

СУЧАСНА ТАКТИКА ПРИ ГОСТРОМУ СЕРЕДНЬОМУ ОТИТІ У ДІТЕЙ

А.Л. Косаковський, Ф.Б. Юрочко

Робоча група МОЗ України щодо протоколів у дитячій оториноларингології

Резюме. Наведено класифікацію та сучасні принципи діагностики і лікування середніх отитів у дітей.

Ключові слова: діти, гострий середній отит, діагностика, лікування.

Гострий середній отит (ГСО) є одним із найчастіших захворювань у дитячому віці та одним із найчастіших показань для призначення антибіотиків. Метою вдосконалення клінічних протоколів є запровадження даних сучасних досліджень у практику та зменшення надмірного використання антибіотиків, яке нині переважає у лікуванні ГСО.

Основою діагностики та вибору лікування залишається клінічний досвід лікаря та індивідуальний підхід до пацієнта. Настави мають рекомендаційний характер і не можуть бути обов'язковими для виконання. Мета запровадження цих рекомендацій – допомогти практичному лікарю у виборі оптимальної тактики лікування, шляхів профілактики рецидивів і ускладнень та запобігти розвитку хронічного середнього отиту.

Визначення. Гострий гнійний середній отит (шифр за МКХ-10 H66.0), гострий середній отит (шифр за МКХ-10 H65.0) – це запалення слизової оболонки всіх порожнин середнього вуха, але передусім слизової оболонки барабанної порожнини.

Для кращого вибору тактики лікування запроваджено диференціацію середніх отитів: за тривалістю, видом перебігу, тяжкістю перебігу та впевненістю лікаря у діагнозі. Останнє особливо стосується дітей першого року життя (табл. 1).

Елементи етіології

Причиною ГСО є бактеріальна, вірусна або вірусно-бактеріальна інфекція на фоні зниження імунологічної реактивності організму. Найчастіше ГСО виникають як ускладнення гострої респіраторної вірусної інфекції (ГРВІ), при цьому важливе значення має вид збудника та його вірулентність. Вірусна інфекція має значення на початку захворювання, потім основну роль відіграє бактеріальна флора.

Нерідко причиною середніх отитів є бактеріальні інфекції приносних пазух (синусит), що потребує ретельної діагностики та включення до тактики лікування дитини препаратів проти синуситу.

Найчастіше інфекція проникає в середнє вухо ринотубарним шляхом. Розрізняють також травматичний середній отит, який виник унаслідок травми барабанної перетинки.

Діагностичні критерії ГСО

Для діагнозу ГСО у дитини необхідна обов'язкова наявність усіх 4 діагностичних критеріїв:

1) наявність випоту в середньому вусі – 1 отоскопічний симптом або більше (видимий випіт/рідина, зміни світлового рефлексу, тьмяність барабанної перетинки (БП), випинання БП) або ж тимпанометричні ознаки (наявність випоту, виявленого на імпедансній тимпанометрії);

2) + запалення БП (принаймні середньої важкості або виражене);

3) + 1 або більше специфічних симптомів (отальгія, зниження слуху, перфорація БП);

4) + 1 або більше неспецифічних симптомів (гарячка, дратівливість, зниження апетиту, сонливість, блювання, пронос).

Диференціальна діагностика ГСО

У диференціальній діагностиці ГСО враховують хронічний середній отит, секреторний отит, мірингіт, зовнішній отит, іррадіюючі отальгії (Юрочко, 2011). Також слід врахувати можливість ускладнень ГСО (наприклад, отомієліт, мастоїдит).

Лікування гострих середніх отитів

Враховуючи високу частоту самоодужання при ГСО, слід запроваджувати в клінічну практику тактику уважного спостереження. Ця тактика полягає у призначенні симптоматичного лікування та ретельному моніторингу

Таблиця 1

Класифікація середніх отитів (Pichichero, 2000; American Academy of Pediatrics, American Academy of Family Physicians, 2004; Косяков, 2004)

