

Первичная медицинская помощь: современные технологии диагностики, лечения и профилактики

Первичная медицинская помощь в настоящее время — одно из приоритетных направлений реформирования системы здравоохранения Украины. В современных условиях чрезвычайно важным и актуальным является непрерывное образование семейных врачей, повышение их квалификационных знаний, ознакомление с новой информацией о существующих методах диагностики и терапии. Особый вклад в образование врачей первичного звена вносят научно-практические конференции, во время которых можно узнать не только полезную информацию, но и обменяться с коллегами собственным опытом. Одним из таких образовательных мероприятий для врачей общей практики — семейной медицины является Научно-практическая конференция «Первичная медицинская помощь: современные технологии диагностики, лечения и профилактики» (далее — Конференция), которая прошла 4–5 октября 2018 г. в Харькове.

Приветствие



Открыл работу Конференции профессор **Александр Хвисьук**, ректор Харьковской медицинской академии последипломного образования (ХМАПО), отметивший, что семейная медицина является одной из важных и наиболее действенных стратегий повышения эффективности системы здравоохранения, это основное направление реформы, которая происходит в медицине. Он обратил внимание слушателей на то, что современная история академии тесно связана с семейной медициной: более 20 лет осуществляется подготовка семейных врачей, в 2000 г. открыт факультет семейной медицины, в настоящее время насчитывающий 15 кафедр (4 из которых в своем названии содержат термин «семейная медицина»). За это время подготовлено более 10 тыс. врачей, переподготовку прошло много терапевтов и педиатров, более 1 тыс. человек окончили интернатуру. Академия берет активное участие в международных европейских проектах по внедрению семейной медицины. В настоящее время участвует в составе харьковской экспертной группы совместно с управлением здравоохранения Харьковской областной государственной администрации (ХОГА) в реализации пилотного проекта «Трансформация первичной медицины в Харьковском регионе», который успешно реализуется в Чугуевском районе Харьковской области.

А. Хвисьук подчеркнул, что семейная медицина — это поле боя для внедрения самых новейших информационных и передовых учебных технологий, это отрасль, от которой будет зависеть успех не только медицины, но и социальной составляющей нашей жизни.



Галина Сироштан, заместитель начальника управления ХОГА — начальник отдела по медицинской деятельности управления здравоохранения, поздравила собравшихся врачей с открытием Конференции, выразив благодарность ученым, которые в начале 2000-х годов одни из первых на территории Украины начали осуществлять подготовку врачей общей практики — семейной медицины. Управлением здравоохранения ХОГА совместно с ХМАПО были разработаны первые протоколы лечения, первые табеля оснащения амбулаторий, врачи общей практики — семейной медицины были обеспечены необходимым медицинским оборудованием.

Г. Сироштан отметила, что на сегодняшний день Харьковщина является лидером по внедрению медицинской реформы

по первичному звену. С прошлого года врачи общей практики — семейной медицины успешно начали реализовывать правительственный проект «Доступные лекарства», Харьковская область одной из первых в Украине освоила выделенные средства, этот проект успешно продолжается и в этом году. В первичном звене области работает 1240 медицинских работников, начиная с 1 апреля 2018 г. именно врачи первичного звена начали заключать декларации с Национальной службой здоровья Украины (НСЗУ). В настоящее время 56% населения заключили декларации с семейными врачами.

В Харьковской области планируется построить 50 амбулаторий общей практики — семейной медицины, обеспечить их необходимым оборудованием и автомобилями. На сегодняшний день из 76 учреждений первичного звена 63 заключили договоры с НСЗУ, 3 учреждения в соответствии с предоставленными декларациями уже получили финансирование на 40% больше, чем было до этого.

Г. Сироштан пожелала участникам Конференции плодотворной работы, приобретения новых знаний и успешной реализации медицинской реформы.

