

© Немкова С.А., 2016

С.А. Немкова

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПОСТИНФЕКЦИОННОЙ АСТЕНИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

ФГБОУ ВО «Российский Национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова»
МЗ РФ, ФГАУ «Научный Центр здоровья детей» МЗ РФ, Москва, РФ

В статье освещены современные аспекты диагностики и лечения постинфекционных астенических состояний у детей и подростков с применением нового высокоэффективного ноотропного препарата комплексного действия – деанола ацеглумата (Нооклерин). Показано, что использование Нооклерина в комплексной терапии способствует уменьшению выраженности симптомов астении с улучшением сна, когнитивного статуса, редукцией головных болей, отчетливой положительной динамикой показателей качества жизни и повседневной активности пациентов.

Ключевые слова: астения, лечение, дети, инфекция, грипп, деанола ацеглумат, Нооклерин.

Цит.: С.А. Немкова. Современные подходы к лечению постинфекционной астении у детей и подростков. *Педиатрия*. 2016; 95 (6): 199–204.

S.A. Nemkova

MODERN APPROACHES TO POST-INFECTIOUS ASTHENIA TREATMENT IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Pirogov Russian National Research Medical University; Scientific Center of Children's Health, Moscow, Russia

The article high lights modern aspects of diagnosis and treatment of postinfectious asthenic conditions in children and adolescents with a new highly efficient nootropic drug with complex action – deanol aceglumate (Nooclerin). The article points that use of Nooclerin in complex therapy reduces severity of asthenia symptoms with improved sleep and cognitive status, headaches reduction, distinct positive dynamics of quality of life indicators and daily activities of patients.

Keywords: asthenia, treatment, children, infection, influenza, deanol aceglumate, Nooclerin.

Quote: S.A. Nemkova. Modern approaches to post-infectious asthenia treatment in children and adolescents. *Pediatrics*. 2016; 95 (6): 199–204.

Одной из наиболее распространенных жалоб при обращении пациентов к врачу является повышенная утомляемость. Частой причиной этого симптома могут быть астенические расстройства, которыми, по данным различных исследователей, страдают до 15–45% людей [1–3]. Астения характеризуется патологической усталостью после нормальной активности, сопровож-

дается недостатком энергии, необходимой для обеспечения нормальной жизнедеятельности и внимания, а также резким снижением работоспособности. Признаки астении отмечаются у 1,3% подростков, причем у девочек данная патология встречается достоверно чаще [3, 4].

Наряду с повышенной утомляемостью и психической неустойчивостью у больных астенией

Контактная информация:

Немкова Светлана Александровна – д.м.н., проф. каф. неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Российский Национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, старший научный сотрудник НИИ педиатрии ФГАУ «Научный Центр здоровья детей» МЗ РФ
Адрес: Россия, 117997, г. Москва, ул. Островитянова, 1
Тел.: (985) 921-64-18, E-mail: nemkova-sa@yandex.ru
Статья поступила 18.10.16, принята к печати 16.11.16.

Contact Information:

Nemkova Svetlana Alexandrovna – MD., prof. of Neurology, Neurosurgery and Medical Genetics Department, Pediatrics Faculty, Pirogov Russian National Research Medical University; Senior Researcher, Scientific Research Institute of Pediatrics, Scientific Center of Children's Health
Address: Russia, 117997, Moscow, Ostrovityanova str., 1
Tel.: (985) 921-64-18, E-mail: nemkova-sa@yandex.ru
Received on Oct. 18, 2016, submitted for publication on Nov. 16, 2016.

наблюдаются раздражительность, гиперестезия, вегетативные нарушения и расстройства сна [5, 6]. Если простую утомляемость после мобилизации психических и физических сил организма можно характеризовать как физиологическое, временное состояние, быстро проходящее после отдыха, то астения подразумевает более длительные патологические изменения, длящиеся месяцами и годами, справиться с которыми без врачебной помощи достаточно трудно [5].

В происхождении астении большинство исследователей указывает на значимость как цереброгенных, так и соматогенных факторов, при этом подчеркивается, что соматогенные факторы могут снижать порог чувствительности к психогении [5–8].