Критерії диференціації	Термін	Визначення
Тривалість і тип перебігу	Гострий середній отит	Гостра бактеріальна інфекція середнього вуха
	Рецидивний середній отит	Три або більше епізодів ГСО протягом 6 місяців або 4 чи більше епізодів ГСО протягом 12-місячного періоду
	Персистуючий (підгострий) середній отит	Тривалість ознак середнього отиту 1 місяць або більше після 1–2 курсів антимікробного лікування
Тяжкість перебігу	Тяжкий ГСО	Помірна/тяжка отальгія та/або температура понад як 39 С
	Нетяжкий ГСО	Легка отальгія та температура тіла менше 39 С
Впевненість у діагнозі	Певний діагноз ГСО	Обов'язкова наявність одночасно трьох ознак: гострий початок + ознаки наявності секрету в середньому вусі + ознаки запалення в середньому вусі
	Непевний діагноз ГСО	Одночасно всі три ознаки ГСО відсутні, але наявні дві з них (гострий початок + ознаки наявності секрету в середньому вусі + ознаки запалення в середньому вусі)

Таблиця 2

Вибір тактики лікування ГСО у дітей (American Academy of Pediatrics, American Academy of Family Physicians, 2004)

Вік хворого	Певний діагноз ГСО	Непевний діагноз ГСО
Діти до 6 місяців	Антибактеріальна терапія	Антибактеріальна терапія
Вік 6 місяців – 2 роки	Антибактеріальна терапія	Антибактеріальна терапія при тяжкому перебігу Тактика уважного спостереження при нетяжкому перебігу
Вік 2 роки або більше	Антибактеріальна терапія при тяжкому перебігу Тактика уважного спостереження при нетяжкому перебігу	Тактика уважного спостереження

Таблиця 3

Вибір антибіотика при ГСО у дітей (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2003; American Academy of Pediatrics, American Academy of Family Physicians, 2004; Баранов А.А. и др., 2007; МОЗ України, 2005; Pichichero, 2000; Dowell et al., 1999; Юрочко, 2010)

Група	Препарат
Препарат вибору	<ul style="list-style-type: none"> • амоксицилін або • амоксицилін/клавуланат (Аугментин™)
Препарат вибору за наявності факторів резистентності збудників	<ul style="list-style-type: none"> • високодозовий амоксицилін/клавуланат (доза 90 мг/кг/добу за амоксициліновим компонентом – Аугментин™ES)
Препарати другого ряду	<ul style="list-style-type: none"> • високодозовий амоксицилін/клавуланат (доза 90 мг/кг/доба за амоксициліновим компонентом – Аугментин™ES), • цефуроксиму аксетил (30 мг/кг/добу), • цефтріаксон парентеральний (50–100 мг/кг/добу)
Препарати другого ряду, коли пацієнт має тяжкі алергічні реакції на пеніциліни або амоксицилін	<ul style="list-style-type: none"> • азитроміцин 10 мг/кг/добу 1 раз на день, • кларитроміцин 15 мг/кг/добу, дозу поділено на два прийоми на добу

стану пацієнта протягом 1–2 діб. При поліпшенні стану дитини продовжують симптоматичне лікування, за відсутності ефекту або погіршенні стану – призначають антибіотик.

Тактика уважного спостереження є адекватним вибором тільки тоді, коли можна забезпечити контрольні візити чи телефонні дзвінки, а також коли антимікробну терапію можна почати за утримання чи погіршення симптомів.

Рішення про необхідність призначення антибіотиків при ГСО та вибір тактики в дітей приймають з урахуванням віку дитини та впевненості у діагнозі (табл. 2).

Антибіотики

Потребу в призначенні антибіотиків визначають такі фактори: тяжкість ГСО, вік дитини, впевненість у діагнозі ГСО, наявність факторів ризику резистентної інфекції. Антибіотик обирають емпірично, за винятком випадків, коли відомі результати бактеріологічного дослідження

Таблиця 4

Фактори резистентності, які впливають на обрання препарату вибору (Pichichero et al., 2000; Pichichero 2000; American Academy of Pediatrics, American Academy of Family Physicians, 2004; Easton et al., 2003)

1. Дитина відвідує дитячі заклади.
2. Вік дитини до 2 років.
3. Прийом антибіотика за останні 3 місяці.
4. Неефективне попереднє антимікробне лікування.
5. ГСО під час зимових місяців.
6. Системні хвороби з імунodefіцитами.
7. Вроджені вади розвитку.
8. Рецидивний або персистуючий середній отит

вмісту середнього вуха з визначенням чутливості. Вибір антибіотика наведено у таблиці 3. За наявності факторів резистентності у дитини можна констатувати дуже високу ймовірність резистентної інфекції (тобто викликаної стійкими збудниками) середнього вуха (табл. 4).

