

ШКОЛА ПРАКТИКУЮЩЕГО ПЕДИАТРА 2021

МОСКОВСКАЯ ОБЛАСТЬ



содержание

Пищевая аллергия - современные принципы профилактики и диетотерапии. І.А. Ьокова	2
Вопросы детской эндокринологии в педиатрии. В.В. Шестерикова	9
Как увидеть синдром Хантера: подходы к дифференциальной диагностике и лечению. Т.А. Бокова	17
Частые диагнозы в педиатрии как маски редких (орфанных) заболеваний. Т.А. Бокова	24
Вегето-сосудистая дистония и астения в практике педиатра. М.В. Пантелеева	29
Острые инфекции верхних дыхательных путей: и просто, и сложно. Е.Р. Мескина	33
Место лекарственных растительных препаратов с позиции доказательной медицины. E.C. Ковригина	38
Рациональная терапия аллергических заболеваний. Т.И. Рычкова	44
Топические глюкокортикостероиды в практике педиатра. Т.И. Рычкова	51
Дефицит магния, Т.И. Рычкова	58

Пищевая аллергия – современные принципы профилактики и диетотерапии

БОКОВА Т.А.

БОКОВА ТАТЬЯНА АЛЕКСЕЕВНА

Д.М.Н., В.Н.С.,

руководитель педиатрического отделения МОНИКИ, профессор кафедры педиатрии с инфекционными болезнями у детей ФДПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ - ЭТО СОСТОЯНИЕ ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ПИЩЕВЫМ ПРОДУКТАМ, ОБУСЛОВЛЕННОЕ ИММУННЫМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ

ПИЩЕВВЯПИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ

ПИЩЕВВЯПИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ

ПИЩЕВВЯПИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ

ПОСЕВДОАЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ - НЕ ИМЕЮТ В СВОЕЙ ОСНОВЕ ИММУННЫХ РЕАКЦИЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ВЫСВОБОЖДЕНИЕМ МЕДИАТОРОВ (В ОСНОВНОМ ГИСТАМИНА) ИЗ КЛЕТОК-МИШЕНЕЙ БЕЗ УЧАСТИЯ АНТИТЕЛ ИЛИ СЕНСИБИЛИЗИРОВАННЫХ ЛИМФОЦИТОВ.



Коровье молоко – основной аллерген для детей раннего возраста

β-лактоглобулин

- наибольшая аллергенная активность, видоспецифичен, термостабилен

Казеин

-термостабилен (при кипячении и створаживании не меняет свои свойства) -при аллергии к нему существует непереносимость любого молока и кисломолочных продуктов, а также сыра и творога;

α-лактальбумин

-термолабилен, при кипячении частично или полностью лишается своей аллергенности, что делает возможным употребление кипяченого молока, содержит перекрестносвязывающие детерминанты с белком яйца (овальбумином)

Бычий сывороточный альбумин

- содержится в коровьем молоке в следовых количествах
- содержит детерминанты, общие с телятиной и говядиной

Яйцо

Овальбумин - аллерген белка куриного яйца (содержание овальбумина в нём составляет 54-60%), гермолабилен: термическая обработка снижает активность белка: вареное яйцо безопаснее сырого.

Овомукоид - одинаков для яиц всех птиц (замена куриного яйца на перепелиное не решит проблему). Термостабилен (требуется исключение продуктов, содержащих яйца — майонез, кондитерские и макаронные изделия и пр., возможна реакция на ряд прививок)

<mark>Альфа-ливетин -</mark> аллерген желтка (содержится и в мясе птицы), термолабилен

Рыба

Парвальбумины

М-белок трески - не разрушается при кулинарной обработке, способен сохраняться в запахах и парах. перекрестные реакции на икру, креветки, раков, омаров, устриц и др.

Тропомиазин (креветки и др. ракообразные) – сохраняется в воде, в которой варили креветки, не поддается действию пищеварительного сока

!Ртуть - накапливается в крупной рыбе – тунец, акула, скумбрия королевская и пр.

Пищевые злаки (пшеница, рожь, ячмень)

Глютен, альфа-, бета-, гамма-, омега-глиадин, проламины

- имеет перекрестные антигены с казеином коровьего молока

Арахис

- Peanut 1, Ara h1, Ara h2, Ara h3, малый аллерген арахиса
- жареный арахис является более аллергенным

Пищевые добавки, наиболее часто вызывающие симптомы аллергии

Консерванты: Сульфиты и их производные (E220-E227), Нитриты (E249-E252) Бензойная кислота и ее производные (E210-E219) E200, E203

Антиоксиданты: ЕЗ11, ЕЗ20, Бутил — гидрокситолуол ЕЗ21

Красители: Тартразин E102, Желто-оранжевый S E110, Азорбин E122, Амарант E123. Красная кошениль E124, Эритрозин E127, Брилиантовая чернь E151, E128,

Ароматизаторы: Корица, ваниль, ментол, гвоздика; Глутаматы E550-E553

Стабилизаторы вкуса: E620, E625, E626, E629, E630, E633

Продукты, содержащие биологически активные вещества (гистамин, тирамин)

вино, шпинат, томаты, кислая капуста, вяленая ветчина, говяжьи сосиски, свиная

консервированные продукты: тунец, филе хамсы, копченая селедочная икра; сыры (рокфор, камамбер, бри, грюйр, чеддер, плавленые);

пивные дрожжи;

маринованная сельдь;

	Пищевой продукт	Продукты и непищевые антигены, дающие перекрестные аллергические реакции
	Коровье молоко	Козье молоко, продукты, содержащие белки коровьего молока; говядина, телятина и мясопродукты из них, шерсть коровы, ферментиве препараты на основе поджелудочной железы крупного рогатого скота
	Кефир (кефирные дрожжи)	Плесневые грибы, плесневые сорта сыров (Рокфор, Бри, Дор-Блю и т.п.), дрожжевое тесто, квас, антибиотики пенициллиного ряда, грибы
	Рыба	Морская рыба, речная рыба, морепродукты (крабы, креветки, икра, лангусты, омары, мидии и т.п.), корм для рыбы (дафнии)
	Куриное яйцо	Куриное мясо и бульон, перепелиные мясо и яйца, мясо утки; соусы и кремы, майонез с включением компонентов куриного яйца; перо подушки, лежарственные препараты (интерферон, лизоцим, бифилиз, некоторые вакцины)
	Морковь	Петрушка, сельдерей, ß-каротин, витамин А
	Клубника	Малина, ежевика, смородина, брусника
	Яблоки	Груша, айва, персики, сливы; пыльца березы, ольхи, полыни
	Картофель	Баклажаны, томаты, перец стручковый зеленый и красный, паприка, табак
	Орехи (фундук и т.д.)	Орехи других видов, киви, манго, мука (рисовая, гречневая, овсяная), кунжут, мак, пыльца березы, орешника
	Арахис	Соя, бананы, косточковые (персики, слива и т.п.), зеленый горошек, томаты, латекс
	Бананы	Глютен пшеницы, киви, дыня, авокадо, латекс, пыльца подорожника
Цитрусовые Грейпфрут, лимон, апельсин. мандариі Свекла Шпинат, сахарная свекла		Грейпфрут, лимон, апельсин. мандарин
		Шпинат, сахарная свекла
	Бобовые	Арахис, соя, горох, фасоль, чечевица, манго, люцерна
	Слива	Миндаль, абрикосы, вишня, нектарины, персики, дикая вишня, черешня, чернослив, яблоки
	Киви	Банан, авокадо, орехи, мука (рисовая, гречневая, овсяная), кунжут, латекс, пыльца березы, злаковых трав

Факторы риска развития пищевой аллергии

•генетические факторы — повышенная частота антигенов HLA-B8 и DW3;

•антенатальные факторы, приводящие к внутриутробной сенсибилизации плода: злоупотребление беременной облигатными аллергенами, применение антибиотиков, профессиональные вредности и др.;

•роды путем кесарева сечения (нарушение естественного заселения кишечника);

•раннее искусственное вскармливание;

•функциональная незрелость ЖКТ, в том числе ферментативная недостаточность;

•недостаточность секреторного IgA;

•избыточный кишечный антигенный контакт;

! Термин «непереносимость коровьего молока» не отражает патогенетических механизмов АБКМ и включает в себя также непереносимость лактозы, поэтому его применение в отношении иммунологически обусловленных реакций на продукты, содержащие БКМ, нецелесообразно.







Клинические проявления ПА Общие: Анорексия, беспокойство во время еды Возбудимость, нарушения сна Отсутствие прибавки массы тела Задержка роста Эозинофилия, наличие эозинофилов в содержимом желудочного сока или кале Анемия Гипопротеинемия Гематохезия ! Анафилаксия, тяжелые анафилактоидные реакции с метаболическими нарушениями

Аллергический эозинофильный эзофагит

симптомы гастроэзофагального рефлюкса (срыгивания, тошнота, дисфагия, рвота, боли в эпигастрии)

Аллергический эозинофильный гастроэнтерит

клиника пилоростеноза, потеря массы тела, боли в животе, тошнота, рвота, диарея, железодефицитная анемия, гипоальбуминемия.

в крови – эозинофилия, анемия
в копроцитограмме - эритроциты, нейтрофилы, эозинофилы, умеренная стеаторея кал на углеводы – положительный (вторичная лактазная недостаточность)

1 эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки пищевода, желудка и стенки тонкой кишки, гиперплазия базальной зоны, деформация ворсин.

Индуцированный пищевыми белками энтероколит (FPIES)

чаще дебютирует на 2–8 неделе у детей, находящихся на искусственном вскармливании молочными или соевыми смесями, реже - на грудном вскармливании (в 50% случаев аллергенные белки передаются через материнское

в стуле: кровь в макро- или микроколичествах, лейкоциты

в крови: железодефицитная анемия, гипоальбуминемия

отек слизистой оболочки толстой кишки, инфильтрация эозинофилами эндотелия и собственной пластинки (не менее 20 клеток в поле зрения), локальное повреждение ворсин, гиперплазия лимфоузлов.

Диагностика

- •Общий и биохимический анализ крови
- •Копроцитограмма
- •Определение общ. Ig E, A и G
- ■Определение уровня специфических Ig E (анализаторы: ImmunoCAP, Immulite, HYTEC-288 и др.) (информативность 87–90%, с пищевыми аллергенами лишь 49%)
- др.) (информативность от-эту», с пищевыми элигри-енами лишь чэт»).

 1 Положительные результаты тестирования свидетельствуют только о наличии сенсибилизации. И, напротив, отсутствие специфических IgE не исключает диагноза ПА. Все полученные результаты должны интерпретироваться только в контексте анамнестических данных.

 1 Не рекомендован анализ уровня специфических IgG и IgG4 к пищевым белкам для оценки сенсибилизации

- •Диагностическая элиминационная (безмолочная) диета/диагностическое введение продукта
- «Золотой стандарт» двойной слепой плацебо-контролируемый провокационный тест (ДСПКПТ), у детей младшего возраста открытое плацебо-контролируемое исследование (Провокационные пробы на территории РФ не сертифицированы)

Дифференциальная диагностика

- ■Непереносимость пищи ферментная и/или метаболическая (мальабсорбция углеводов, непереносимость лактозы, целиакия)
- Токсические реакции на пищу: бактериальной, вирусной или иной этиологии, фармакологические
- Функциональные нарушения ЖКТ (ГЭР, младенческая колика, ФД, СРК и пр.)
- Воспалительные заболевания ЖКТ (в т.ч. язвенный колит, болезнь Крона).
- Исследование АТ на целиакию
- Кал на кальпротектин
- Исследование кала на углеводы
- Бак. посев кала
- Инструментальные исследования (ЭГДС, колоноскопия, ректороманоскопия)

Принципы профилактики и лечения

Гипоаллергенная диета

Элиминационный режим

Лекарственная терапия:

местная терапия (кремы, мази, примочки и пр.)