Законодательные аспекты реформирования системы здравоохранения в Украине



Профессор **Олег Шекера**, директор Института семейной медицины Национальной медицинской академии последипломного образования (НМАПО) имени П.Л. Шупика, ознакомил слушателей с основными положениями законодательного регулирования первичной медицинской помощи (ПМП). Он напомнил, что на сегодняшний день законодательной основой деятельности ПМП являются Конституция Украины, Основы законодательства Украины о здравоохранении, Закон Украины от 19.10.2017 г. № 2168-VIII «О государственных финансовых гарантиях медицинского обслуживания населения» и Закон Украины от 14.11.2017 г. № 2206-VIII «О повышении доступности и качества медицинского обслуживания в сельской местности». Предусмотрено несколько этапов внедрения медицинской реформы. Так, на первом этапе, который начался с 1 января 2018 г., реформа касается только первичного звена медицинской помощи (для оказания медицинских услуг семейными врачами, пациенты должны подписать с ними декларацию). В 2018–2019 гг. Министерство здравоохранения (МЗ) Украины последовательно планирует, что программа медицинских гарантий будет внедряться на вторичном и третичном уровнях. Сначала работа программы будет испробована на пилотных проектах в отдельных медицинских учреждениях, населенных

пунктах или регионах. Полностью реформа на всех уровнях оказания медицинских услуг заработает только в 2020 г. До этого времени медицинские учреждения, которые не перейдут на новые принципы финансирования, смогут получать субвенции на свою деятельность с государственного и местного бюджетов.

Согласно Закону Украины от 19.10.2017 г. № 2168-VIII «О государственных финансовых гарантиях медицинского обслуживания населения», основные положения медицинской реформы включают:

- разделение на платные и бесплатные услуги;
- оплата за услуги и договорные отношения с медицинскими учреждениями;
- вводится понятие гарантированного пакета (четкий объем обязательств государства относительно медицинских услуг и лекарств);
- независимый от поставщиков (больниц, местной власти, МЗ Украины) заказчик медицинских услуг — НСЗУ;
- отсутствие привязки к месту регистрации;
- система eHealth, которая определит, сколько и какой больнице государство должно заплатить за оказанные услуги пациенту.

Гарантированный пакет предусматривает 4 основных вида профилактических осмотров (сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет (СД), ВИЧ, туберкулез), 7 базовых анализов, рецепты по программе «Доступные лекарства».

О. Шекера обратил внимание на то, что сегодня >13 млн граждан Украины, проживающих в селах, нуждаются в лучшей доступности качественных медицинских услуг. Закон Украины от 14.11.2017 г. № 2206-VIII «О повышении доступности и качества медицинского обслуживания в сельской местности» предусматривает строительство дополнительных амбулаторий с возможностью проживания семьи врача, приобретение автомобилей для врачей для обеспечения возможности передвигаться между селами, а также создание условий для получения образования и повышения квалификации.

Докладчик отметил, что в настоящее время существуют определенные проблемы, связанные с внедрением ПМП. Так, до сих пор не утверждены базовые тарифы (должны включать стоимость лекарств и материалов, оплату труда медиков, оплату за коммунальные услуги и др.) на лечение. Денег в бюджете на оплату медицины не хватает, дефицит составляет 70%. На сегодня на нужды здравоохранения необходимо 230 млрд грн., а реально медицина финансируется на 90 млрд грн. (на ПМП необходимо 29 млрд грн., заложено в бюджете — 15,3 млрд грн.). Большие трудности также возникают с неготовностью в полной мере государственного заказчика медицинских услуг, неготовностью медицинских учреждений к новым договорным отношениям, низкими темпами прикреплению пациентов к врачу, невыполнением критерия комплектации оборудованием, что, в свою очередь, является одной из главных причин невозможности вступить в новые договорные отношения.