Классификация астенических состояний предполагает выделение следующих форм:

1. Органическая форма встречается у 45% пациентов и связана с хроническими соматическими заболеваниями или прогрессирующими патологиями (неврологическими, эндокринными, гематологическими, неопластическими, инфекционными, гепатологическими, аутоиммунными и др.);

2. Функциональная форма возникает у 55% больных и считается обратимым, временным состоянием. Такое расстройство также называют реактивным, так как оно является реакцией организма на стресс, переутомление или перенесенное острое заболевание (в т.ч. ОРВИ, грипп и др.) [1].

Отдельно выделяют «психическую астению», при которой наряду с функциональными пограничными расстройствами (тревога, депрессия, нарушения сна) выявляют астенический симптомокомплекс [1].

При классификации по остроте процесса выделяют «острую астению», которая представляет собой реакцию на стресс или незначительные перегрузки, и «хроническую астению», возникающую после инфекционных заболеваний, родов и др. [1].

По типу различают гиперстеническую астению, для которой характерна сверхвозбудимость сенсорного восприятия, и гипостеническую астению, для которой характерно снижение порога возбудимости и восприимчивости к внешним стимулам с вялостью и дневной сонливостью [1].

В МКБ-10 астенические состояния представлены в нескольких разделах: астения БДУ (R53), состояние истощения жизненных сил (Z73.0), недомогание и утомляемость (R53), психастения (F48.8), неврастения (F48.0), а также слабость: врожденная (P96.9), старческая (R54), истощение и усталость (вследствие) (при): нервной демобилизации (F43.0), чрезмерного напряжения (T73.3), опасности (T73.2), теплового воздействия (T67.), беременности (O26.8), старческой астении (R54), синдром усталости (F48.0), синдром утомляемости после перенесенной вирусной болезни (G93.3).

Постинфекционный астенический синдром:

- возникает в результате перенесенного заболевания инфекционного характера (ОРВИ, гриппа, ангины, гепатита и др.), встречается у 30% пациентов, которые обращаются с жалобами на физическую утомляемость;

- первые симптомы появляются через 1–2 недели после инфекционной болезни и сохраняются в течение 1–2 месяцев, при этом, если первопричина имела вирусное происхождение, то возможны периоды колебания температуры тела;

- преобладают ощущения общего утомления, усталости, усиливающиеся при физических нагрузках, слабости, раздражительности, нарушения сна, беспокойство, напряжение, трудности с концентрацией внимания, эмоциональная неустойчивость, обидчивость, плаксивость, вспыльчивость, капризность, впечатлительность, снижение аппетита, потливость, ощущение перебоев в сердце, нехватки воздуха, снижение порога переносимости различных раздражителей: громких звуков, яркого света, вестибулярных нагрузок [8–13].

Это объясняется тем, что после излечения основной болезни в организме остаются небольшие нарушения энергетических и метаболических процессов, которые и провоцируют развитие недомогания. Если астенический синдром оставлен без внимания, то его прогрессирование может стать причиной вторичного инфицирования, что существенно ухудшит работу иммунной системы и состояния больного в целом [13, 14].

Выделяются два основных типа постгриппозной астении:

- гиперстенического характера: этот вид астении бывает на ранних этапах при легких формах течения гриппа, и главными симптомами становятся внутреннее ощущение дискомфорта, повышенная раздражительность, неуверенность в себе, снижается работоспособность, появляются суетливость и несобранность;

- гипостенического характера: эта разновидность астении характерна для тяжелых форм гриппа, при этом прежде всего снижается активность, появляются сонливость и мышечная слабость, возможны кратковременные вспышки раздражительности, пациент не чувствует в себе силы для активной деятельности [8, 11].

Клиническими проявлениями постинфекционной астении являются [8, 14–17]:

- повышенная истощаемость психических и физических функций, при этом ведущими симптомами будут повышенная утомляемость, усталость и слабость, при этом нет возможности полноценно отдохнуть, что приводит к неспособности к длительному умственному и физическому напряжению.