Тривалість антибіотикотерапії визначають з урахуванням віку дитини та тяжкості перебігу. У дітей віком до 6 років або при тяжкому перебігу ГСО тривалість антибіотикотерапії становить 10 днів, а у дітей віком старше 6 років або при легкому/помірному ГСО – 5–7 днів (American Academy of Pediatrics, 2004; Баранов и др., 2007).

Рецидивний та персистуючий середній отит

При рецидивному або персистуючому середньому отиті обов'язково призначають антибіотик. Препаратом вибору є високодозовий амоксицилін/клавуланат (доза 80–90 мг/кг/добу за амоксициліновим компонентом), а препаратами другого ряду – парентеральний цефтріаксон, кліндаміцин (Pichichero, 2000).

Тривалість антибіотикотерапії становить 10–14 днів. Обов'язково виконують міринготомію.

У курс лікування вводять фізіотерапевтичні заходи (інгаляції розчинів антисептиків та антибіотиків, 5–7 процедур на курс, ендоназальний електрофорез, ультрафонофорез антибіотиків з кортикостероїдами).

За неефективності обраного лікування виконують тимпанопункцію із взяттям вмісту середнього вуха для бактеріологічного дослідження та промивання порожнини середнього вуха антибіотиком із урахуванням чутливості.

Після одужання пацієнта з рецидивним або персистуючим середнім отитом визначають доцільність призначення протирецидивної терапії (наприклад, препаратів із групи бактеріальних лізатів), фізіотерапевтичного ліку-

Увага! Важлива інформація про лікарський засіб

АУГМЕНТИН™

Оригінальний амоксицилін/клавуланат

- **Аугментин™** ефективний щодо широкого спектру збудників інфекцій дихальних шляхів, в т.ч. до основних респіраторних патогенів¹:



- При бактеріальних інфекціях дихальних шляхів **Аугментин™** має високу клінічну ефективність:

Негоспітальна пневмонія ²	Інфекційні загострення ХОЗЛ ³	Рецидивуючий тонзиліт ⁴	Гострий бактеріальний середній отит ⁵	Гострий бактеріальний риносинусит ⁶
93,1%	98,6%	95,7%	90,5%	90–92%

- **Аугментин™** рекомендований як препарат вибору при бактеріальних інфекціях дихальних шляхів^{7,8}

Схеми застосування та дози:

дорослим

таблетки 625 мг або 1000 мг (залежить від тяжкості стану) по 1 таблетці 2 рази на добу на початку прийому їжі



дітям

суспензія 228,5 мг/5 мл 45 мг/кг/добу у 2 прийоми на початку прийому їжі



Скорочена інструкція для медичного застосування препарату Аугментин™:

Форми випуску: порошок для приготування суспензії 228,5 мг/5 мл; порошок для приготування суспензії 642,9 мг/5 мл; таблетки 625 мг, таблетки 1000 мг, порошок для приготування розчину для ін'єкції 500/100 мг, 1000/200 мг. **Активні речовини:** амоксициліну тригідрат, калія клавуланат. **Показання:** лікування бактеріальних інфекцій, які викликані чутливими до Аугментину мікроорганізмами. **Спосіб застосування та дози:** дорослі та діти старше 12 років таблетки 625 мг 2 рази на добу при інфекціях легкого та помірного ступеня тяжкості, таблетки 1000 мг 2 рази на добу при інфекціях з тяжким перебігом. Застосування в дитячому віці: у формі суспензії діти від 2 міс до 12 років 25/3,6 мг/кг/добу в 2 прийоми при інфекціях легкого та помірного ступеня тяжкості, 45 мг/кг/добу в 2 прийоми при інфекціях тяжкого ступеня, 90 мг/кг/добу в 2 прийоми у дітей з груп ризику. **Противі показання:** підвищена чутливість до бета-лактамів, наявність в анамнезі жовтяниці або дисфункції печінки, пов'язаних із застосуванням Аугментину. **Вагітність:** категорія В. **Період годування груддю:** Аугментин™ можна за-