Применение фитотерапии в лечении детей с острой респираторной вирусной инфекцией (ОРВИ)



Профессор **Ольга Цодикова**, заведующая кафедрой поликлинической педиатрии ХМАПО, напомнила семейным врачам, что при ОРВИ не рекомендуются применение антибиотиков, противовирусных препаратов (кроме озельтамивира и занамивира по показаниям), иммуномодуляторов, интерферонов, антигистаминных препаратов, сиропов от кашля, комбинированных лекарств от простуды (облегчают симптомы только у взрослых), витаминов. Патогенетически обоснованным является применение фитотерапии. В частности, она повышает активность неспецифического иммунитета, обеспечивает адекватное дыхание, дренаж и вентиляцию околоносовых пазух, улучшает мукоцилиарный клиренс, нормализует вязкость слизи, восстанавливает защитную функцию эпителия дыхательных путей, ослабляет или полностью устра-

няет симптомы заболевания (кашель, насморк, недомогание и др.).

О. Цодикова отметила, что важно уже на ранней стадии ОРВИ воздействовать на все звенья патогенеза с целью предотвращения прогрессирования бактериальной инфекции, повышения местной и общей резистентности организма, снижения риска повторных заболеваний.

Основными особенностями применения фитопрепаратов у детей являются:

- включение лекарственных растений в Государственный реестр лекарственных средств Украины;
- индивидуальное назначение с учетом терапевтического действия, возможных противопоказаний и возраста;
- обязательный учет сопутствующего заболевания ребенка;
- преимущественное использование сборов из 2–3 растений, реже — сборов более сложного состава;
- составление сборов на основе терапевтического целесообразности, с учетом патогенеза заболевания;
- более длительный период применения по сравнению с синтетическими средствами;
- учет возможной непереносимости некоторых растений.

Назначаемая при ОРВИ терапия, как правило, направлена на облегчение откашливания густой мокроты, снижение частоты приступов кашля и улучшение общего самочувствия пациента. В проведенных в последнее время клинических исследованиях выявлено, что при ОРВИ комбинации растительных экстрактов можно считать терапией 1-го выбора. Поскольку давно известно, что фитопрепараты имеют мягкое терапевтическое действие, оказывают комплексное влияние на различные звенья патологического процесса, обладают низкой токсичностью, могут длительно применяться.

По мнению О. Цодиковой, у детей с ОРВИ перспективным является применение растительного препарата, в состав которого входит пеларгония сидовидная. Так, данные обзора литературы по клиническому изучению водного экстракта из корней пеларгонии сидовидной являются научным обоснованием его применения в комплексной терапии пациентов с симптомами ОРВИ (ринорея, заложенность носа, лихорадка, головная боль, боль в горле, слезотечение, кашель и др.). Клиническое изучение жидкого экстракта из корней этого растения у детей с острым бронхитом и риносинуситом показало противовирусное, мягкое иммуномодулирующее и адаптационное действие фитопрепарата.

Остеоартроз (ОА): внедрение современных рекомендаций в практику семейного врача



Профессор **Лариса Химион**, заведующая кафедрой семейной медицины НМАПО имени П.Л. Шупика, обратила внимание слушателей на то, что диагностика и терапия при ОА, координация всех видов медико-психологической помощи больному, включая направление на эндопротезирование, относится полностью к компетенции семейного врача. Она подчеркнула, что диагноз ОА является клиническим, без наличия клинических признаков (боль, скованность, нарушение функций) применять какие-либо методы исследования не имеет смысла. Инструментальное обследование проводят пациентам для того, чтобы определить наличие осложнений или другого заболевания, которое ошибочно может трактоваться как ОА.

При лечении пациентов с ОА важным является своевременная профилактика и коррекция факторов риска коморбидных состояний (СД, артериальная гипертензия (АГ), метаболический синдром, ожирение, гиперхолестеринемия, депрессия). Больной ОА нуждается во всесторонней оценке, мультидисциплинарном подходе в лечении, где главная роль принадлежит семейному врачу, для определения наиболее эффективной и безопасной стратегии длительного (пожизненного) лечения.