энтеросорбция

антигистаминные препараты II поколения

Длительный прием антигистаминных препаратов II поколения в профилактических целях не рекомендуется.

стабилизаторы мембран тучных клеток (не рекомендованы к использованию для

профилактического лечения проявлений АБКМ).

В тяжелых случаях – ГКС, эпинефрин

Наиболее частые ошибки в коррекции питания

Назначение профилактических гипоаллергенных смесей (с маркировкой ГА) при наличии симптомов уже имеющегося аллертического заболевания (АтД, гастроинтестинальные проявления),

Назначение смесей из молока других млекопитающих (в частности козьего), а также соевых смесей (при отсутствии данных о его переносимости)

Применение смеси не по показаниям (безлактозные, антирефлюксные вместо лечебных смесей на основе глубоко гидролизированного БКМ)

Неполная элиминация из рациона матери БКМ (при естественном вскармливании)

Нарушения сроков (ранее 4 или позже 6 мес), техники и характера введения

Отсутствие комплексного подхода в ведении детей с ПА

Высокогидролизованные смеси (лечебные):

сывороточные (Alfare, Alfare allergy, Friso PEP, Similak Alimentum, Nutrilon Пепти ТСЦ, Nutrilak Пептиди СЦТ и т. д.);

казеиновые (Nutramigen, Pregestimil, Friso PEP AC и др.)

синтетические аминокислотные (Alfare Amino, Neocate и др.)

Частично гидролизованные смеси (гипоаллергенные)— профилактические! (используются для профилактики, но не для лечения (Nan ГA, Similak ГA, Frisolak ГA, Nutrilon ГА, Humana ГА, HiPP ГА, Nutrilak ГА и т. д.)





ESPGHAN M ESPACI

- «Питание на основе неизмененного белка молока от других животных (козьего, овечьего и пр.) или на основе частичного гидролиза не следует применять для лечения аллергии к БКМ»
- «В случае, когда соевые смеси рассматриваются в качестве питания детей с ПА после достижения ребенком 6-месячного возраста в связи с их более низкой стоимостью и лучшими вкусовыми качествами по сравнению со смесями на основе глубокого гидролиза белка и на основе аминокислот, сначала необходимо установить переносимость соевого белка»

Введение прикорма

Пример: «ПЕРВЫЙ ВЫБОР» - гипоаллергенные продукты для первого знакомства с прикормом в каждой категории продуктов «ФрутоНяня»:

- сухие безмолочные, безглютеновые каши (рисовая и гречневая),
- о однокомпонентные овощные пюре (брокколи, цветная капуста, кабачки),
- соки (яблочный и грушевый),
- фруктовые пюре (яблочное и грушевое),
- мясные пюре (индейка и кролик)

оНачало введения прикорма - 4-6 месяцев

оПри дефиците массы тела первым прикормом является каша.

. Строгая элиминационная диета в большинстве случаев составляет не менее 6-12 мес, и бывает необходима до достижения ребенком возраста 1,5–2 лет

Выбор продуктов для первого прикорма

«ПЕРВЫЙ ВЫБОР» от «ФрутоНяня»: 6 НИР с 2011 по 2020 гг.

Критерии включения:

- Дети первого года жизни (от 4 месяцев жизни): здоровые дети, с наследственной предрасположенностью к аллергии (отягощенный аллергологический анамнез), не имеющие противопоказаний к введению изучаемых продуктов прикорма;
- Дети с легкими первичными кожными проявлениями аллергии (единичные элементы аллергической папулезной сыпи, гиперемия кожи щек, в области промежности, сухость кожи и др.), не имеющие противопоказаний к введению изучаемых продуктов.
- •Отсутствие в рационе детей аналогичных продуктов прикорма других торговых марок и/или домашнего приготовления

•Всего участвовало 350 детей

Динамика уровней специфических IgE			
Уровень специфических IgE (кЕ/л)	На старте исследования Медиана [ИКР]	Завершение исследования Медиана [ИКР]	Р
Тыква	0,02 [0-0,07]	0,025 [0,01-0,13]	>0,05
Кабачок	0,15 [0,120-0,170]	0,170 [0,150-0,195]	>0,05
Брокколи	0,005 [0-0,01]	0,0 [0-0]	>0,05
Цветная капуста	0 [0-0,02]	0,0 [0-0]	>0,05
Индейка	0,01 [0,01-0,05]	0,01 [0,01-0,11]	>0,05
Яблоко	0,02 [0,00-0,08]	0,02 [0,01-0,03]	>0,05
Груша	0,01 [0,00-0,05]	0,01 [0,00-0,01]	>0,05
Кролик	0,01 [0,00-0,03]	0,01 [0,01-0,02]	>0,05
Слива	0,02 [0,015-0,03]	0,03 [0,02-0,04]	>0,05
Греча	0,02 [0,01-0,02]	0,005 [0-0,001]	>0,05
Рис	0,01 [0-0,01]	0.06 [0.04-0.07]	>0,05

Продукты прикорма «<mark>ФрутоНяня»</mark> обладают низкой иммуногенностью, не вызывают аллергических реакций и могут быть использованы как в питании детей из групп высокого риска по развитию атопии, так и в составе лечебных диет пациентов с аллергическими заболеваниями.*

> в НЕДА, ја настоящее время ФГАУ «Национальный медициномий испледовательский центр здор одржио гроконсуванироваться со спяциальногом. Сведения о вограстных ограничениях примене





Клинический пример 2

Таисия Ф. 1г. 11 мес.

Жалобы на метеоризм, жидкий стул до 3 раз в день. Прожилки крови в стуле (непостоянно). НВ 104 г/л

В анамнезе на первом году жизни - проявления пищевой аллергии (сыпь на щеках, ягодицах, срыгивания, метеоризм, часто - кашицеобразный стул иногда с примесью крови). Выявлена сенсибилизация к белку коровьего молока (IgE кала).

Получала смесь-полный гидролизат, антигистаминную терапию с положительной динамикой.

После года родители ввели в рацион ребёнка молочные продукты (цельное молоко, творог), яйца, хлебобулочные изделия.

Колоноскопия — слизистая поперечно-ободочной, нисходящей, сигмовидной кишки контактно кровоточива, сосудистый рисунок смазан. На слизистой прямой кишки множественные эрозии до 2 мм.

Заключение: язвенный колит, субтотальное поражение, высокая степень активности

МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ:

13717-1 - В препирате серабные срема і посреметированного фрагмента сигнаетой обслючия толостой кишка препирате серабные срема і посреметированного фрагмента сигнаетой оболючия толостой кишка сетаметированной посремента предоставля образа сетаметированного предоставля на препирате предоставля на препирате предоставля на препирате предоставля на препирате серабные предоставля предоставля на препирате серабные пререда на посремента образа на предоставля н

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 3

Мария К. 1 г.

Жалобы: с 4 мес. периодически прожилки крови в стуле. Общее самочувствие удовлетворительное. НВ 113 г/л. Общ и slgt крови – норма. Наблюдалась с диагнозом: Гастроинтестинальная форма пищевой аллергии. Аллергический проктоколит. На полном гидролизате – положительная динамика.

В 10 мес. перенесла о. гастроэнтероколит ротавирусной этиологии (стационарное лечение).

Через 2 мес. - боли в животе, гематохезия, температура до 37,5 с, HB 103 г/л, лейк- 13.2, тр-525, COЭ-23 мм/ч, CPБ-11ед/л, фекальный кальпротектин - 550 (норма < 50 мкг/г)

Колоноскопия: Болезнь Крона. Субтотальное поражение толстой кишки. Высокая степень активности.

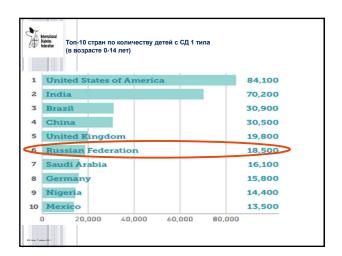




Фото из архива Кошурниковой А

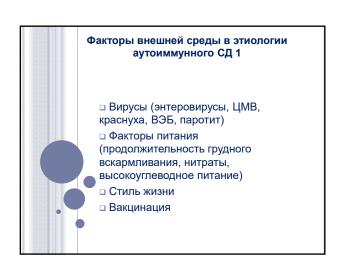






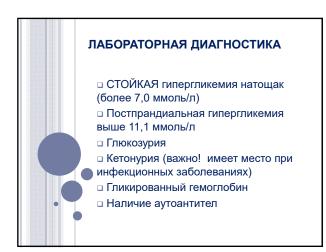


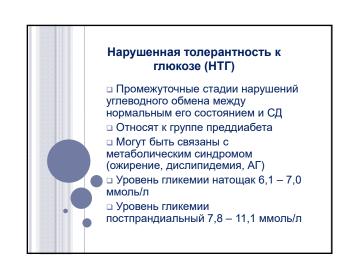




















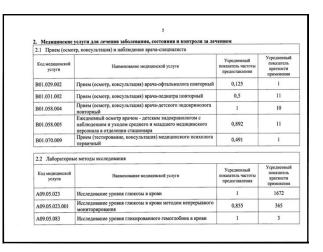






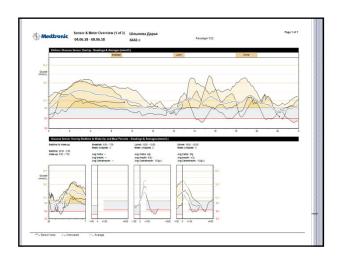
Рекомендации по мониторингу контроля углеводного обмена (ISPAD, 2018) О Пациентам, находящимся на интенсифицированной инсулинотерапии или на терапии с помощью инсулиновой помпы, рекомендуется проводить исследование гликемии от 6 до 10 раз в сутки О Количество исследований может повышаться при подборе дозы инсулина у пациентов с декомпенсацией СД, при стрессах, интеркуррентных заболеваниях и физических нагрузках О Исследование кетоновых тел в крови или моче должно проводится при заболеваниях с повышением температуры и/или рвотой, при плохом самочувствии и уровне гликемии выше 14 ммоль/л, особенно при помповой терапии, полиурии, сонливости, болях в животе, одышке



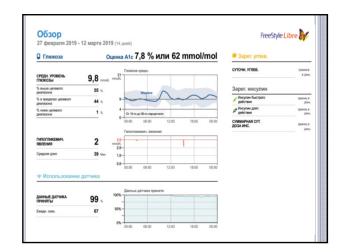


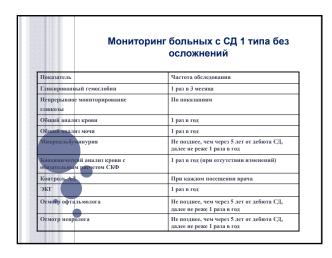












СОБЛЮДЕНИЕ ДИЕТЫ И РЕЖИМА ДНЯ Суточное количество ХЕ индивидуально, зависит от возраста и пола ребенка, с учетом индекса массы тела, образа жизни о 4-6 лет 12 - 13 XE **7** -10 лет 15 – 16 XE 11 – 14 лет 18 - 20 XE (мальчики) 16 – 17 XE (девочки) 15 – 18 лет 19 - 21 XE (мальчики) 17 - 18 ХЕ (девочки) У подростков с избыточной массой тела количество XE должно быть ниже рекомендуемых по возрасту

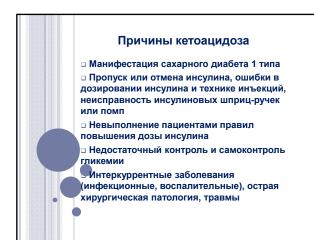






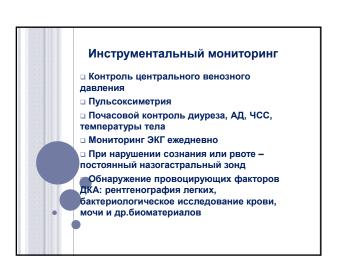
Лечение гипогликемии Перорально: продукты, содержащие простые «быстрые» углеводы (1 гр углеводов повышает глюкозу крови на 0,17 ммоль/л) Подкожно: Глюкагон 0,5-1 мг в зависимости от возраста ребенка Внутривенно: 20% раствор глюкозы (дети до 3х лет) 30% раствор глюкозы (3-6 лет) 40% раствор глюкозы (дети старше 6 лет)

Диабетический кетоацидоз Острая декомпенсация сахарного диабета, характеризующаяся абсолютной или относительной инсулиновой недостаточностью, гипергликемией (>11 ммоль/л), ацетонурией (≥++) или гиперкетонемией (>5 ммоль/л), а также метаболическим ацидозом (рН<7,3), с различной степенью нарушения сознания или без нарушения сознания, требующая экстренной госпитализации больного.