Сопутствующие проявления астении:

- эмоциональная неустойчивость, которая чаще всего выражается в частой смене настроения, нетерпеливости, неусидчивости, чувстве

тревоги, раздражительности, беспокойстве, внутреннем напряжении, неспособности расслабиться;

- вегетативные или функциональные нарушения в виде частых головных болей, потливости, ухудшения аппетита, ощущения перебоев в сердце, одышки;
- когнитивные нарушения в виде снижения памяти и внимания;
- повышенная чувствительность к внешним раздражителям, например скрипу двери, шуму телевизора или стиральной машины;
- нарушение сна (появляются дневная сонливость, трудности засыпания ночью, после ночного отдыха пропадает чувство бодрости).

Катамнестические наблюдения за детьми, перенесшими грипп и ОРВИ, выявили, что основным нарушением, возникающим у детей после гриппа, является астения, имеющая свои особенности в зависимости от возраста [8, 18–20]. У маленьких детей астенические состояния чаще проявляются астено-гипердинамическим синдромом, у старших – астено-апатическим состоянием. Показано, что для церебральной астении ребенка характерны истощаемость, раздражительность, проявляющиеся аффективными вспышками, а также двигательная расторможенность, суетливость, подвижность, при этом длительные астенические состояния, развивающиеся у детей после гриппа, могут привести к нарушениям памяти, задержке психического развития и снижению умственных способностей, а также анорексии, повышенной потливости, сосудистой лабильности, длительному субфебрилитету, расстройствам сна, что позволило исследователям говорить о поражении диэнцефальной области [21, 22]. Диэнцефальная патология у детей после гриппа наиболее часто протекает в форме нейроэндокринных и вегетативно-сосудистых симптомов, диэнцефальной эпилепсии, нейромышечных и нейродистрофических синдромов. В значительной степени после гриппа страдает эмоциональная сфера ребенка. Д.Н. Исаев [10] отмечал у детей постгриппозные осложнения в форме психозов, в которых на первый план выступали эмоциональные расстройства. Об этом же говорят данные других исследователей, описавших у детей после гриппа расстройство настроения с преобладанием депрессии [15]. Отмечены развитие аментивно-делириозного синдрома, психосенсорных изменений, нарушения восприятия окружающего с недостаточной ориентацией. Помимо психических изменений, после гриппа возникают неврологические расстройства в виде нарушений слуха, зрения, речи, движений, судорожных приступов [22, 23].

Исследование психоэмоциональных расстройств у больных Эпштейна–Барра вирусным инфекционным мононуклеозом и паротитной инфекцией с серозным менингитом показало, что нарушения представлены в виде трех основ-

ных синдромов: астенического, астено-ипохондрического и астено-депрессивного, при этом разнообразие и частота встречаемости психоэмоциональных нарушений зависят от длительности и выраженности синдрома поствирусной астении и состояния вегетативной регуляции [20].

Результаты исследований, посвященных изучению катамнеза у больных с поражениями нервной системы после гриппа и энтеровирусной инфекции, выявили функциональные нарушения в виде астении, вялости, снижения аппетита, рассеянности, вегетативной лабильности (в форме сердечно-сосудистой дисфункции и изменения электрокардиограммы) и эмоциональной неуравновешенности, при этом частота возникновения указанных синдромов стояла в прямой зависимости от тяжести течения заболевания в острый период и преморбидных особенностей организма [20, 22, 24]. Преморбидному состоянию ребенка в развитии постгриппозных остаточных явлений со стороны нервной системы придается очень существенное значение [13, 14]. Установлена важная роль преморбидного состояния в особенностях острого периода заболевания, исхода болезни и в формировании резидуальных явлений [20]. Усугубляют неблагоприятное течение постгриппозного репаративного периода ранняя церебральная недостаточность в анамнезе (судороги, рахитическая гидроцефалия, повышенная возбудимость, черепные травмы в анамнезе), а также наследственная отягощенность. С целью изучения функционального состояния ЦНС у больных с постгриппозными осложнениями некоторыми авторами проводились электроэнцефалографические исследования, и полученные при этом результаты чаще всего указывали на явления торможения в ЦНС у пациентов с постинфекционной астенией [11, 20].