Согласно рекомендациям международных экспертных групп по ведению больных ОА, обязательным является комбинация медикаментозного и немедикаментозного лечения, терапия

персонифицируется с учетом факторов риска, коморбидности, тяжести артроза, ожиданий пациента. Немедикаментозное лечение должно включать регулярные образовательные программы, физические упражнения, уменьшение/нормализацию массы тела, применение ортопедических средств.

Фармакотерапия при ОА включает применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), анальгетиков (парацетамол, опиоиды), комбинированных препаратов, глюкокортикоидов (внутриуставной путь введения). НПВП назначают в зависимости от группы риска: пациентам с высоким риском желудочно-кишечных осложнений — селективные ингибиторы циклооксигеназы (ЦОГ)-2, с высоким риском тромбозов — неселективные ингибиторы ЦОГ-2. Необходимо назначать минимальную эффективную дозу, минимальный курс лечения, далее — применение по требованию. Для защиты желудочно-кишечного тракта применяют ингибиторы протонной помпы (ИПП), для профилактики тромбозов — ацетилсалициловую кислоту.

Еще один компонент фармакотерапии при ОА — применение хондропротекторов. Согласно рекомендациям Европейской антиревматической лиги (European League Against Rheumatism — EULAR), для уменьшения выраженности боли и улучшения функции суставов рекомендовано применение только хондроитина сульфата. При этом он должен быть физиологичным для человека (наличие хондроитина-4 и -6), с низкой молекулярной массой, иметь высокий уровень сульфатности, хороший профиль безопасности, быть фармакологическим высокоочищенным препаратом.

Профилактика осложнений при СД



Профессор **Алексей Корж**, заведующий кафедрой общей практики — семейной медицины ХМАПО, напомнил, что СД представляет собой глобальную проблему. Согласно прогнозам экспертов, в мире к 2030 г. будет насчитываться 600 млн человек с СД. В Украине возрастание заболеваемости СД происходит на фоне уменьшения общего количества населения в стране, при этом истинная распространенность СД в 2–3 раза превышает количество зарегистрированных случаев. При выявлении СД 2-го типа у 5–10% пациентов уже имеются клинические проявления нейропатии, у 30–40% — ретинопатии, у >40% — признаки атеросклероза. По мнению докладчика, это свидетельствует об отсутствии эффективных механизмов раннего выявления заболевания и своевременного начала лечения. Усилия семейного врача должны быть направлены на выявление пациентов с преддиабетом, поскольку своевременно назначенные рекомендации могут замедлить прогрессирование заболевания и развитие осложнений.

Первичная профилактика СД должна быть направлена на информирование пациентов о возможности и необходимости снижения модифицируемых факторов риска. Прежде всего, это рекомендации по здоровому образу жизни (сбалансированное питание, профилактика ожирения, физическая активность), по раннему выявлению нарушений углеводного обмена, предшествующих СД. Стратегия первичной профилактики включает выявление групп риска (пациенты, у которых в анамнезе имеются СД или другие сердечно-сосудистые факторы риска — избыточная масса тела или ожирение, АГ, заболевания почек, семейный анамнез СД) и оценку степени риска (измерение уровня глюкозы, оценка других сердечно-сосудистых факторов риска, особенно у лиц с преддиабетом). Вторичная профилактика СД — это профилактика сосудистых нарушений, приводящих к снижению качества жизни, инвалидности и смерти. Именно сердечно-сосудистые заболевания являются главной причиной смерти пациентов с СД 2-го типа.