стосовувати в період годування груддю. **Можливі побічні реакції:** діарея, нудота, блювання, кандидоз шкіри та слизових оболонок, шкірні висипання, свербіж, кропив'янка, поліморфна еритема, оборотна лейкопенія та тромбоцитопенія, оборотний агранулоцитоз та гемолітична анемія, збільшення часу кровотечі та протромбінового індексу, ангіоневротичний набряк, анафілаксія, сироваткоподібний синдром, алергічний васкуліт, запаморочення, головний біль, оборотна гіперактивність і конвульсії, антибіотикасоційований коліт, чорний «волосатий» язик, помірна підвищення рівня АСТ та/або АЛТ, гепатити та холестатична жовтяниця, синдром Стивена-Джонсона, токсичний епідермальний некроліз, пухирчастий експлозивний дерматит, гострий генералізований екзантематозний пустилоз, інтерстиціальний нефрит, кристалурія. **Взаємодія з іншими лікарськими засобами:** можлива взаємодія з пробенецидом, алопуринолом, естрогенами. **Передозування:** лікування симптоматичне. **Особливості застосування:** не слід призначати при підозрі на інфекційний мононуклеоз. При супутньому прийомі антико-

агулянтів необхідний відповідний моніторинг. Слід з обережністю призначати пацієнтам з дисфункцією печінки. Необхідна корекція дози у пацієнтів з порушенням функції нирок. Застосовувати з обережністю у пацієнтів з фенілкетонуриєю. Зберігати в недоступному для дітей місці. **Перед призначенням слід ознайомитись з повною інструкцією для медичного застосування.**

Р.П. №UA/0987/05/01 від 15.02.10, №UA/0987/04/01 від 18.11.09, №UA/0987/01/01 від 15.02.10, №UA/0987/01/02 від 15.02.10, №UA/0987/02/02 від 07.07.08, №UA/0987/02/01 від 03.11.09.

Повідомити про небажане явище або скаргу на якість препарату та отримати додаткову інформацію про препарат Ви можете в ТОВ «ГлаксосмітКляйн Фармасьютікалс Україна»: 03038, м. Київ, вул. Лінійна, 17. Тел.: (044) 585-51-85/ -86. www.gsk.com.ua

Література: 1. Інструкція з медичного застосування препарату Аугментин™. 2. Paris R, et al. Efficacy and safety of azithromycin 1 g once daily for 3 days in the treatment of community-acquired pneumonia: an open-label randomised comparison with amoxicillin-clavulanate 875/125 mg twice daily for 7 days. J Chemother. 2008 Feb;20(1):77-86. 3. Beghi G. et al. Efficacy and treatability of azithromycin versus amoxicillin-clavulanate in acute purulent exacerbation of chronic bronchitis. Journal of chemotherapy 1995;7:146-152. 4. Mahakki P, et al. Oral clindamycin 300 mg BID compared with oral amoxicillin/clavulanate 1 g BID in the outpatient treatment of acute recurrent pharyngotonsillitis caused by group A β-hemolytic streptococci: An international, multicenter, randomized, investigator-blinded, prospective trial in patients between the ages of 12 and 60 years. Clinical therapeutics. 2006 Jan; 28(1):99-109. 5. Hoberman A, et al. Large dosage amoxicillin/clavulanate, compared with azithromycin, for the treatment of bacterial acute otitis media in children. Pediatr Infect Dis J. 2005 Jun;24(6):525-32. 6. Sinus and allergy health partnership (SAAHP). Antimicrobial treatment guidelines for acute bacterial rhinosinusitis. Otolaryngology-Head and neck surgery (2004), 130(1): 1-45. 7. Наказ МОЗ України №128 від 19.03.2007. 8. Наказ МОЗ України №181 від 24.03.2009. Інформація для лікарів для використання у професійній діяльності.

Показання для міринготомії при середньому отиті

Група	Показання
За перебігом	<ul style="list-style-type: none"> • Тривала гарячка і біль у вусі • Безсоння 2 і більше ночей • Загальний стан дитини тяжкий або середньої тяжкості • Бурхливий перебіг ГСО • Рецидивний або персистуючий середній отит
Місцеві	<ul style="list-style-type: none"> • Різка випинання барабанної перетинки • Згладженість завушної складки • Відстовбурчення вушної раковини • Болючість при перкусії соскоподібного відростка
Загальні	<ul style="list-style-type: none"> • Виразні зміни у загальному аналізі крові • Вік дитини до 3 місяців • Неефективність антибіотикотерапії • Системні захворювання дитини, які супроводжуються імунodefіцитами