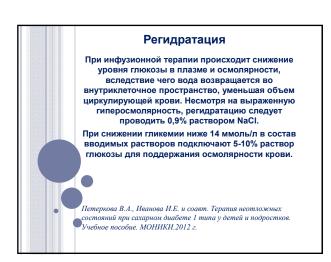




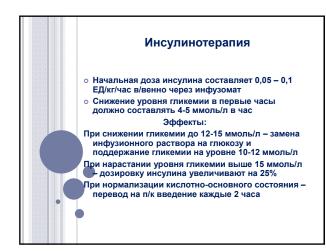


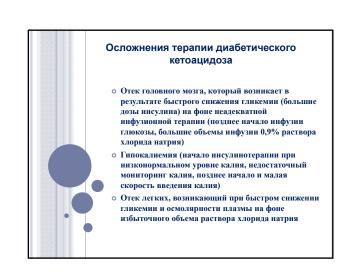




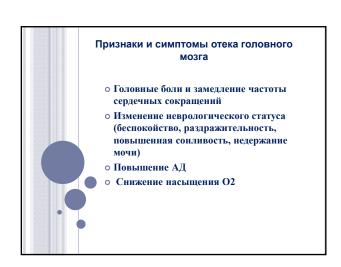














Частые диагнозы в педиатрии как маски редких (орфанных) заболеваний



БОКОВА ТАТЬЯНА АЛЕКСЕЕВНА

доктор медицинских наук, руководитель педиатрического отделения МОНИКИ, профессор кафедры педиатрии МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

кафедры педиатрии с инфекционными болезнями у детей ФДПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Клинический пример 1 Илья К., 2004 г.р



- Мальчик от 2-й беременности, протекавшей с угрозой прерывания во 2 половине. Роды 1 оперативные (кесарево сечение) (хр. внутриутробная гипоксия). Пренатальная гипотрофия I ст. Оценка по Апгар 6/7 баллов. Вес при рождении 2990 г, рост 51 см. На грудном вскармливании до 4 мес. Привит по возрасту. Наследственность не отягощена.
- В **2005** г. (**1 год**) при госпитализации с диагнозом: «Рецидивирующая токсикодермия» впервые выявлено повышение трансаминаз (АЛТ/АСТ - 94/59

Клинический пример 1 Илья К., 2004 г.р



- Март 2006 г (1 год 8 мес.) Жалобы на аллергическую сыпь на коже, метеоризм, неоформленный стул. Стационарное лечение.
- метеоризм, неоформленный стул. Стационарное лечение. Результаты обследования повышение уровня трансаминаз (АЛТ/АСТ 99-81/92-74 ед/л), ЩФ (920-1240 ед/л), холестерина (7,9-8,6 мм/л). Иммунограмма норма. УЗИ ОБП- аномалия формы желчного пузыря. Диффузные изменения поджелудочной железы. Спленомегалия. ЭГДС эзофагит, поверхностный гастрит.
- **Диагноз**: Атопический дерматит. Аномалия формы ЖП. Реактивный панкреатит. Дисбактериоз кишечника.

Лечение: зиртек, креон, фосфалюгель,





- Результаты обследования: ОАК норма. Б/х анализ крови- АЛТ/АСТ 53-99/57-92 ед/л, ЩФ- 740 ед/л, гиперхолестеринемия -7,8 мм/л. **УЗИ** - диффузные изменения поджелудочной железы. Спленомегалия. Лечение: эссенциале форте, супрастин, креон.
- Сентябрь 2007 г (3 года) стационарное лечение. Диагноз: Аллергический ринит. Пыльцевая, бытовая, эпидермальная, пищевая сенсибилизация. Атопический дерматит. Дуоденоеюнит. Бульбит. Реактивный панкреатит.
- Б/х анализ АПТ/АСТ 41/59 ед/л, ЩФ-644 ед/л, холестерин 8,1 мм/л, железо-10,7 мкм/л, глюкоза-5,0 мм/л. **ЭГДС**: Бульбит. Дуоденоеюнит. **УЗИ** Гепатоспленомегалия. Реактивные изменения ПЖ. Консультирован кардиологом - гиперлипидемия 2А.

Лечение: кромогексал, зиртек, креон, фосфалюгель, эспумизан

Клинический пример 1 Илья К., 2004 г.р



Декабрь 2008 г. (4 года) Стационарное лечение.

При поступлении печень +2см. Б/х анализ крови- АЛТ/АСТ 112/98 ед/л. ШФ-810 ед/л, холестерин -7,5 мм/л, ЛПНП-5,48 мкм/л, железо – 26 мкм/л. Маркеры целиакии пределах референсных значений. Тест на лактазную недостаточность гиполактазия средней тяжести.

УЗИ – гепатомегалия, диффузные изменения паренхимы печени, спленомегалия, диффузные изменения ПЖ.

ЭГДС- дуоденоеюнит. В биоптатах тощей кишки - атрофический еюнит умеренно выраженный. Полиморфизм кишечных ворсин с преобладанием удлиненных и утонченных. Мелкие бокаловидные клетки. Признаки мальабсорбции.

Диагноз: Целиакия тяжелая форма. Гиполактазия средней тяжести. Гиперлипопротеидемия 2А. Билиарная дисфункция. Атопический дерматит. Аллергический ринит.

Лечение: элькар, креон, эссенциале, хофитол.

Клинический пример 1 Илья К., 2004 г.р



- Март 2010 г. (6 лет) Жалобы: стойкое повышение уровня трансаминаз и о. холестерина, боли в животе, неустойчивый стул. Стационарное лечение.
- При поступлении печень +7см., селезенка не пальпируется Повышение активности трансаминаз (АПТ/АСТ 70/58 ед/л), ГГТ 20 ед/л, КФК 116 ед/л, общ. холестерин 8 мм/л. ЛПНП-5,5 мкм/л, ТГ 0,62 мкм/л.

 УЗИ гепатомегалия, диффузные изменения паренхимы печени,
- спленомегалия, диффузные изменения ПЖ. ЭГДС бульбит, дуоденоеюнит.
- **Диагноз**: Синдром мальабсорбции (лактазная недостаточность). Целиакия? Стеатогепатит? Гиперлипопротеидемия 2A.

Лечение: урсофальк, мукофальк, креон, вит ДЗ, элькар, биафишенол.

Клинический пример 1 Илья К., 2004 г.р.



- **Октябрь 2019 г (15 лет)** консультация детского гастроэнтеролога в поликлинике. ОАК норма. **Б/х анализ**: АЛТ/АСТ 64/46 ед/л, холестерин 7,43 мм/л. Взяты пятна крови на ДЛКЛ: ЛКЛ 0,006 (норма 0,40-3,00 нМ/час/пятна).
- Консультация генетика: ДНК-диагностика обнаружена мутация NM 000235: c894G>A (p.Q298Q) в гомозиготном состоянии.
- Диагноз: Е75.5. Дефицит лизосомной кислой липазы: болезнь накопления эфиров холестерина.

Диагностический поиск составил 14 лет!



В диагностический поиск включались:

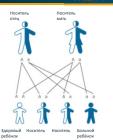
- нажбп
- Целиакия
- Лактазная недостаточность
- Гастродуоденит
- Гиперлипидемия 2А
- Наследственная гиперхолестеринемия

Только с 16 лет ребёнок начал получать патогенетическую терапию – ФЗТ себелипазой альфа (Канума)!

Дефицит лизосомной кислой липазы (ДЛКЛ) (Код МКБ-10: Е75.5. Другие нарушения накопления липидов)



- Редкое, хроническое, прогрессирующее заболевание, в основе которого лежит дефект гена LIPA, кодирующего лизосомную кислую липазу (ЛКЛ), что приводит к накоплению сложных эфиров холестерина и триглицеридов в различных органах и тканях^{1,2}
- аутосомно-рецессивный тип наследования
- 50%-60% пациентов имеют мутацию E8SJM (c.894G> A)4
- Между генотипом и фенотипом корреляций не выявлено, но c.894G>A чаще встречается у детей старшего возраста и взрослых (не младенцев).4

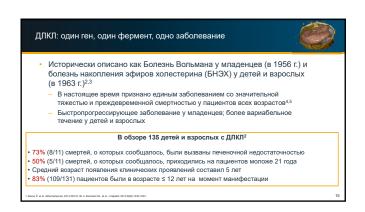


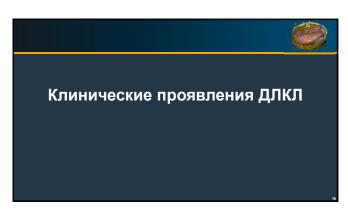
ДЛКЛ может быть недооценённым заболеванием¹ Точная распространённость ДЛКЛ неизвестна и изменчива в зависимости от этнической принадлежности и географического положения 1,2 В исследованиях сообщается о распространенности от 1:40,000, 1:130,000 до 1:300,000^{1,2} ency of the Cholesteryl Ester Storage Dise. ommon LIPA E8SJM Mutation (c.894G>A) in Various Racial and Ethnic Groups Ожидаемая частота встречаемости ДЛКЛ в России - 1:100 000⁴ Chalconryl one energy flavor (CSES) and Walson draws or encounted recent horsessest and sever infantile disorders, respectively, which result from the deletion on their of branched cells flavor (ASES) to be come 8 option (ASES) to be come contained materials associated with CSES to second 9 option (ased) on materials and the complex of the contained of the contained on the cont Генетическая распространённость известных на сегодняшний день мутаций гена ЛКЛ предсказывает более высокую заболеваемость, 1:300,000 чем фактически сообщаемая