А. Корж подчеркнул, что направления профилактики должны быть многофакторными, индивидуализированными, необходимо воздействовать на все возможные факторы риска (нормализация артериального давления, контроль углеводного обмена, уменьшение массы тела, нормализация липидного обмена, риск гипогликемии). Для организации правильной профилактики важным

является образование врачей и пациентов, лекарственное обеспечение, предоставление средств самоконтроля. Обязательно необходимо делать акцент на преддиабет, поскольку он является не просто ранним предвестником СД, а независимым фактором риска сердечно-сосудистых осложнений. Наличие постпрандиальной гипергликемии — доказанный фактор риска инфаркта миокарда.

А. Корж обратил внимание слушателей на то, что при коррекции состояний преддиабета и в составе комплексной терапии при СД широкое распространение получили препараты на основе растительных компонентов. Фитопрепараты способствуют восстановлению продукции инсулина β-клетками поджелудочной железы и утилизации глюкозы периферическими тканями. Большинство растительных веществ обладает ощелачивающим эффектом, иммуностимулирующим действием. Многие растения в результате содержания высокоактивных биологических веществ оказывают дополнительно противовоспалительный, желчегонный, седативный, тонизирующий эффект. По мнению докладчика, применение у пациентов с нарушением углеводного обмена сочетанно с режимом и диетой растительных препаратов может приостановить дальнейшее развитие болезни. При манифестации СД 2-го типа включение в комплексную терапию таких препаратов обеспечивает компенсацию обменных нарушений, предупреждает дальнейшее прогрессирование заболевания и его осложнений.

Острый цистит (ОЦ): проблемы и решения



Владимир Россихин, профессор кафедры общей, детской и онкологической урологии ХМАПО, отметил, что ОЦ чаще всего болеют женщины молодого возраста, 30–40% всей урологической патологии приходится на это заболевание, в 30–50% случаев ОЦ переходит в хроническую форму. Основным возбудителем ОЦ является *Escherichia coli*, выявляемая в 75–90% случаев.

При выборе терапии предпочтение следует отдавать антибактериальным препаратам, обладающим высокой активностью против грамотрицательных бактерий. Вместе с тем с 2011 г. наблюдается тенденция к росту резистентности штаммов *Escherichia coli* к ряду традиционных антибиотиков, что значительно сократило возможности терапии. Так, у 50% пациенток рецидивы заболевания возникают >3 раз в год, при рецидивировании повышается период нетрудоспособности, все это обусловлено неверной диагностикой и антибиотикорезистентностью бактерий.

Докладчик обратил внимание на то, что *Escherichia coli* персистирует в мочевом пузыре не менее 6 нед после терапии инфекции, частота эрадикации в течение этого времени составляет только 30%. Считается, что в развитии резистентности к антибиотикам ведущая роль принадлежит способности бактерий образовывать биопленки. *Escherichia coli* в 63% случаев формирует биопленку на 2–3 сут.

В. Россихин отметил, что при ОЦ альтернативой антибактериальным препаратам является эскортная фитотерапия — фито-



препарат сопровождения, который потенцирует действие антибиотика, а в оптимальном варианте обеспечивает противовоспалительное и антибиотическое действие при самостоятельном применении на протяжении длительного периода. Фитониринговые препараты препятствуют образованию бактериальных пленок, улучшают элиминацию микроорганизмов, уменьшают воспаление.

Основными задачами в терапии при ОЦ являются быстрое и эффективное устранение возбудителей, предотвращение рецидива заболевания и развития резистентности к действию антибактериальных препаратов со стороны микроорганизмов.

Установлено, что оптимальная терапия при ОЦ фторхинолонами (норфлоксацин, цiproфлоксацин, офлоксацин) в течение 3 дней или альтернативно фосфомицином трометамолом (однократный прием) является адекватной. Более длительная терапия не имеет никаких преимуществ. Докладчик отметил, что выбор одного из перечисленных препаратов для эмпирической терапии следует осуществлять не только на основании современной чувствительности возбудителей цистита, но и с учетом способности тех или иных препаратов проникать в ткани. Так, применение фторхинолонов представляется предпочтительным при цистите с признаками деструкции тканей, например при геморрагическом цистите или когда пациентка начинает лечение не в первые дни развития воспалительного процесса (существует более высокая вероятность внедрения возбудителей в уретели). Вместе с антибиотиками перспективным является применение препарата сопровождения на протяжении 3–4 нед.

