А. Немкова, *доктор медицинских наук, профессор*

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ, *Москва*

Резюме. Статья посвящена актуальным вопросам комплексного лечения последствий черепно-мозговой травмы (ЧМТ). Подробно освещены современные методы комплексной реабилитации больных с последствиями ЧМТ (медикаментозная коррекция, массаж, кинезио- и физиотерапия).
Ключевые слова: черепно-мозговая травма, посткоммоционный синдром, дети, реабилитация.

Abstract. The article is dedicated to topical issues of complex therapy of craniocerebral injury (CCI) impact. There is a detailed description of modern methods of complex rehabilitation of patients with CCI impact (drug correction, massage, kinesio-and-physiotherapy).
Keywords: craniocerebral injury, post-commotion syndrome, children, rehabilitation.

Одним из ведущих неврологических заболеваний в настоящее время является черепно-мозговая травма (ЧМТ), поскольку количество больных с ЧМТ ежегодно увеличивается на 2%, из них 1,5 млн погибает и 2,5 млн становится инвалидами [1–3]. Распространенность ЧМТ в Европе составляет 150–300 (в среднем 235) на 100 тысяч населения, в США — 200–610 на 100 тысяч, в России — 630 на 100 тысяч, при этом рост заболеваемости за последние 7 лет составил 17%, а смертность за последние 10 лет снизилась на 46% [1, 2]. Абсолютный максимум случаев ЧМТ приходится на подростковый и молодой возраст, при этом обстоятельства, приводящие к возникновению ЧМТ, часто бывают связаны с употреблением алкоголя и дорожно-транспортными происшествиями [1–3]. Рост последствий ЧМТ, отмечаемый в мире за последнее десятилетие, во многом связывается с совершенствованием технологий интенсивной терапии, уменьшением продолжительности госпитализации в остром периоде ЧМТ и сроков реабилитации в стационаре, а также недостаточной эффективностью наиболее широко применяемых традиционных лечебно-реабилитационных мероприятий в промежуточном и отдаленном периодах ЧМТ, что приводит к сохранению у 60–90% пациентов патологически остаточных явлений [1, 3].

Классификация последствий ЧМТ находится в стадии разработки и не представлена в МКБ-10 и зарубежных руководствах по ЧМТ. Согласно МКБ-10, последствия ЧМТ классифицируются в рубрике Т90: «Последствия травм головы». В нашей стране предложен расширенный и усовершенствованный вариант классификации последствий ЧМТ [1]. Анализ распространенности клинических проявлений последствий ЧМТ, в соответствии с рабочей классификацией клинико-функциональных синдромов [4], свидетельствует, что астенический синдром отмечается у 64% пациентов, вегетативно-дистонический — у 58%, ликвородинамический — у 39%, церебрально-очаговый — у 36%, психопатологический — у 27%, синдром посттравматической эпилепсии — у 12% [4].

Особенности клинического течения и исходов ЧМТ в детском возрасте обусловлены тем, что механическая энергия воздействует на мозг, развитие и рост которого не закончены. Существует точка зрения, согласно которой ЧМТ у детей клинически протекает легче, чем у взрослых, за счет малой кальцинации и эластичности костей черепа, открытых швов между ними, наличия родничков, незаконченной дифференциации структуры нервных центров и систем кровообращения мозга [3, 5, 6]. Зарубежными исследователями при анализе историй болезни детей и взрослых с тяжелой ЧМТ отмечено, что смертность у детей после тяжелой ЧМТ составила 24%, у взрослых 45%. После травмы хороший исход отмечен у 55% детей и только у 21% взрослых пострадавших [7, 8]. Отечественные исследователи также указывают на то, что у детей чаще, чем у взрослых, возможен благоприятный исход, даже после тяжелых клинических вариантов ЧМТ, благодаря высокой пластичности развивающегося мозга [1, 6]. Вместе с тем известно, что перенесенная в детском возрасте легкая ЧМТ далеко не всегда проходит бесследно, причем ее последствия могут проявляться спустя годы после травмы [3, 5].

Факторами, влияющими на выраженность последствий ЧМТ у детей, являются: 1) тяжесть травмы; 2) возраст, в котором произошла травма; 3) время, прошедшее с момента травмы; 4) локализация травматического поражения [2, 5, 6]. Большинство исследователей указывает, что при легкой ЧМТ отмечается более адекватное реагирование церебральных систем, чем при тяжелой [2, 6]. Последствия легкой ЧМТ определяются нарушениями функционального состояния активирующей системы

Контактная информация: nemkova-sa@yandex.ru