Метаболизм липидов и ДЛКЛ

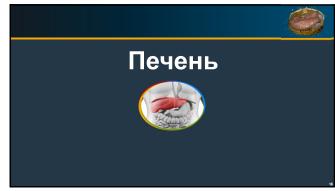




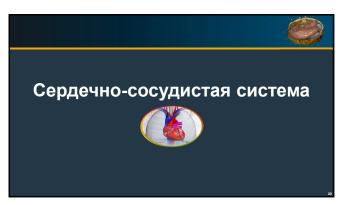


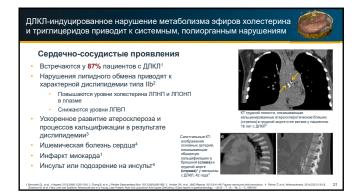


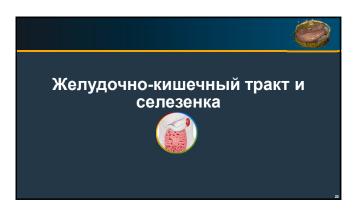






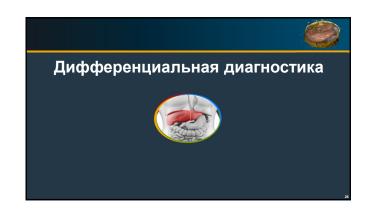


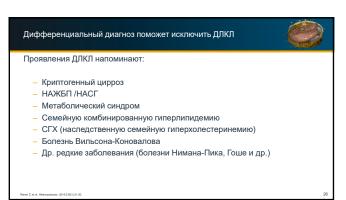




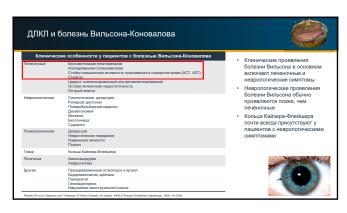


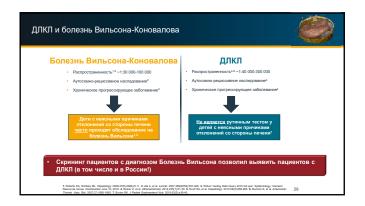




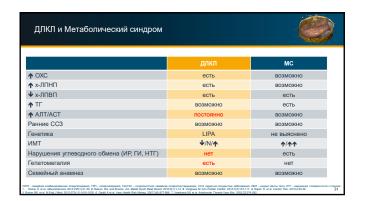








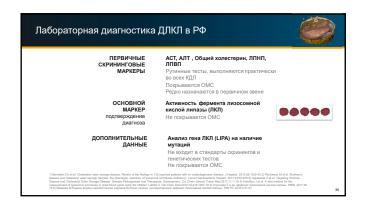




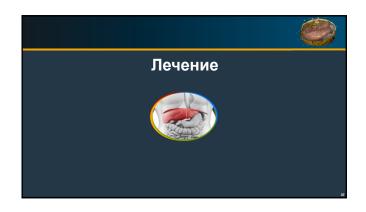












Этиопатогенетическое лечение:
Ферментозаместительная терапия

- Себилипаза альфа (КАНУМА)

- рекомбинантная человеческая лизосомная кислая липаза (рчЛКЛ)

- Замещает активность фермента ЛКЛ

- Снижает удельную долю жира в тканях печени и уровень трансаминаз

- Восстанавливает метаболизм ЭХ и ТГ в лизосомах

- Снижает уровень хлепНП и Х-ЛПСП, ТГ

- Повышает уровень холестерина липопротеинов высокой плотности (Х-ЛПВП)

- Улучшает рост и развитие в результате уменьшения накопления липидов в кише-нике

1 мг/кг в виде внутривенной инфузии 1 раз в 2 недели

Поддерживающая терапия не оказывает влияния на лежащие в основе ДЛКЛ патофизиологические механизмы^{1,2}



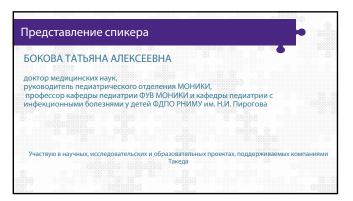
- Варианты поддерживающей терапии:
- Диета с низким содержанием жира³
- Статины и другие гиполипидемические препараты^{1,2}
- Трансплантация печени¹
- Трансплантация гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК)¹

Безопасность или эффективность применения поддерживающей терапии при ДЛКЛ не была доказана ни в одном достаточно контролируемом исследовании^{1,2}

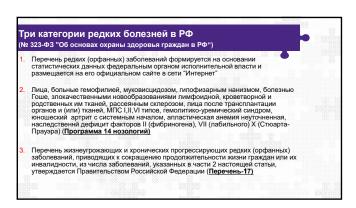
1. Reiner 2, et al. Athersocienzia 2014;25(1):21-0. 2. Rader DJ. WEng J Med. 2015;27(1):1971-1973. 3. Leons L, et al. J Padistr. 1985;27(1):509-510.

Chi anti-months D Managarante Production of Padistrian Computer Science Computer Comput





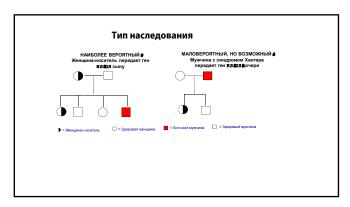
Орфанные заболевания Редкие (орфанные) болезни – это встречающиеся с определенной частотой жизнеугрожающие или хронические прогрессирующие заболевания, приводящие без лечения к смерти или пожизненной инвалидизации пациентов. Редкими (орфанными) заболеваниями являются заболевания, которые имеют распространенность не более 10 случаев заболевания на 100 000 населения (№ 323 – Ф3 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статья 44) В мире насчитывается более 7500 орфанных заболеваний







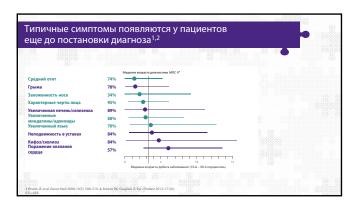
















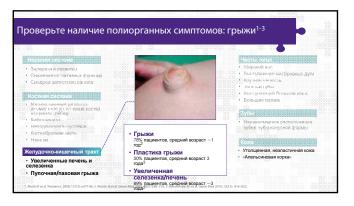






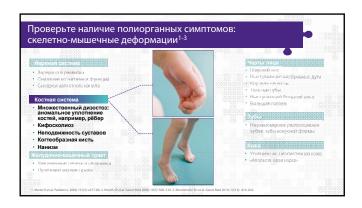








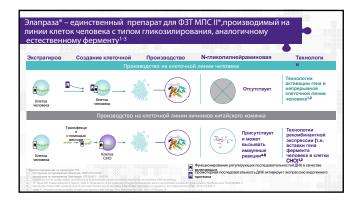


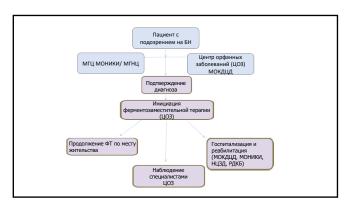












Клинический случай 1 Н., 1 г. 7 мес. Анамиез жизни. Ребенок от второй беременности (первая беременность окончилась выхидытием на раннем сроке), протекваний на фоне маловодия, типоксин плода, угрозы прерывания, отеков. Роцы срочные, самостоятельные. Вес при рождении 4040 г. рост 58 см. Перенесенные аболевания - 07ВИ 2 раза. С рождения — водинка оболочек янчек, в 5 мес — паховь-мощоночная трыжа, в 7 мес - кифов повеничного отдела повоночника. Вес 15 кг. Рост 93 см. Волосы жестене, тусклые, макростомия, макроглоссия, короткая шев, леткие черты таргонлимы, широкое пупочное кольно, кифов повеничного отдела позвоночника, киленециала деформания трудной клетки, Гипергрофия миндалии 2-3 ст. Живот увеничев в объеме, печена + 35 см. Неврологический статус: гиперактивен, быстро возбудим, говорит отдельные слова. Мышенная пинотония. Быстро потощается, ходит самостоятельно, леская атаксия. Направлен к генегику. Диагноз - МПС II типа (с-м Хантера)

Клинический случай 2 В., 02.08.2011 г.р. Анамиез жизни. Ребенок от 1 беременности (на фоне отеков в 3 триместре), 1 роды в срок, по Аптар 7/8 баллов, масса тела при рождении 2750, рост 48 см. Раннее моторное развитие с задержкой. До 2 лет – частые ОРВИ, разрушение зубов. В возрасте 3 лет мама стала отмечала вытеснение языка из ротовой полости, потерю навыков, выраженную задержку речевого развития. Наблюдался у пеихиатра с диатнозом: «Аутизм» (получена инвалидность). В январе 2017 г. консультирован генегином, заподозрен мукополисахаридоз. Выполнена энзимодиатностика, установлено снижение активности идуроватеульфатазы до 2,3 nmol/4h/ml (норма 297-705). Диатноз - МПС II тина (с-м Хантера)

«ВЕГЕТАТИВНО-СОСУДИСТАЯ ДИСТОНИЯ» И «АСТЕНИЯ» ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА

Пантелеева М.В.

д.м.н.

ст.научный сотрудник отделения неврологии, врач-невролог отделения педиатрии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского,

ФУНКЦИИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

- сохранение и поддержание гомеостаза, т.е удержание в пределах физиологической нормы температуры тела, АД, ЧСС, рН крови, биохимических показателей и т. д.
- мобилизация функциональных систем организма для адаптации к меняющимся условиям окружающей среды, т.е. функция вегетативного обеспечения.





МКБ 10

- ➤ G 90.8 Другие расстройства вегетативной (автономной) нервной системы.
- G 90.9 Расстройства вегетативной (автономной) нервной системы неуточненное.
- » F 45.3 Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы.





ПРОЯВЛЕНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

- головные боли 73,5% (головные боли напряжения (ГБН), мигрень, сочетание ГБН и мигрени)
- головокружение несистемного характера 45 3%
- ▶ чувство нехватки воздуха у 41,5%
- утомляемость, общая слабость, истощаемость, вялость, дневная сонливость - 71,7%.
- повышение среднего уровня тревожности (как реактивной, так и личностной)
- > снижения внимания и скорости реакции

Чутко Л.С. и соавт., 2018

ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ СИНДРОМА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ У ДЕТЕЙ

должны иметь многофункциональный подход и быть направлены на все возможные механизмы возникновения вегетативной дистонии или психовегетативного синдрома

стремиться к назначению наименьшего количества препаратов, поэтому преимуществом обладают средства с комплексным действием

избегать назначения детям и подросткам препаратов, снижающих когнитивные функции и дающих эффекты привыкания и отмены

ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ СИНДРОМА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ У ДЕТЕЙ

- соблюдение режима дня (чередовать умственные и физические нагрузки, регламентировать время использования гаджетов)
- Достаточная подолжительность сна (хроническое недосыпание служит причиной нарушений в работе нервной и эндокринной систем или может усугублять симптомы СВД)
- поддержание нормального психологического климата в семье ребенка и школе
- правильное питание
- занятия спортом (частой ошибкой является освобождение детей с СВД от занятий физкультурой, т.к. гиподинамия приводит к ухудшению состояния)
- ухудшению состояния) медикаментозная терапия включает витаминно-минеральные комплексы, нейрометаболические, ноотропные и сосудистые препараты, анксиолитики, а также симптоматические средства в зависимости от функциональных нарушений со стороны нервной системы и внутренних органов.

