

них отмечалось возникновение НЭЛС различного характера на витамины и хилак-форте (на последний в основном реагировали дети раннего возраста, имеющие в анамнезе указания на непереносимость белка коровьего молока).

Следующую по распространенности группу составили больные АД дети, реагирующие на компоненты лекарственной формы препаратов, причем наряду с истинными аллергическими реакциями у них регистрировались и ложные.

Имели место единичные случаи НЭЛС после приема антигистаминных препаратов 1-го поколения (3,8 % случаев) и медикаментов других фармакологических групп.

Таким образом, в связи с распространенностью НЭЛС у страдающих АД детей необходимо проведение мониторинга лекарственных осложнений и внедрение комплексной программы профилактики побочных реакций на медикаменты у пациентов данного профиля.

**Чернова Н. Ф.,
Торопова Н. П., Градинаров А. М.**

г. Екатеринбург

НЕКОТОРЫЕ ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ СТАНДАРТА ЛЕЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ СИСТЕМНОГО ДЕЙСТВИЯ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

В связи с переходом современной медицины на принципы технологичности актуальной задачей является разработка стандартов лечения заболеваний, которые обеспечивают экономически рациональный выбор лекарственных средств (ЛС) с доказанной эффективностью и безопасностью.

При лечении больных атопическим дерматитом (АД) детей указанная задача становится особенно значимой в силу ряда обстоятельств, наиболее важными из которых являются следующие:

– полиморфизм клинических проявлений, определенный возрастом больных, исходным состоянием основных адаптивных систем

(нервной, иммунной, эндокринной), наличием сопутствующей патологии;

– многообразие и генерализованность патофизиологических реакций, развивающихся в организме сенсibilизированного ребенка, в результате чего формируется синдром полиорганной патологии;

– различие подходов к интерпретации клинических данных и методам их терапевтической коррекции у педиатров, дерматологов и аллергологов-иммунологов, наблюдающих и лечащих детей с АД.

Как следствие, расширяется арсенал лекарственных средств, рекомендуемых для использования при лечении детей, страдающих АД, что ведет к не всегда обоснованному назначению ЛС, таит опасность полипрагмазии и других врачебных ошибок.

В связи с вышеперечисленным стандарт лечения АД должен включать наряду с базисными ЛС (антигистаминные препараты, стабилизаторы мембран тучных клеток, глюкокортикоиды) дополнительный перечень медикаментов, направленных на коррекцию разнообразных патофизиологических нарушений, возникающих в организме больного во взаимосвязи с воспалительными процессами в коже.

Стандарт лечения является лишь основой для составления врачом индивидуальной программы терапии с учетом возраста, клинической формы, стадии развития АД, тяжести течения заболевания, характера сопутствующей патологии. При тяжелом течении АД следует учитывать также выраженность синдрома эндогенной интоксикации, состояние адаптивных органов и систем. В то же время использование многих ЛС этого направления с позиций доказательной медицины не получило своей оценки, и назрела необходимость апробации в соответствии с современными требованиями на базе ведущих лечебных учреждений страны основных протоколов лечения АД у детей.

Существенные трудности возникают в проведении системной терапии больных АД детей первого года жизни. Вместе с тем только рационально обоснованная терапия при первых манифестациях АД является профилактикой формирования хронических форм. У детей раннего возраста применение ЛС, нормализующих функцию пищеварения (энтеросорбенты, ферменты и т. д.), оказывает больший терапевтический эффект, чем у детей других возрастных периодов, а выбор ряда медикаментов (антигистаминные препараты, средства, регу-

лирующие состояние центральной нервной системы и др.) имеет свои существенные особенности.

Благоприятный исход АД (клиническое выздоровление, длительная клиническая ремиссия) имеет место в тех случаях, когда реализуется *стандарт реабилитации больных АД*. Он предполагает следующее.

1. Постоянное наблюдение у одного и того же квалифицированного врача (дерматолога, педиатра, аллерголога).

2. Активную позицию больного (или его родителей, если страдает ребенок) в строгом выполнении всех рекомендаций ведущего врача по направлениям, включающим:

- рациональное сбалансированное питание, нутритивную сорбцию;
- очищение организма (кишечник, кожа, почки) физиологическими способами (рисовая сорбция, сауна, баня и др.);
- пролонгированное воздействие на позвоночник (совместно с вертебрологом и невропатологом) с целью регуляции нейросудис-то-трофических процессов в коже (коррекция осанки, мануальная терапия, ЛФК, танцы, у-шу).

3. Психоэмоциональную коррекцию с оптимизацией микроклимата в семье (совместно с психологом, психотерапевтом).

4. Постоянный уход за кожей, проведение наружной терапии с использованием современных лекарственных средств по рекомендации ведущего врача.

5. Санаторно-курортное лечение, желательно в местных климатических условиях.

Эффективность терапии обусловливается двумя основными факторами:

- адекватными и детально изложенными рекомендациями врача (желательно в письменной форме) на 3–6-месячный период;
- активным выполнением всех рекомендаций больным (или родителями детей младшего возраста) при поддержке психолога и вере в выздоровление.