Таблиця 6

Вибір вушних крапель при середньому отиті

№	Критерій	Вибір
1	Гнійна оторея	Краплі з антибіотиком, що не має ототоксичних властивостей (наприклад, ципрофлоксацин, норфлоксацин, офлоксацин)
2	Виразна отальгія	Комбіновані краплі, які містять місцевий анестетик (наприклад, лідокаїн, бензокаїн)
3	Менш виразна отальгія або її відсутність	Спиртові краплі, які містять місцевий антисептик (наприклад, борна кислота, декаметоксин, холін)

УВАГА! При ГСО не можна призначати комбіновані краплі, які містять кортикостероїд (зокрема дексаметазон)

вання, за необхідності продування вуха за Політцером, катетеризації слухової труби або пневмомасажу барабанних перетинок (МОЗ України, 2005).

Обмірковують також хірургічне лікування (аденотомія, тонзилотомія, шунтування барабанної порожнини) та санаторно-курортне лікування. За можливості слід тимчасово відмовитися від відвідування дитячих закладів.

Травматичний гострий середній отит

Травматичний гострий середній отит виникає внаслідок безпосередньої травми барабанної перетинки та проникнення в барабанну порожнину інфекції. Призначають антибіотикотерапію протягом 5–10 днів, туалет зовнішнього слухового ходу за правилами антисептики, місцеві антибіотикові краплі, які не містять кортикостероїдів. Слід пам'ятати, що не можна крапати у вухо спиртові краплі.

Міринготомія

Міринготомія (розріз барабанної перетинки) має лікувальну та діагностичну цінність. Забезпечує точну діагностику отиту, кращий результат лікування, запобігає рецидивам та переходу захворювання у персистуючу/хронічну форму. Показання для міринготомії наведено у таблиці 5.

Додаткове лікування середнього отиту

При тяжкому стані дитини призначають внутрішньовенну дезінтоксикаційну терапію. Вибір вушних крапель при ГСО наведено у таблиці 6. При ГСО зазвичай призначають знеболювальні препарати — перорально або рек-

тально нестероїдні протизапальні препарати (парацетамол або ібупрофен). Дітям не можна призначати ацетилсаліцилову кислоту.

У всіх випадках середнього отиту призначають місцеві назальні деконгестанти протягом 7 днів для поліпшення роботи слухової труби, вентиляції порожнин середнього вуха і прискорення одужання пацієнта.

Слід врахувати необхідність та можливість призначення додаткового фізіотерапевтичного лікування: носових інгаляцій препаратів на курс 5–7 процедур, ендоназального або ендаурального електрофорезу, ендаурального ультрафонофорезу та напівспиртових компресів на вухо.

Критерії ефективності лікування

Критеріями ефективності лікування є зникнення усіх симптомів середнього отиту, нормалізація отоскопічної картини та відновлення слухової функції. Утримування секрету в барабанній порожнині після ГСО не є критерієм неефективності лікування, а показанням для спостереження за дитиною. При утримуванні секрету більш як 1 місяць необхідно призначити відповідне лікування.

Профілактика середнього отиту

Профілактика середнього отиту включає своєчасне лікування гострих захворювань дихальних шляхів, загартовування, дотримання гігієни, раціональне харчування, здоровий спосіб життя (зокрема боротьбу з активним і пасивним курінням), підтримування грудного вигодовування.