	Активный компонент	Деанола ацеглумат	
	ATX	No6BX Другие психостимуляторы и ноотропные препараты	
	Фармакотерапевтическа я группа	Ноотропное средство	
	Регуляторный статус	Отпускают по рецепту врача	
	Формы выпуска	Раствор для приема внутрь 200 мг/мл 100 мл	
	Способ применения и дозы	Дети (10-12 лет) - 0,5 – 1 г. (1/2 – 1 ч. л.) В сутки Дети от 12-и лет и старше - 1 – 2 г. (1 - 2 ч. л.) в сутки последний приём не позднее 4 часов до сна.	Нооклерин
	Зарегистрированные показания	Пограничные нервно – психические расстройства астенического и невротического характера, включая последствия черепно-мозговой травмы	Раствор для приема внутрь 200 мг/ил Диненна вцепува
	Возможность применения у детей	Детям с 10 лет	100 мл
	Дата регистрации	2009 Г	



- > действующее вещество препарата Нооклерин®деанола ацеалумат впервые синтезировано в 1966 году во Франции, где широко используется близкий аналог — препарат Акти-5.
- в Германии, также существует близкий аналог– Ризатарун.
- оба препарата французский Акти-5 и немецкий Ризатарун, содержат весьма значительное количество сахара (до 40%), что не обеспечивает необходимую стабильность препарата при хранении, и делает его практически невозможным в лечении больных, страдающих диабетом.
- в нашей стране деанола ацеглумат производится под торговым названием - Нооклерин® представляет собой водный раствор, где вместо сахара содержится ксилит или сорбит (что придает ему «кислый» привкус)

ДАННЫЕ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРЕПАРАТА НООКЛЕРИН® В ПЕДИАТРИИ			
Исследователь, место проведения, дата	Чутко Л.С., ФГБУН «Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой РАН», Санкт- Петербург, Россия, 2018	Заваденко Н.Н., Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, Москва, 2016 г.	Сухотина Н.К., ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития РФ, 2011
Пациенты	53 пациента 10-15 лет с диагнозом соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы	60 пациентов 9–16 лет, распределе с подтвержденным диагнозом головная боль напряжения (ГБН).	52 ребенка 7 -16 лет с различными проявлениями церебральной астении на фоне резидуальной органической недостаточности ЦНС
Длительность	60 дней	60 дней	30 дней
Методы обследования	- визуальная аналоговая шкала (ВАШ): интенсивность утомления - психофизиологический тест ТОVA: количественная оценка нарушений внимания	-дневник пациента: частота ,продолжительность , интенсивность ГБН -визуальная аналоговая шкала (ВАШ): интенсивность ГБН	- шкала тревожности Спилбергера – Ханина и Test anxiety scale for children: уровень реактивной и личностной тревожности

ДАННЫЕ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРЕПАРАТА НООКЛЕРИН® В ПЕДИАТРИИ

- Уменьшает утомляемость на 60 %
- Снижает выраженность нарушения внимания на 60%
- > Снижает число эпизодов головной боли на 45%
- Снижает продолжительность головной боли на 25%
- Снижает выраженность эмоциональной лабильности в 2 раза

Чутов I. С. и смат. Сендом вететательной досфункция у детей и подростива. Журнал невропогом и псиматрим. 2012: 14:34-49. Шенигова Е.И., Заваденно И.Н., Нестеровский Ю.Е. Исследование эффективности девигата ацептул 12(2): 26-32. Шенигова Е.И., Заваденно И.Н., нестроичения у детей и подростива. Вогором гражителогой перавтум. 2017; 12(2): 26-32. Шенигова Е.И., Заваденно И.Н., нестроиченой Ю.Е. Исследования фефективности деятельта ацептурата в профилательностий теровительностий. Заваденно И.Н. нестроичений Ю.Е. Исследования фефективности деятельна ацептурата в профилательностий.

Нооклерин® схема применения

Дети (10-12 лет) -0.5-1 г. (1/2 -1 ч. л.) в сутки Дети от 13-и лет -1-2 г. (1 -2 ч. л.) в сутки

Поспелний приём не позднее 4 часов до сна



1 мерная ложка 5 мл = 1 г активного вещества

Продолжительность курса лечения: 1,5-2 месяца 2-3 раза в год.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Астения (от греческого «а» - отсутствие, «stenos» - сила) в буквальном смысле обозначает «отсутствие сил», «бессилие») — неспецифический синдром, проявляющийся в виде патологической усталости, вялости, ощущения снижения энергии и работоспособности. Астения может сопровождать любые заболевания (соматические, психические) и при определенных обстоятельствах развиваться у здоровых людей

АСТЕНИЯ - следствие неправильного использования энергетических ресурсов

КЛАССИФИКАЦИЯ

І.Физиогенные

- 1. цереброгенная астения (поражение головного мозга травматического, сосудистого, инфекционного, интоксикационного генеза).
- 2. соматогенная астения.
- 3. церебросоматогенная астения.
- 4. адаптационная астения (астения негативной адаптации)

II. Психогенные

III. Мультифакториальные

(сочетанное воздействие физических и психологических факторов).

Б.И.Ласков и соавт. (198



КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

У 30% детей после перенесенной ОРВИ наблюдается постинфекционный астенический синдром

- > Мышечная слабость, гипотония
- > Снижение аппетита и малые прибавки массы тела, гипотрофия

- > Признаки вегетативной дисфункции
- > Нарушение функции сердца вплоть до миокардиопатии
- > Увеличение размеров печени и нарушение ее функции

ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ

Метаболические изменения, возникающие организме ребенка вследствие перенесенного заболевания, и нарушение ферментативной активности желудочного и кишечного соков, из-за сохраняющейся белково-энергетической недостаточности зачастую приводит к энергодефициту. Следовательно, применение витаминноминеральных комплексов следует вместе с препаратами проводить энерготропного действия или после их приема

Элькар®. Описание препарата и инструкция по применению		
ATX	A16AA01	
Фармакотерапевтическая группа	Метаболическое средство	
Регуляторный статус	Отпускают без рецепту врача	
Формы выпуска	Раствор для приема внутрь 300 мг/мл 100 мл во флаконах по 25, 50 и 100 мл	
Способ применения и дозы	Внутрь за 30 минут до еды, разбавляя жидкостью. Детям (0-3 х лет) дозу определяет врач. Детям от 3-6 лет в разовой дозе 5 капель 2-3 раза в день. Детям от 6-12 лет – 11-16 калель 2-3 раза в день. Курс лечения не менее 1 месяца	
Зарегистрированные показания	В период реабилитации после перенесен заболеваний и хирургических вмешательств, травм	
Возможность применения у детей	Детям с рождения	
Дата регистрации	2000 год	

Метаболические функции карнитина

> энергетическая

достигается посредством транспорта длинноцепочечных жирных кислот в форме ацилкарнитина через митохондриальную мембрану с целью дальнейшего β-окисления и образования АТФ.Окисление жирных кислот при участии L-карнитина дает до 75 % внутриклеточной энергии, и по количеству образующейся АТФ в 2 раза превосходит процесс окисления глюкозы

> усиливает процесс детоксикации

удаляет избыток уксусной и ряда органических кислот, а также ксенобиотики из клеток, предупреждая их гибель

> антиоксидантное действие

удаляет из клетки радикалы кислорода, способствует их нейтрализации внутри и снаружи клетки

> регулирует интенсивность

биоэнергетического

подавляет накопление в клетках лактата, увез работоспособность при интенсивных физических нагрузках.

Тактика назначения Элькар® детям

Максимальные возрастные дозы - при больших физических нагрузках

- тяжелых органических поражениях нервной
- болезнях энергетического обмена в экстремальных ситуациях

<u>Средние возрастные дозы</u> - в поддерживающих и профилактических целях

Минимальные возрастные дозы

на начальных этапах лечения

Для оптимизации терапии препаратами L-карнитина и получения направленных эффектов целесообразно использовать известное направленных эффектов целесоооразно ислользовать известнос влияние суточных биоритмов: для активации метаболических процессов и проявления энерготропного действия карнитина его назначают в первой половине дня для усиления трофотропных процессов – вечером (кл. Брем кар., 2005, Е. В. Неудком и др., 2007).







Почему врачи избыточно часто назначают АБТ при ИВДП?

- Неопределенность этиологического диагноза
- Ярко выраженные симптомы и боязнь осложнений, которые достаточно вероятны
- Отсутствие значимых различий ИВДП и других заболеваний (например, с респираторным аллергозом) Некоторые расхождения клинических рекомендаций
- Склонные к обращениям за медицинской помощью пациенты ожидают назначений АБТ и хотят ее получить
- Врачи назначают АБТ, чтобы оправдать ожидания пациентов, обычно придерживаются личных предпочтений и не всегда соблюдают клинические рекомендации

овтивателя н. ека. вым Ореп. дол эф. 17. (оружилог). Многие врами не задумываются о возможном развитии антибиотикорезистентности, в том числе у конкретного пациента.

Simpson SA et.al. J Antimicrob Chemother. 2007 Feb;59(2):292-6













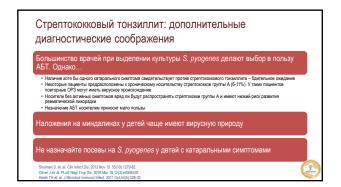












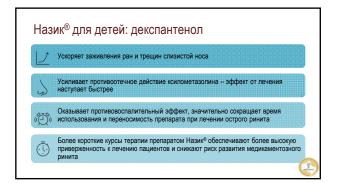


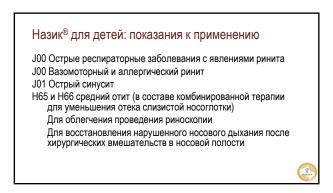










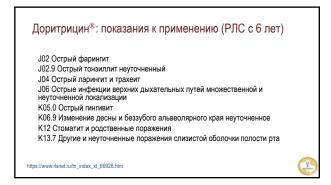










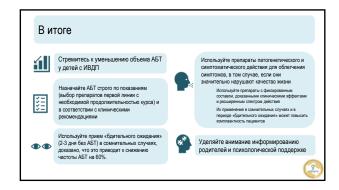




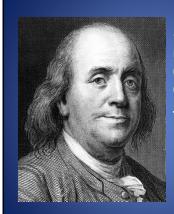
Доритрицин®: клинический и научный опыт

- Отвечающие требованиям GMP исследования продемонстрировати сокращение боли в горпе ремиссии в течение трех, рней, более быстрое выздоравление по сравнение от спящебо, возможность двукратного сокращения курса АБТ без рециравае бактериального тонаиллита в течение года.
- в течение года.
 Приверженность к лечению пациентов была высокой, что является мощным фактором достижения успеха взаимодействий врача и пациента и снижения частоты АБТ

- Куливая Л. А. Онат пеменосто привенния гренерам! Доступция учасення с ферматом. Певодственные преворам и рециональня ферматория. 2014; 1:31-35. Зорие О. А., Петрумен 14. К. Котаков. П.М. Печение афизикого стиватия у параготию. Периятическая ферматом. 2014;11:3. Месона Б. Р., Озако Т. В., Галивая Л. А. Очетвенное приченения эти образовати преворати остененого и песнето работим ат эти парагом. В преворати преворати остененого и печеного работим ат альтернатомы стратом теченого стурго полности у учетей и параголы. В проста разгичения пречим получения учетей и параголы. В проста разгичения пречим 2011;10:141—111.







«Лучший врач тот, который осознает бесполезность большинства лекарств»

> Бенджамин Франклин

РЕАЛЬНОСТЬ

- ♦ Объем медицинской и фармацевтической информации удваивается каждые 3 года!
- ♦ Стандарты МЗ РФ не все созданы и многие не обновляются (2004-2007г. и др.)
- ◆Протоколы, национальные руководства и рекомендации обновляются каждые 2-3 года

Доказательная медицина

Это добросовестное, точное и осмысленное использование лучших и достоверных результатов клинических исследований для выбора метода диагностики и лечения конкретного больного

Принципы доказательной медицины позволяют избежать большинства ошибок при оценке эффективности и безопасности методов диагностики и лечения

I. Проблема – субъективность исследователя

РАНДОМИЗАЦИЯ

Случайное распределение гарантирует, что группа получающих лечение и контрольная группа ОДИНАКОВЫ

Отсутствие рандомизации или ее неверное проведение приводят к переоценке эффекта в 2,5 раза, либо к его недооценке на 90%

R. Kunz, A. Oxman. BMJ 1998;317:1185-90







Антибактериальная терапия Не рекомендуется использование антибиотиков для лечения неосложненных ОРВИ и гриппа, в т.ч. если заболевание сопровождается в первые 10-14 дней болезни риносинуситом, конъюнктивитом, ларингитом, крупом, бронхитом, бронхообструктивным синдромом. Сила рекомендации 1; Уровень достоверности доказательств А

Соотношение риска и преимуществ	Методологическое качество имеющихся доказательств	Применение рекомендаций			
1 A Сильная рекомендация, основанная на доказательствах высокого качества					
Польза отчетливо превалирует над рисками и затратами, либо наоборот	Надежные непротиворечивые доказательства, основанные на неопровержимых доказательствах. Дальнейшие исследования вряд ли изменят уверенность в оценке соотношения пользы и риска.	Сильная рекомендация, которая может использоваться в большинстве случаев у преимущественного количества пациентов без изменений и исключений			



Рейтинговая оценка силы рекомендации Применение рекомендаций Методологическое риска и преимуществ качество имеющихся доказательств 2 C Слабая рекомендация, основанная на доказательствах низкого качества Очень слабая Неоднозначность Доказательства. основанные на рекомендация; в оценке соотношения обсервационных альтернативные подходы пользы, рисков и исследованиях, могут быть использованы осложнений. бессистемного в равной степени. клинического опыта или РКИ с существенными недостатками. Любая оценка эффекта расценивается как неопределенная.