Терапия при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ)



Владислав Березняков, ассистент кафедры общей практики — семейной медицины ХМАПО, рассказал о современных подходах к терапии при ГЭРБ, отметив, что критериями диагностики данного заболевания для семейного врача являются наличие типичных симптомов ГЭРБ и положительный эффект от первоначальной терапии ИПП. Для определения степени тяжести заболевания рекомендовано применение опросника Gerdq. Проведение эндоскопической процедуры обязательно при наличии тревожных симптомов, в случае неэффективного пробного лечения, а также у пациентов в возрасте старше 50 лет с впервые выявленной ГЭРБ.

Цели терапии ГЭРБ включают устранение симптомов, заживление эрозий пищевода, терапию и профилактику осложнений, достижение ремиссии. Немедикаментозная терапия предусматривает изменение образа жизни (нормализация массы тела, умеренная физическая активность) и пищевых привычек (уменьшение количества принимаемой пищи, ограничение приема жирной, жареной и острой пищи, продуктов, усиливающих газообразование), исключение применения препаратов, снижающих тонус нижнего пищеводного сфинктера и вызывающих изжогу. В качестве медикаментозной терапии возможно применение антацидов, прокинетики, антагонистов H₂-рецепторов, однако все они, по мнению докладчика, значительно уступают по своей эффективности ИПП.

В. Березняков отметил, что среди ИПП рабепразол — препарат, оказывающий наиболее быстрый эффект и обладающий одной из лучших доказательных баз. Показано, что по скорости эффекта рабепразол превосходит другие ИПП, он действует в 5 раз быстрее омепразола и лансопразола и в 12 раз — пантопразола.

Следует учитывать, что у 40% пациентов с ГЭРБ выявляли *Helicobacter pylori*. Даже кратковременное лечение ИПП может вызвать перемещение *Helicobacter pylori* и развитие воспаления в теле желудка, которое сохраняется на протяжении >2 лет после отмены препарата. Эрадикация *Helicobacter pylori* показана всем пациентам с ГЭРБ, которым планируется длительная терапия ИПП.

По мнению В. Березнякова, эффективно применение трехкомпонентной схемы терапии: рабепразол 20 мг 2 раза в сутки + кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки + нитроимидазол послед-

него поколения 500 мг 2 раза в сутки. Целесообразным также является добавление в схему эрадикационной терапии пробиотика.

Проблема антибиотикорезистентности



Профессор **Геннадий Леженко**, заведующий кафедрой госпитальной педиатрии Запорожского государственного медицинского университета, в своем выступлении уделил внимание проблеме антибиотикорезистентности. Он отметил, что большая часть назначений антимикробных препаратов, в том числе пероральных, приходится на амбулаторную практику. Чаще всего антибиотики назначают при респираторных инфекциях (50–70% всех назначений), инфекциях мочевой системы и кишечных инфекциях. Внебольничное применение антибиотиков составляет ¼ мирового рынка. В Европейском Союзе ежегодно 25 тыс. смертей связаны с антибиотикорезистентностью (дополнительные затраты составляют 1,5 млрд евро), в США — 23 тыс. смертей (20 млрд дол. США прямых затрат). Неадекватную терапию с применением антибиотиков в мире отмечают в среднем в 50% случаев. Именно поэтому распространенность резистентности представляет собою одну из трех угроз для здоровья человечества. Согласно прогнозам экспертов, к 2050 г. смертность от инфекций, вызванных антибиотикорезистентными организмами, превысит смертность от онкологических заболеваний.