Наиболее крупное катамнестическое исследование состояния здоровья и особенностей развития 200 детей, переболевших гриппом и аденовирусной инфекцией, на протяжении 1–7 лет после выписки из стационара [9] показало, что в дальнейшем нормально развивались 63% пациентов, а у 37% обнаружены нарушения функционального характера в виде астении, эмоциональной и вегетативной лабильности, легких неврологических синдромов (высокие сухожильные рефлексy, клонус стоп и др.), при этом частота и выраженность патологических изменений зависели от тяжести поражения нервной системы в острую фазу болезни, а также от преморбидной отягощенности. Характер невропсихических нарушений в катамнезе был различен, наиболее часто отмечалась церебральная астения (у 49 детей из 74 с остаточными явлениями), которая проявлялась разнообразными симптомами (резкая истощаемость, вялость, легкая утомляемость, неспособность к длительному сосредоточенному напряжению, беспричинные капризы, рассеянность, изменение поведения). У школьников наблюдались снижение успевае-

мости, медлительность в приготовлении уроков, плохое запоминание прочитанного. У детей в возрасте до 3–5 лет имелись определенные особенности в проявлениях этого синдрома (повышенная раздражительность, возбудимость, излишняя подвижность, частые капризы). Вторым по частоте синдромом были эмоциональные нарушения, которые заключались в быстрой смене настроения, обидчивости, излишней впечатлительности, приступах агрессивности, злости, сменявшихся угнетенностью и плаксивостью. На третьем месте оказались выраженные вегетативные нарушения (лабильность пульса, колебания артериального давления, бледность, гипергидроз, холодные конечности, длительный субфебрилитет при отсутствии каких-либо воспалительных процессов), а также плохой аппетит, склонность к рвоте при насильственном кормлении [9]. Все эти симптомы косвенно указывали на поражение диэнцефальной области, при этом длительность указанных нарушений составляла 1–3 месяца, реже до 4–6 месяцев. Частота остаточных явлений была значительно ниже в той группе детей, у которых дома соблюдался правильный режим и выполнялись все указания, данные родителям перед выпиской. При церебральной астении важное значение придавалось созданию необходимого режима: удлинение ночного и дневного сна, длительное пребывание на воздухе, уменьшение школьной нагрузки (дополнительный свободный день в неделю), временное освобождение от усиленных занятий физкультурой с рекомендацией ежедневной утренней гимнастики, назначение витаминов, особенно группы В, препаратов, содержащих фосфор, усиленное, полноценное питание. При выраженной эмоциональной лабильности и вегетативной неуравновешенности, помимо общеукрепляющего лечения, применялись препараты валерианы, брома. Всех детей, перенесших грипп и другие респираторные вирусные инфекции с неврологическими расстройствами, на 6 месяцев освобождали от профилактических прививок. Также поставлен вопрос о целесообразности создания санаториев, специальных лесных школ и дошкольных учреждений для детей, перенесших респираторно-вирусные и другие заболевания с поражением ЦНС [8].

Таким образом, лечение астении предполагает полноценный восстановительный период после перенесенной инфекции, при этом обязательным являются укрепление иммунной системы, полноценное питание, здоровый сон и отдых, рациональная фармакотерапия [8, 24, 25].

Использование психостимуляторов для лечения больных с постинфекционной астенией нежелательно. Достижение психостимулирующего эффекта для подобных пациентов возможно препаратами нейрометаболического ряда, ноотропами, которые в настоящее время выделяют в группу антиастенических средств (нооклерин, беметил, пантогам, клережил, кле-

регил), а также использованием адаптогенов и витаминных комплексов.

Одним из препаратов антиастенической направленности является деанола ацеглумат (Нооклерин, «ПИК-Фарма», Россия) – современный ноотропный препарат комплексного действия, обладающий структурным сходством с ГАМК и глутаминовой кислотой, рекомендованный к применению у детей с 10 лет [26–29]. Нооклерин, являясь непрямым активатором метаболитных глутаматных рецепторов (3-го типа), предшественником холина и ацетилхолина, влияет на обмен нейромедиаторов в ЦНС, обладает нейропротекторной активностью, повышает энергообеспечение мозга и устойчивость к гипоксии, улучшает усвоение глюкозы нейронами, модулирует дезинтоксигирующую функцию печени [26–28].