Двойное слепое, плацебо-контролированное, мультицентровое клиническое исследование сиропа Бронхипрет

Эффективность и переносимость сиропа Бронхипрет в сравнении с плацебо у пациентов, страдающих острым бронхитом с продуктивным кашлем.

В исследовании принимали участие:
361 пациент с острым бронхитом, более 10 приступов кашля в течение дня.

Пациенты были рандомизированы на проведение 10-дневной терапии либо сироп Бронхипрем (N= 182), либо сироп плацебо (N = 179).

Кеммегісь В., Eberhardt E., Stammer И. Efficacy and Tolerability of a Fluid Extract Combination of Thyme Herb and lvy Leaves and Matched Placebo in Adults Suffering from Acute Bronchitis with Productive Cough. Arzneim.-Forsch/Drug Res. 56, No. 9,652-660 (2006)

Двойное слепое, плацебо-контролированное, мультицентровое клиническое исследование сиропа

Бронхипрет

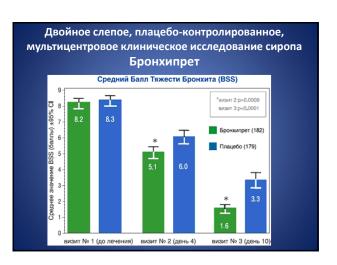
Эффективность и переносимость сиропа Бронхипрет в сравнении с плацебо у пациентов, страдающих острым бронхитом с продуктивным кашлем.

Эффективность терапии определялась путем подсчета приступов кашля пациентом в течение дня (с помощью карманного счетчика) и на основании:

❖ оценки исследователем симптомов острого бронхита

❖ определения Балла тяжести бронхита.

Кемтегіс В., Eberhardt E., Stammer И. Efficacy and Tolerability of a Fluid Extract Combination of Thyme Herb and Ivy Leaves and Matched Placebo in Adults Suffering from Acute Bronchitis with Productive Cough. Arzneim.-Forsch/Drug Res. 56, No. 9,652-660 (2006)





II. Проблема – оценка результата вмешательства









	Симптомы	Синупрет®	Гормональный спрей	
	Ринорея	92,8%	92%	
	Головная боль	86,9%	72,2%	
	Лицевая боль	100%	76,9%	
Никаких побочных в группе Синупрет форте, по сравнению с 10% в группе кортикостероидов (носовое кровотечение, зуд в носу).				

III. Проблема – количество пациентов

Как избежать ошибки • Достоверность и неслучайность полученных данных выше при большем количестве пациентов. • В одной больнице/институте невозможно наблюдать одновременно большое количество больных • Выход – МУЛЬТИцентровые исследования





А практическая медицина?

- Врачу не надо проводить сложные клинические испытания, ему нужно ЧИТАТЬ ИХ РЕЗУЛЬТАТЫ
- Результаты доказательных исследований не нужно принимать как обязательные к исполнению (за исключением случаев доказанного вреда!). Их нужно принимать к сведению и сопоставлять со своим опытом, контингентом больных и т.п.



Школа практикующего педиатра г. Сергиев Посад 15 мая 2021

Рациональная терапия аллергических заболеваний

Рычкова Татьяна Ивановна

к.м.н., доцент кафедры педиатрии ФГОУ ВО МГМСУ им.А.И.Евдокимова

Материал предоставлен в рамках осуществления научной/педагогической деятельности при поддер

MAT-RU-2101164-1.0-03/2021





Крапивница?
Острая
или
хроническая?



Острая крапивница или токсикоаллергическая реакция?





Актуальность

Аллергия - глобальная медико-социальная проблема

- Распространенность аллергических заболеваний 30-60% в мировой популяции ¹,
- Каждый третий житель планеты страдает аллергическим ринитом и каждый десятый бронхиальной астмой 1 .

По прогнозам ВОЗ, к 2050 году аллергическими заболеваниями будет поражена большая часть населения мира 2 .

1. Westeerg E. G. The WACI white book on alleray 2011-2012 (Current Altery & Clinical Immunology, -2011, - T. 24. - No. 3. - C. 156-157.

2. Ullacques E. C., Ropornous T. C. Peroporcipas-evochs anneprivenous zaffonsasses

Аллергические заболевания в России

- Распространенность от 17,5 до 30%
- Неуклонный рост аллергопатологии, особенно у детей
- Наиболее часто встречаются:

Аллергический ринит (10- 25% населения), аллергический конъюнктивит, бронхиальная астма, атопический дерматит и крапивница.

Ильныя Н.И. Алперлея – это междисциплинарная проблема. Только на стыке специальностей можно достичь успека в ее лечении // Эффективная фарманотералия. Алпергология в начинальностей можно достичь успека в ее лечении // Эффективная фарманотералия. Алпергология в

Причины роста аллергии

- Изменение питания
- Аллерготоксикология (**↑**Т° = **↑**пыльцы)
- Загрязнения (аэроаллергены: озон, двуокись азота и серы, дизельное топливо - повышают агрессивность пыльцы, развитие гиперреактивности бронхов)
- Новые аллергены (ГМО продукты, консерванты),
- Климат помещений (внутриквартирный образ жизни)
- Стресс как образ жизни и т.д.

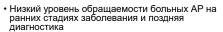
Ильина Н.И. Апперия. – это междикциплинарная проблема. Только на стыхе специальностей мскию достичь услежа в ее лечении // Эффективная фармакотералия. Аппертополия иминувология. № 7, 2012, с. 2–5.

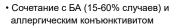






Проблемы ежедневной практики











МКБ-10

- J30 Вазомоторный и аллергический ринит
- Ј30.1 аллергический ринит, вызванный пыльцой растений
- Ј30.2 другие сезонные аллергические риниты /
- Ј30.3 другие аллергические риниты
- J30.4 аллергический ринит неуточненный.

Классификация

В зависимости от этиологии:

- Сезонный
- Круглогодичный (бытовой)
- Профессиональный

По характеру течения:



- Интермиттирующий АР симптомы беспокоят < 4 дней в неделю или < 4 недель в году
- Персистирующий АР > 4 дней в неделю или > 4 недель в году

• По тяжести течения:

• Лёгкая степень тяжести АР

(незначительные проявления болезни, не нарушена

дневная активность и сон);

• Средняя степень тяжести АР

(симптомы ринита препятствуют работе, учебе, занятиям спортом, нарушается сон);

• Тяжёлая степень тяжести АР

(значительно ухудшается качество жизни пациента, который в отсутствие терапии не может нормально работать, учиться, заниматься спортом; значительно нарушается ночной сон)

Российская Ассоциация Аппергологов и Клинических Имиучелогов (РААКИ). Клинические рекомендации по апперпическому риниту. Одобрены научным советсм МЗ РФ, 2020 (пересмот каждые 3 года).

По стадии заболевания:

- Обострения
- Ремиссии





важно:

Формулировка диагноза включает указание спектра аллергенов, к которым выявлена повышенная чувствительность



Российская Асохидация Аппергологов и Клинических Иммунологов (РААКИ). Клинические рекомендации по апперлическому риниту. Одобрены научным советом МЗ РФ, 2020(пересм

Критерии диагностики АР Жалобы и анамнез Обязательная: Передняя риноскопия Передняя риноманометрия; Эндоскопическое исследование полости носа и ОНП; Передняя риноманометрия; Эндоскопическое исследование полости носа ОАК (зозинофилия в период обострения)

- диагностика: секрета (увеличение эозиноф

 Аллергологическое

 Кожные пробы: Определение
- Цитологическое исследование назального секрета (увеличение эозинофилов до 10%)
 - Кожные пробы; Определение специфических IgE; Провокационные тесты

ссийская Ассоциация Аппергологов и Клинических Имиунологов (РААКИ). Клинические рекомендации по апперлическому риниту. Одобрены научным советом МЗ РФ, 2020 (пересмот

Медикаментозная терапия

- Рекомендуется назначение антигистаминных средств системного действия без седативного эффекта (последнего поколения) с целью уменьшения зуда в полости носа, чихания, ринореи, заложенности носа
- Уровень убедительных рекомендаций А, уровень достоверности доказательств -1)
- КОММЕНТАРИЙ:

mailed B = 1)

Российская Ассоциация Аппертологов и Клинических Иммунологов (РААКИ). Клинические рекомендации по аппертическому риниту. Одобрены научным советом МЗ РФ, 2020 (пересы аждые 3 года).

Комментарий: рекомендованные свойства антигистаминных средств

- 1) Селективное воздействие на Н1-рецепторы
- 2) Быстрый клинический эффект

обследование:

- 3) Эффективность 24 часа и больше
- 4) Отсутствие тахифилаксии (привыкания)
- 5) Высокий уровень бесопасности (доказанный у маленьких детей и пожилых)
- 6) Отсутствие седативного эффекта
- 7) Отсутствие значимого взаимодействия с пищей
- 8) Не должны являться субстратом транспортных белков
- 9) Отсутствие взаимодействия с системой цитохромов Р4503А
- 10) Отсутствие кардиотоксичности

Российская Ассоциация Аппертопогов и Клинических Имиунопогов (РААКИ). Клинические рекомендации по аппертическому риниту. Одобрены научым советом МЗ РФ, 2020 (пересмотр каждые 3 года).

COVID-19 vs поллиноз?

Поллиноз ¹

- Одинаковые симптомы каждый год
- Зуд, гиперемия глаз, слезотечение, чихание, ринорея, заложенность носа
- Эффект от антигистаминов

COVID-19²

- Лихорадка
- Недомогание
- Аносмия
- Миалгия
- Сухой кашель
- Диарея

Российская Ассоциация Аппертолого и Кличических Имиуческого (РААБИ), Кличические рекомендации по апперяческиму риниту. Одобрены научным советом МЗ РФ, 202 (пересмотр макрая 3 год.)
 ВМ РЕКОМЕНДАЦИИ. Профилантика, диагностика и печение некой коронавирусной инфекции (COVID-19) //Моская: Министерство адравокаранныя Российской Федерации.