Г. Леженко подчеркнул, что причинами антибиотикорезистентности является избыточное и бесконтрольное применение антибиотиков везде, не только в медицине (применение антибиотиков в ветеринарии, агроиндустрии, во внешней среде и т.п.). В то же время причинами распространения устойчивых бактерий могут служить низкий уровень гигиены, нерациональное применение антибиотиков, назначение без показаний, использование антибиотиков, к которым патогенные бактерии уже устойчивы, назначение несоответствующих антибиотиков в дозах, ниже оптимальных, неправильно подобранные сроки лечения, бесконтрольный прием антибактериальных препаратов.

Определены 7 видов клинически значимых бактерий в качестве индикаторов развития антимикробной резистентности в Европе — *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Enterococcus faecalis*, *Enterococcus faecium*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*.

Г. Леженко привел данные по изучению динамики наиболее часто выявляемых бактериальных возбудителей респираторных инфекций у детей в Запорожской области. Установлено, что в 2014 г. доминировала *Haemophilus influenzae*, в настоящее время ее роль несколько уменьшилась, в то же время увеличилась роль *Streptococcus pneumoniae*. Чаще всего *Haemophilus influenzae* отмечают при тонзиллофарингите и бактериальном риносинусите, *Streptococcus pneumoniae* — при остром бронхите и пневмонии.

При назначении антибактериальной терапии необходимо определиться, нужна ли она (вирусный или бактериальный процесс), какому препарату отдать предпочтение, как его применять. Говоря о цефалоспорины, докладчик обратил внимание на то, что цефалоспорины I поколения по уровню активности в отношении *Streptococcus pneumoniae* уступают аминопенициллинам, они активны лишь в отношении метициллинчувствительных *Staphylococcus spp.* Не действуют на *Haemophilus influenzae* и *Moraxella catarrhalis*, не проникают через гематоэнцефалический барьер. Цефалоспорины II поколения обладают более высокой активностью в отношении грамотрицательной микрофлоры (*Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* и др.).

Докладчик отметил, что при эмпирическом выборе антибактериальной терапии необходимо, чтобы препарат воздействовал как на грамположительную, так и на грамотрицательную флору. Показано, что цефподоксим в 2,5 раза лучше действует на *Haemophilus influenzae*, чем цефиксим, в 5 раз лучше на *Moraxella catarrhalis*, в несколько сот раз лучше на *Streptococcus pneumoniae*. Цефподоксим влияет на всю типичную патогенную микрофлору, оказывает полную эрадикацию возбудителя, является препаратом

выбора при респираторной патологии бактериального процесса. В то же время цефиксим обладает большим преимуществом по сравнению с другими пероральными цефалоспоридами из-за его устойчивости к β -лактамазе и действию против грамотрицательных бактерий. Он является препаратом выбора при терапии инфекций мочевыделительной системы (чувствительность *Escherichia coli* к цефиксиму составила 80%).

Диарейный синдром у детей раннего возраста: особенности патогенетической терапии



Профессор **Ольга Белоусова**, заведующая кафедрой педиатрической гастроэнтерологии и нутрициологии ХМАПО, в своем докладе остановилась на одной из наиболее распространенных педиатрических проблем — диарее, являющейся второй по значимости причиной смерти среди детей в возрасте до 5 лет. Она напомнила, что согласно трактовке Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), диарея — это ≥ 3 эпизода послабления стула (неоформленный или жидкий стул) по сравнению с предыдущим 24-часовым периодом, при этом эпизодом считается послабление стула в течение ≥ 1 дня, а его окончанием — по крайней мере 2 дня после нормализации стула. При этом эксперты ВОЗ подчеркивают, что частый, но оформленный стул или неоформленный пастообразный стул у детей, находящихся на грудном вскармливании, диареей считаться не могут.

Традиционно определение типов диареи основывается не на этиологии развития, а на продолжительности симптомов. Соответственно, выделяют острую (≥ 7 дней), продолжительную (> 7 дней, но < 14 дней) и хроническую (> 14 дней) диарею. Любая из этих типов диареи требует пристального внимания врача, но тактика действий в каждом конкретном случае будет разной.