AGMT/10/UA/05.03.2012/6005

Друкується за сприяння ГлаксоСмітКляйн

Стаття вперше опублікована на сайті видання «Медицина світу» у квітні 2012

<http://msvitu.com/archive/2012/march/article-1.php?noad=1>

ЛІТЕРАТУРА

1. Практические рекомендации по применению антибиотиков у детей в амбулаторной практике / Баранов А. А. [и др.] // Современные клинические рекомендации по антимикробной терапии : в 2 т. — Смоленск : МАКМАХ, 2007.
2. Косяков С. Я. Лечение острого, затянувшегося и рецидивирующего среднего отита / С. Я. Косяков // Consilium Medicum. — 2004. — Т. 3, № 4.
3. Наказ МОЗ України від 21.04.2005 № 181 [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=3983>. — Назва з екрану.
4. Юрочко Ф. Біль у вусі у дітей : від діагностики до лікування / Ф. Юрочко // Медицина світу. — 2011. — № 2. — [Електронний ресурс] <http://msvitu.com/archive/2011/february/article-3.php>. — Назва з екрану.
5. Юрочко Ф. Рекомендації з усього світу для середнього отиту / Ф. Юрочко // ЖУНГ. — 2010. — № 3.
6. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Management of Acute Otitis Media. Clinical practice guideline: Diagnosis and management of acute otitis media // Pediatrics. — 2004. — Vol. 113. — P. 1451—1466.
7. American Academy of Pediatrics, American Academy of Family Physicians. Diagnosis and management of acute otitis media. Pediatrics 2004;Vol 113:1451—65.
8. Dowell S. F. Acute otitis media: management and surveillance in an era of pneumococcal resistance / S. F. Dowell, J. C. Butler, G. S. Giebink // Nurse Pract. — 1999. — Vol. 24 (10 Suppl). — P. 1—9.
9. Easton J. Amoxicillin/Clavulanic Acid A Review of its Use in the Management of Paediatric Patients with Acute Otitis Media / J. Easton, S. Noble, C. M. Perry // Drugs. — 2003. — Vol. 63 (3).
10. Pichichero M. E. Recurrent and persistent otitis media / M. E. Pichichero // Pediatr Infect Dis. J. — 2000. — Vol. 19. — P. 911—16.
11. Controversies in the medical management of persistent and recurrent otitis media / Pichichero M. E., Reiner S. A., Brook I. [et al.] // Ann Otol Rhinol Laryngol. — 2000. — Vol. 109. — P. 2—12.
12. Pichichero M. E. Acute otitis media: Part II. Treatment in an era of increasing antibiotic resistance / M. E. Pichichero // Am. Fam. Phys. — 2000. — Vol. 61. — P. 2410—2416.
13. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Diagnosis and management of childhood otitis media in primary care. — Royal College of Physicians of Edinburgh. SIGN 66, 2003.

СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ У ДЕТЕЙ

А.Л. Косаковский, Ф.Б. Юрочко

Робоча група МОЗ України щодо протоколів у дитячій оториноларингології

Резюме. Приведена классификация и современные принципы диагностики и лечения средних отитов у детей.

Ключевые слова: дети, острый средний отит, диагностика, лечение.

MODERN MANAGEMENT DURING THE ACUTE OTITIS MEDIA IN CHILDREN

A.L. Kosakovskiy, F.B. Yurochko

Working Group of the Ministry of Health of Ukraine regarding protocols in pediatric otolaryngology

Summary. A classification and current principles of diagnosis and treatment of otitis media in children are presented.

НОВОСТИ

Запрет на курение снизил количество преждевременных родов

Запрет на курение в общественных местах, поэтапно введенный в Бельгии с 2006 по 2010 годы, привел к снижению количества преждевременных родов, сообщает ВВС. Это подтверждается результатами исследования, проведенного учеными из бельгийского Института Хассельта (Hasselt University) под руководством доктора Тима Наврота (Tim Nawrot). Работа опубликована в февральском номере The British Medical Journal.

Известно, что курение во время беременности может замедлить рост плода и сократить срок его вынашивания, однако воздействие табачного дыма на беременных до сих пор было мало исследовано.

Наврот и его коллеги решили изучить, каким образом запрет на курение в общественных местах повлиял на количество преждевременных родов. Исследовали проанализировали данные более чем о 600 000 родов в период с 2002 по 2011 годы — до, во время и после вступления в силу запрета на курение в Бельгии.

Поэтапный запрет на курение в Бельгии начали вводить в 2006 году, когда запретили употреблять табачные изделия на рабочем месте. Годом позже, в

2007 году, вступил в силу запрет на курение в ресторанах, а в 2010 году — в барах, подающих еду.

Результаты исследования оказались впечатляющими — выяснилось, что резкое снижение преждевременных родов (до 37 недель беременности) приходится как раз на годы вступления в силу очередного запрета. В 2006 году их количество снизилось на 3,13 процента; в 2007 — на 2,65 процента, а с января 2010 отмечалось ежегодное планомерное уменьшение количества преждевременных родов на 3,5 процента.

Снижение количества преждевременных родов, зафиксированное в исследовании, не связано с другими факторами, такими как вес плода, возраст матери и ее социально-экономическое положение.

«Поскольку запрет на курение в общественных местах вводился в три этапа, мы можем показать последовательное снижение риска преждевременных родов. Наши результаты подтверждают, что запрет на курение в общественных местах приносит пользу даже в столь раннем возрасте», — отмечают авторы работы.

Источник: <http://medexpert.org.ua>