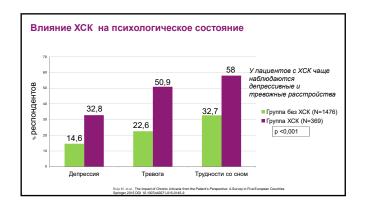


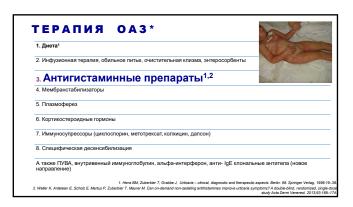














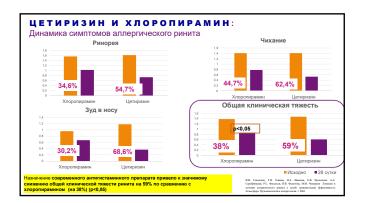
Медикаментозная терапия аллергического ринита

- Не рекомендуется пациентам с AP назначать AГ препараты системного действия с седативным эффектом (первого поколения) с учетом наличия у них выраженных побочных эффектов
- Уровень убедительности рекомендаций С
- Уровень достоверности доказательств 5

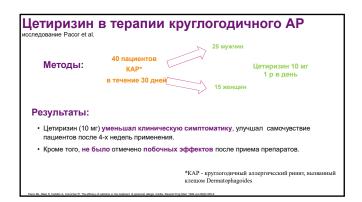
Российская Ассоциация Алпертопогов и Клинических Имиунопогов (РААКИ). Клинические рекомендации по апперпическому риниту. Одобрены научным советом МЗ РФ, 2020

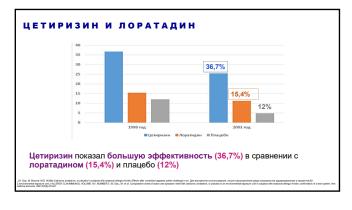


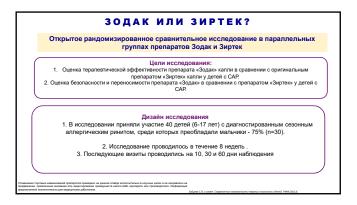
























Заключение

- Ранние симптомы COVID-19 и могут быть сходны с симптомами AP
- Цетиризин препарат первой линии терапии AP и крапивницы 6 месяцев жизни
- Цетиризин единственный АГ препарат ІІ поколения в форме капель

Школа практикующего педиатра г. Сергиев Посад 15 мая 2021

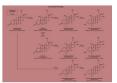
Топические глюкокортикостероиды в практике педиатра

Рычкова Татьяна Ивановна к.м.н., доцент Кафедра педиатрии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И.Евдокимова

Что такое глюкокортикоиды и как они действуют?

- ГКС стероидные гормоны, продуцируемые корой надпочечников.
- Глюкокортикоиды оказывают
- противовоспалительное,
- противоаллергическое,
- противошоковое,
- иммуноподавляющее
- противозудное действие.





Противовоспалительный механизм действия ГКС

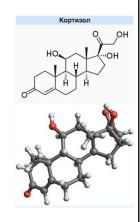
- Тормозят активность различных разрушающих ткани ферментов — протеаз и нуклеаз, матриксных металлопротеиназ, гиалуронидазы, фосфолипазу А2 и другие,
- Тормозят синтез простагландинов, кининов, лейкотриенов и других медиаторов воспаления из арахидоновой кислоты.

Противовоспалительный механизм действия ГКС

- Понижают проницаемость тканевых барьеров и стенок сосудов, тормозят экссудацию в очаг воспаления жидкости и белка, миграцию лейкоцитов в очаг (хемотаксис) и пролиферацию соединительной ткани в очаге,
- Стабилизируют клеточные мембраны,
- Тормозят перекисное окисление липидов, образование в очаге воспаления свободных радикалов и многие другие процессы, играющие роль в осуществлении воспаления.

ГКС назначаются для подавления воспалительной и иммунологической активности заболевания, для предотвращения прогрессирования заболевания, развития осложнений.

• Основным и наиболее активным естественным глюкокортикоидом человека является кортизол

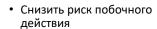


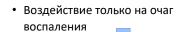
Осложнения **системных** ГКС при **длительном** применении

- обострение или возникновение язвенной болезни желудка или/и двенадцатиперстной кишки
- повышение риска возникновения или повторного появления грибковых, вирусных и бактериальных инфекций
- ослабление иммунитета, замедление заживления ран
- диабет
- развитие отеков
- остеопороз
- стрии, акне
- нарушение секреции половых гормонов
- повышение артериального давления
- повышение риска тромбообразования
- катаракта, глаукомы
- психические нарушения
- нарушение роста у детей

nczd.ru/gljukokortikoidy/ ru.wikipedia.org/wikiГлюнокортинонды

Проблемы





ИГКС при БА Топические ГКС в дерматологии

Местные ГКС

- Успешно применяются со времени открытия гидрокортизона в 1950 г.
- являются «золотым стандартом» противовоспалительной наружной терапии
- являются препаратами выбора для лечения обострений различных видов дерматита у детей и взрослых

Ruzicka T. Methylprednisolone aceponate in eczema and other inflammatory skin disorders — a clinical update. Int J Clin Pract. 2006;60(1):85-92. d



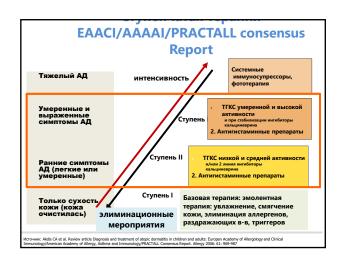




Местные ГКС

- **-** средства **первой линии**
- для лечения обострений атопического дерматита, а также препараты стартовой терапии при среднетяжелой и тяжелой формах заболевания.

(Сила рекомендации 1; уровень достоверности доказательств – A).



Общие рекомендации по использованию МГК у детей

- При тяжелых обострениях и локализации патологических кожных очагов на туловище и конечностях лечение начинают с МГК III класса
- Назначение коротких курсов (3 дня) сильнодействующих МГК у детей столь же эффективно, как и длительное применение (7 дней) слабых МГК
- Не следует применять МГК IV класса у детей до 14

Атопический дерматит у детей, Клинические рекомендации 2020год

КЛАССИФИКАЦИЯ И ПРАВИЛА ПРИМЕНЕНИЯ МЕСТНЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ

 Согласно Европейской классификации, выделяют четыре класса активности местных ГКС

Класс (степень активности)	Международное непатентованное название
IV (очень сильные)	Клобетазол (код АТХ D07AD01) 0,05% крем, мазь
III (сильные)	Бетаметазон (бетаметазона ваперат, бетаметазона дипропионат, код ATX D07AC01) 0,1% крем и мазъ, 0,5% крем, рамульствот (гидрокортизон (гидрокортизона бутират, код ATX D07BB04, D07AB02) 0,1% мазъ, крем, эмульсия раствор Метилпрединзолона ацепонат (код ATX D07AC14) 0,1% жирная мазъ, мазъ, крем, эмульсия Мометазон (мометазона фуроат, код ATX D07AC13) 0,1% мазъ, крем, раствор Триамцинолона ацетонид (код ATX D07AC04) 0,025% мазъ, крем, гель, линимент Флутиказон (флутиказона пропионат, код ATX D07AC04) 0,05% мазъ, D07AC019, 0,05% мазъ, и 0,05% крем в 0,05% крем ротость и 0,05% крем в 0,05% крем
II (средней силы)	Алклометазон (алклометазона дипропионат, код ATX D07AB10) 0,05% мазь, крем
I (слабые)	Гидрокортизон (Гидрокортизона ацетат, код ATX D07AA02) 0,5%, 1% мазь Преднизолон (код ATX D07AA03) 0,5% мазь

АФО кожи у детей

- эпидермис и все слои кожи детей раннего возраста значительно тоньше, чем у подростков и взрослых,
- липидный барьер сформирован недостаточно, имеется обильная васкуляризация дермы и большее соотношение площади кожи к массе тела.
- Абсорбция местных ГКС выше в областях с тонким эпидермисом, а также на участках с аллергическим воспалением.
- У младенцев и детей раннего возраста наружное средство проникает через роговой слой кожи быстрее, в большей концентрации и на большую глубину, чем у подростков

Намазова-Баранова Л.С., Баранов А.А., Кубанова А.А., и до. Атолический дерматит у детей: современные клинические рекомендации по диагностике и тералии // Вопроси современные периатрии. — 2016. — Т. 15. — № 3. — С. 279—294.

медицина. — 2014. — № 9. — С. 94-102.
Левина Ю.Т., Алексева А. А., Вишнева Е.А., и др. Особенности наружной терапии атолического дерматита у детей: роль метилпреднизолона ацепоната // Педиатрическая

При нарушении правил применения

- повышается риск развития атрофии кожи; стрий, телеангиэктазий.
- не следует наносить местные ГКС на обширную поверхность кожи
- Не следует применять галогенизированные препараты на чувствительные участки кожи (лицо, шея, складки),
- нежелательно также их непрерывное (более 2 нед подряд) использование у детей
- Использование местных ГКС IV класса у детей в возрасте до 14 лет связано с высоким риском развития системных побочных реакций, таких как задержка роста, артериальная гипертензия, подавление функции коры надпочечников

Аплергология и иммеунология (Клинические рекоменда- ции для педиатров). / Под ред. А.А. Баранова, Р.М. Хаитова. 3-е изд., испр. и доп. — М.: Союз педиатров России, 2011. 256 Miller IA, Munro DD. Topical Corticosteroids: clinical pharmacology and therapeutic use. Drugs. 1980;19(2):119-134

Важно!

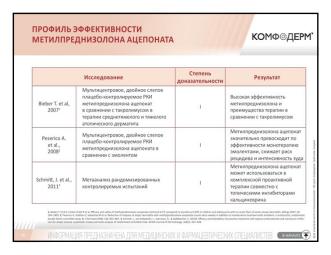
• БЕЗОПАСНОСТЬ



Возраст применения местных ГКС у детей 0,1% мазь, крем, эмульсия, раствор D07BB04 1-3 р/дн D07AC14 0,1% жирная мазь, мазь, крем, 0,1% мазь, крем, Мометазон^а D07AC13 1 р/дн (раствор 1-3 а фуроат раствор р/дн) 2-3 р/дн D07AB09 0,1% мазь триамци ацетонид 0,025% Мазь, крем, гель: с 2 лет Линимент с 1 D07AC04 года Крем с 1 года Мазь с 6 мес 0.005% мазь D07AC17 Флутиказон 0,05% крем пропионат D07AB10 0,05% мазь, крем С 6 мес 2-3 р/дн Алклометазон







При применении метилпреднизолона ацепоната наружно в эффективной дозировке системное воздействие минимально.
 После многократного нанесения препарата на большие поверхности (40–60% поверхности кожи), а также при применении под окклюзионную повязку не отмечается нарушений функций надпочечников
 Это происходит поскольку активное вещество быстро связывается в системном кровотоке с глюкуроновой кислотой и инактивируется.

Annepronories и мимунистопия (Клинические рекоменция: чел дил издароссии, 2011. 256 с Miller JA, Munro DO. Topical Corticosterolds: clinical pharmacology and therapeutic use. Drugs. 1980,19(2):119–134





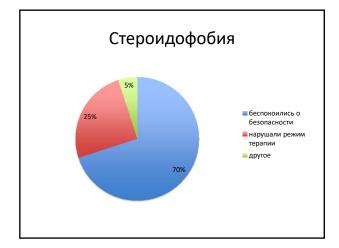




СТЕРОИДОФОБИЯ. Последствия

• Из-за страха побочных эффектов вместо местных ГКС в течение длительного времени используются различные эмоленты или негормональные препараты без положительного эффекта, курс терапии местными ГКС прерывается преждевременно, что приводит к обострению и/или тяжелому течению заболевания, присоединению вторичной инфекции.

Cork MJ, Britton J, Butler L, et al. Comparison of parent knowledge herapy utilization and severity of atopic eczema before and after explanation and demonstration of topical therapies by a specialist dermatology nurse. Br J Dermatol. 2003;149(3): 582-589.





Решение проблемы

- Педиатрам для снижения собственной стероидофобии необходимо знать особенности строения кожи ребенка, механизмы действия, фармакокинетику и возможные при чины возникновения побочных эффектов при использовании местных ГКС.
- При выявлении стероидофобии у родителей пациентов следует проводить разъяснительную работу с целью повышения приверженности терапии
- Соблюдение режима и правил применения местных ГКС повышает эффективность и безопасность терапии

Левина Ю.Г., Намазова-Баранова Л.С., 2, Эфендиева К.Е., Алексеева А.А., Вишиёва Е.А., Калугина В.Г., Аримова П.С. Применение местных глюкокортикостероидов

Могут ли пробиотики влиять на контроль симптомов атопического дерматита?