О. Белоусова отметила, что каждый врач, приступая к обследованию больного с диареей, должен помнить о необходимости решения нескольких задач. В частности, требуется определить тип диареи (острая или хроническая). Острая диарея всегда требует исключения или подтверждения инфекционного, вирусного, бактериального или паразитарного происхождения, хроническая диарея — чаще всего связана с инфекционной природой, наличием органического или функционального заболевания. Диарея, обусловленная органическим заболеванием, может отмечаться в любое время суток, даже ночью. Диарея, появляющаяся только днем, считается отличительным признаком функционального происхождения. Важно также проявить хирургическую настороженность, чтобы не пропустить острую хирургическую патологию, а также выявить наличие и степень выраженности интоксикации, обезвоживания и других нарушений, требующих неотложной терапии.

Причинами длительной диареи у детей раннего возраста могут быть лактазная недостаточность (ЛН) (70%), непереносимость белков коровьего молока (25%), целиакия (4%), муковисцидоз (1%). ЛН может быть вторичной (снижение активности лактазы, вызванное повреждением энтероцита) и первичной (снижение активности лактазы при морфологически сохранном энтероците из-за нарушения механизма активации фермента). Первичная ЛН может быть врожденной, ЛН взрослого типа и приобретенной.

Докладчик обратила внимание на то, что золотым стандартом диагностики дисахаридазной недостаточности является



генетическое исследование — определение генетических полиморфизмов, ассоциированных с нарушениями обмена лактозы методом полимеразной цепной реакции. Для первичной ЛН взрослого типа характерно наличие генов *13910 C/T* и *22018 C/T*, расположенных на хромосоме 2q21, блокирующих выработку лактазы. Однако анализ на полиморфизм *13910 C/T* не позволяет диагностировать врожденную ЛН. Этот анализ дает возможность только прогнозировать, будет ли у пациента в зрелом возрасте переносимость лактозы или у него будет ЛН по взрослому типу. Врожденная ЛН у детей грудного возраста не может быть верифицирована с помощью анализа на выявление полиморфизма *13910 C/T*.

О. Белоусова отметила, что тактика терапии у пациентов с дисахаридазной недостаточностью при грудном вскармливании должна быть направлена на сохранение грудного вскармливания (количество лактозы в грудном молоке не зависит от диеты матери), использование фермента лактазы (комплексные ферменты не показаны), спазмолитиков (лечение должно быть направлено на нормализацию моторики кишечника, устранение спазма и метеоризма). Важным также является применение биоэнтросептиков — живых микроорганизмов, не выявляемых в составе нормофлоры человека и не меняющих ее, но способных элиминировать патогенную флору и улучшать пищеварение у детей раннего возраста.

Докладчик подчеркнула, что при правильной лечебной тактике толерантность к лактозе со временем повышается. Так, у большинства недоношенных детей с транзитной ЛН к 12 мес можно вернуться к молочной диете. У доношенных новорожденных при благоприятном течении болезни и адекватных терапевтических действиях функции кишечника, как правило, компенсируются к возрасту 5–6 мес, и симптомы заболевания постепенно сглаживаются.

Два дня работы Конференции оказались чрезвычайно насыщенными. Семейным врачам, педиатрам, терапевтам представилась прекрасная возможность узнать о новых методах лечения кашля у детей, железодефицитной анемии, синдрома раздраженного кишечника, атопического дерматита, воспалительных заболеваний дыхательных путей, неалкогольной жировой болезни печени, кислотозависимых заболеваний, когнитивных нарушений и других распространенных заболеваний. Отдельное заседание Конференции было посвящено историческим аспектам развития медицинской науки и практики. Завершилось мероприятие подведением итогов работы и принятием резолюции.

Марина Колесник,
фото автора