Доказательная база

•Пробиотики модулируют микробиом кишечника и иммунный статус путем улучшения барьерной функции кишечника, причем именно эти эффекты обеспечивают снижение выраженности аллергических проявлений и тяжести АД

РКИ с 2003 года: журнал The Lancet. 159 беременных женщин с атопией в анамнезе

- получали L. rhamnosus GG или плацебо в течение 2–4 недель до родов .
- В последующие 6 месяцев кормящие грудью матери (при естественном вскармливании) или непосредственно дети (при искусственном вскармливании) продолжали получать L. rhamnosus GG или плацебо.
- При обследовании детей в возрасте 2 лет частота возникновения атопической экземы составляла 23% у детей, получавших пробиотик, по сравнению с 46% в группе плацебо (ОР = 0,51, p = 0,0008).
- через 4 года от начала исследования (частота развития атопической экземы 26% и 46% соответственно).

Kalliomaki M., Salminen S., Poussa T., et al. Probiotics and prevention of atopic disease: 4-year follow-up of a randomise placebo-controlled trial. Lancet. 2003; 361(9372):1869-1871. DOI: 10.1016/S0140-6736(03)13490.

Вывод:

• Пробиотики

не уменьшают выраженность сенсибилизации организма к пищевым аллергенам,

но способствуют тому, что сенсибилизация не проявляется клинически.

Kalliomaki M., Salminen S., Poussa T., et al. Probiotics and prevention of atopic disease: 4-year follow-up of a randomised placebo-controlled trial. Lancet. 2003;361(9372):1869-1871. DOI: 10.1016/S0140-6736(03)13490-3



проведено несколько метаанализов, посвященных оценке профилактической и лечебной эффективности различных пробиотических штаммов при атопических заболеваниях

В настоящее время









Школа практикующего педиатра г. Сергиев Посад 15 мая 2021

Дефицит магния.

Рычкова Татьяна Ивановна к.м.н., доцент Кафедра педиатрии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И.Евдокимова

Материал подготовлен в рамках осуществления научной/педагогической деятельности при поддержке компании Сан

Рассматриваемые вопросы

- Клинические аспекты
- доказательная медицина
- стандарты терапии

Весна... Проблемы в зависимости от возраста?

- Судорожная готовность
- Судороги
- Проблемы адаптации
- Астенические состояния
- Нарушение вегетативной регуляции работы внутренних органов, сосудов

Из личной практики доц. Рычковой Т.И.

заболевания ЦНС



Детям с СВД как в сочетании с функциональной кардиопатией, так и без неё показаны препараты калия и кальция при слабости парасимпатического отдела (симпатикотонии) - препараты калия и магния при снижении тонуса симпатикуса (ваготония) — ...витамин В6, при симпатикотонии — витамины В1, Е.

Недостаточность магния

- одно из наиболее распространенных дефицитных состояний человека.
- Гипомагнезиемия:
- в общей популяции 14,5 %,
- субоптимальный уровень магния у 33,7 %
- Данные 2020 года низкие уровни концентрации магния в сыворотке крови были установлены у 47,8% пациентов, обратившихся в многопрофильные лечебные учреждения.
- у пациентов ОИТР 60-65%

Громова О.А., Гоголева И.В., Применение магния в зеркале доказательной медицины, 2007, 2020

- проведен скрининг 2000 пациентов, поступивших в медицинские учреждения из 6 регионов России.
- В ходе скрининга изучен весь комплекс взаимодействий между уровнями магния в плазме крови и в эритроцитах со 187 параметрами пациентов

Недостаточность магния - достоверный фактор риска коморбидных состояний

Громова О.А. И др Недостаточность магния - достоверный фактор риска коморбидных состояний, 2020)

Магний



- Содержание в организме человека 23-30г
- Представлен в геноме человека (не менее 290 генов и 600 белков, связывающих Mg²⁺ как кофактор)
- $90\% \ \text{Mg}^{2+}$ внутри клеток в форме \mbox{Mg}^{2+} АТФазы
- 53% Mg²⁺ костная ткань, дентин, эмаль зубов
- 20% Mg²⁺ мозг, сердце, мышцы, надпочечники, печень
- 10% Mg²⁺ вне клеток

• 10 /0 Fig Bric Kriefok

Дефицит магния

первичный (генетически обусловленный)

- - генетические дефекты 602014, 9g22.2, HOMG, HSH, HMGX.p
- чаще встречается в популяции больных с почечной патологией, в районах с традиционно высоким потреблением поваренной соли
- Патологические гены, приводящие к старту сользависимой формы АГ

(1q23.-1q32, 2q23.2, 5q31.1-5qter, 7q21-22, 8q22, 1p, 2p13-2p16, 7q, 15q25.1-15q26.1, 17q и т. д.),

активируются гипомагниевой и гипернатриевой диетой

1083 О.А., Гоголева И.В., Применение магния в зеркале доказательной медицины. Тоудный пациент, 2007

Дефицит магния • Вторичный - алиментарный, ятрогенный

Результаты исследования недостаточность магния соответствует достоверному повышению риска: «Е66.3 Избыточный вес» «G47.8 Нарушения сна», «R56.8 Судороги», «H52 Миопия», оптимальный уровень оптимальный уровень магния плазмы крови, соответствующий минимальному риску исследованных диагнозов, «Н52 Миопия», «І63.0 Ишемический инфаркт «I10 Эссенциальная первичная лежит в диапазоне «I34.1 Пролапс митрального кпапана» 0.80-0.85 ммоль/л. «F43.0 Острая реакция на стресс», «120.0 Нестабильная стенокардия», «N94.3 Предменструальный «Е11.7 Е11.8 Инсулин-независимый сахарный диабет», сахарный диаоет», «I47.9 Пароксизмальная тахикардия неуточненная» и ряда других.

Результаты исследования являются убедительным основанием в пользу использования лекарственных средств, содержащих органические соли магния, для восполнения и предупреждения его дефицита.

• Уровень магния в плазме ниже 0,80 ммоль/л соответствуют статистически значимому повышению риска вышеперечисленных патологий Низким уровням магния соответствует выраженный дефицит пиридоксина (коэффициент корреляции г=-0.53).



Стресс

Защитная реакция организма на *любую* нестандартную ситуацию

Адаптация – это физиологические и психологические приспособительные реакции организма к меняющимся условиям существования

Критические периоды – 3-4 года, 7-8 лет, пубертат

Е.С. Акарачкова, С.В. Вершинина, О.В. Котова, И.В. Рябоконь Стресс у детей и подростков: причины и поспедствия, лечение и профилантик

Наиболее частые причины для адаптации

- Возвращение на работу после отпуска
- Начало учебы в школе после каникул или длительного отсутствия
- Начало посещения ДДУ



Классификация адаптации



Функциональные нарушения ЦНС (отклонения в поведении и соматовегетативные отклонения)

Снижение резистентности (острые повторные заболевания и соматовегетативные отклонения)

Смешанный тип



Акарачкова Е.С. и соавт. Стресс и расстройства адаптации. Лечащий врач. 2014;6

При дистрессе нарушается функциональное взаимодействие между нервной и иммунной системой

Реакция на стресс реализуется нервной и эндокринной системами. В частности, происходит выброс стероидных гормонов коры надпочечников, в том числе кортизола.

- хронический стресс приводит к продолжительному подъему уровня кортизола,
- дисбалансу клеточного звена иммунной системы,
- опустошению клеточных депо
- снижению продукции интерферонов
- В неврологическом статусе: астенизация, панические атаки, нарушение поведения, снижение памяти
- КЛИНИКА СХОДНА С ДЕФИЦИТОМ МАГНИЯ

О.А. Громова и совет. Дефицит магния как проблема стресса и дезадаптации у детей. 2012









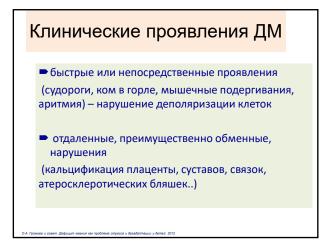


Недостаток магния снижает активность не ингибируется активность NMDAаденилатциклаз. увеличивая секрецию рецепторов катехоламинов (глутаматных рецепторов) - приводит **Не активируется** фермент **КОМТ**, к гипервозбудимости нервных путей и отвечающий за гиперактивности естественное разрушение катехоламинов повреждение клеток глии и (адреналина, нейронов префронтальной норадреналина) коры, миндалины, гипокампа и их связей с нижележащими приводит к накоплению структурами - таламусом, катехоламинов. гипоталамусом, гипофизом, ретикулярной формации









Метаанализ по применению препаратов магния в акушерско-гинекологической практике

• Было проведено 47 кохрановских метаанализов (2000—2011), суммарно включивших более 27 900 человек

• Признается хорошо доказанным фактом эффективность применения лактата магния или цитрата магния при судорогах икроножных мышц у беременных.

• В обзоре подчеркивается высокая безопасность применения лактата и цитрата магния у беременных.

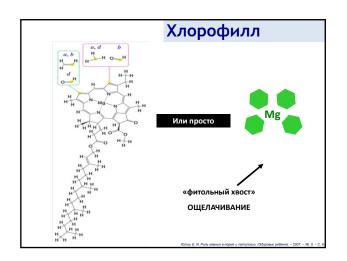


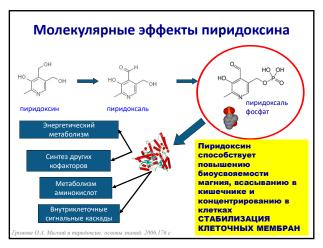
Поступление цитрата магния в организм

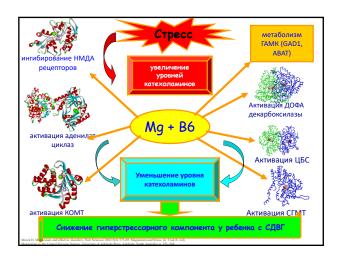
• Сравнение реального поступления магния в организм оценивали по тесту с магниевой нагрузкой — цитратом магния и оксидом магния Биодоступность цитрата магния в 37 раз выше, чем оксида магния

— Lindberg J.S, Zobitz M.M, Poindexter J.R, Pak C.Y. Magnesium bioavailability from magnesium citrate and magnesium oxide. Journal of the American College of Natriton. 1990;917:40-55.

















Преимущества выбора оригинальных препаратов магния ФЗ ОБ ОБРАЩЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ (п. 12.3 введен Федеральным законом от 22.12.2014 N 429-ФЗ) Взаимозаменяемый лекарственный препарат - лекарственный препарат с доказанной терапевтической эквивалентностью или биозквивалентностью отношении референтного лекарственного препарата, имеющий эквивалентностью или биозквивалентностью или биозквивалентностью о или биозквивалентностью о или биозквивалентностью или биозквивалентностью или биозквивалентностью или биозквивалентностью или биозквивалентностью или биозквивалентные ем укачественный оформу и способ введения Различия в терапевтической эффективности оригинатора и дженерика могут быть обусловлены составом вспомогательных веществ, т.к. они могут влиять на: - Скорость продвижения по ЖКТ - Всасывание - Растворимость, стабильность активной субстанции in vivo - В ряде исследований доказана связь между отсутствием ответа пациента на терапию и составом вспомогательных веществ дженерика 12.3 - Влияние вспомогательных веществ особено актуально для чувствительных к ним пациентов. 4



Заключение

- Недостаточность и дефицит магния распространенная проблема в популяции
- С точки зрения доказательной медицины цитрат и пидолат магния наиболее эффективные препараты для лечения и профилактики клинических проявлений дефицита магния
- Уровень магния менее 0,8 ммоль.л в сыворотке крови является фактором риска различных заболеваний и требует медикаментозной коррекции

Личное мнение Доц. Рычковой Т.И



спонсоры

















информационная поддержка











+7 499 130 25 20 info@eventumc.com eventumc.com