Препарат прошел широкое и многоплановое изучение в крупных медицинских центрах России (8 клиник на 800 больных), и полученные при этом результаты свидетельствовали о значительном положительном влиянии Нооклерина на астенические (прежде всего, вялость, слабость, истощаемость, рассеянность, забывчивость) и динамические расстройства [29–31]. Показано, что наиболее выраженную терапевтическую эффективность Нооклерин оказывает при астении (100%), астенодепрессивных состояниях (75%) и при динамических депрессивных расстройствах (88%), повышая активность поведения в целом и улучшая общий тонус и настроение [29]. Деанола ацеглумат включен в стандарты специализированной медицинской помощи РФ и может применяться при органических, включая симптоматические, психических расстройствах, депрессивных и тревожных расстройствах. Результаты многочисленных исследований свидетельствуют, что Нооклерин является эффективным и безопасным препаратом для лечения астенических и астенодепрессивных состояний, а также когнитивных и поведенческих расстройств различного генеза у детей.

Показана высокая терапевтическая эффективность Нооклерина в лечении постинфекционной астении у детей, перенесших серозный менингит [37]. Было проведено клинко-лабораторное обследование 50 больных с серозным менингитом в возрасте от 10 до 18 лет, при этом у 64% пациентов была установлена энтеровирусная этиология заболевания, а 36% перенесли серозный менингит неустановленной этиологии. 1-я группа (основная) вместе с базовой терапией серозного менингита получала препарат Нооклерин с 5-го дня госпитализации, 2-я группа (группа сравнения) получала только базовую терапию (противовирусные, дегидратационные, дезинтоксикационные препараты). Оценивали степень астении по «Шкале симптомов астении у детей» и «Шкале астении Шаца», качество жизни при помощи опросника PedsQL4.0., а также динамику параметров ЭЭГ. Полученные

результаты показали, что в периоде реконвалесценции через 2 месяца после выписки из стационара проявления церебрастенического синдрома в группе сравнения выявлялись значительно чаще, чем у детей, получавших Нооклерин. Проведенное тестирование больных серозными менингитами по двум шкалам («Опросник для выявления уровня астении И.К. Шаца» и «Шкала симптомов астении у детей») для определения уровня астении в остром периоде заболевания и в катамнезе через 2 месяца после выписки в различных группах выявило достоверно более низкий уровень развития астенических проявлений у детей, получавших Нооклерин, к моменту выписки из стационара, а также значительное уменьшение проявлений астении через 2 месяца приема препарата, по сравнению с группой сравнения. Полученные данные подтверждают тот факт, что Нооклерин оказывает не только психостимулирующее, но и церебропротективное действие. При оценке качества жизни у этих пациентов проведенное исследование выявило снижение уровня качества жизни через 2 месяца после перенесенного серозного менингита у детей, получавших только базовую терапию в остром периоде заболевания, в то время как у детей, получавших вместе с базовой терапией серозного менингита в течение 2 месяцев Нооклерин, качество жизни оставалось на первоначальном уровне. Данные, полученные при ЭЭГ-обследовании в остром периоде заболевания и в катамнезе через 2 месяца после выписки из стационара, полностью коррелировали с клиническими наблюдениями и данными, полученными при анкетировании больных. Авторами сделано предположение, что Нооклерин как препарат, по своей химической структуре близкий к естественным веществам, оптимизирующим деятельность мозга (гамма-аминомасляная и глутаминовая кислоты), при применении у детей, больных серозными менингитами, облегчая процесс передачи нервного импульса, улучшая фиксацию, консолидацию и воспроизведение памятных следов, стимулируя процессы тканевого обмена, способствует оптимизации нейрометаболических процессов, что

предупреждает формирование органического дефицита. В целом, полученные в исследовании результаты показали высокую терапевтическую эффективность Нооклерина, а также подтвердили его психостимулирующее, нейрометаболическое и церебропротективное действие, наряду с хорошей переносимостью, что позволило рекомендовать его к включению в стандарт оказания помощи детям, переносящим серозный менингит, для профилактики и лечения постинфекционной астении с целью улучшения исходов заболевания [37].

Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют, что Нооклерин является высокоэффективным и безопасным средством для лечения широкого круга состояний, сопровождающихся явлениями астении. К этим состояниям относятся повышенная хроническая утомляемость, слабость, хронические органические неврологические, психические, соматические и инфекционные заболевания. Препарат Нооклерин вызывает достаточно быстрое уменьшение астенических нарушений у большинства пациентов, при этом достоинством препарата является отсутствие у него отрицательных свойств и осложнений, характерных для других психостимуляторов. Все перечисленное позволяет рекомендовать Нооклерин в качестве эффективного и безопасного средства в терапии астенических состояний у детей и подростков, в т.ч. постинфекционной астении.

В комплексной фармакотерапии астении после гриппа и ОРВИ также широко используются поливитамины и растительные общеукрепляющие препараты – экстракт элеутерококка (*Extractum Eleutherococci*), настойка лимонника (*Tinctura fructuum Schizandrae*) или женьшеня (*Tinctura Ginseng*). Если усталость сочетается с повышенной раздражительностью, рекомендованы седативные препараты растительного или комбинированного состава, – персен, нервофлюкс, ново-пассит, настойка валерианы, пустырника, экстракт пассифлоры, а также средства, содержащие магний (Магне В₆).

Конфликт интересов: исследование никем не спонсировалось, конфликта интересов нет.

Литература

1. Чутко Л.С. Неврозы у детей. М.: Медпресс-Информ, 2016: 222 с.
2. Farmer A, Fowler T, Scourfield J, Thapar A. Prevalence of chronic disabling fatigue in children and adolescents. *Br. J. Psychiatry*. 2004; 184: 477–481.
3. Rimes KA, Goodman R, Hotopf M, Wessely S, Meltzer H, Chalder T. Incidence, prognosis, and risk factors for fatigue and chronic fatigue syndrome in adolescents: a prospective community study. *Pediatrics*. 2007; 119 (3): 45–51.
4. Nijhof SL, Maijer K, Bleijenberg G, Uiterwaal CS, Kimpen JL, van de Putte EM. Adolescent chronic fatigue syndrome: prevalence, incidence, and morbidity. *Pediatrics*. 2011; 127 (5): 1169–1175.
5. Гарбузов В.И., Фесенко Ю.А. Неврозы у детей. М.: Каро, 2013: 336 с.
6. Гиндикин В.Я. Соматогенные и соматоформные рас-

стройства (клиника, дифференциальная диагностика, лечение). М.: Триада-Х, 2000: 256 с.

7. Крейнделер А. Астенический невроз: Пер. с рум. Бухарест: Издательство Академии Румынской народной республики, 1963: 410 с.

8. Ладодо К.С. Респираторные вирусные инфекции и поражение нервной системы у детей. М.: Медицина, 1972: 184 с.

9. Мартыненко И.Н., Лещинская Е.В., Леонтьева И.Я., Гореликов А.П. Исходы острых вирусных энцефалитов у детей по данным катамнестического наблюдения. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1991; 91 (2): 37–40.

10. Исаев Д.Н. Психопатология детского возраста. СПб.: СпецЛит, 2001: 464 с.

11. Макаров И.В. Клиническая психиатрия детского и

подросткового возраста. СПб.: Наука и техника, 2013: 415 с.

12. Гольденберг М.А., Солодкая В.А. Изменения психики при своеобразной форме нейроинфекции. Журнал невропатологии и психиатрии. 1984; 84, 5: 10–15.

13. Тарасова Н.Ю. Сравнительная характеристика психоэмоциональных нарушений при некоторых вирусных заболеваниях: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2002.

14. Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Никишена И.С. Астенические расстройства у детей: Клиническая гетерогенность и дифференцированная терапия. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014; 12: 99–103.

15. Lytvin L. Astenic syndrome in children. Baby Health. 2012; 5 (32): 7–11.

16. Lembray KIS. Asthenia in children with chronic viral hepatitis. Baby Health. 2015; (60): 25–28.

17. Шац И.К. Психические расстройства у детей. Вестник педиатрии. 2005; 6: 41–43.

18. Скрипченко Н.В., Вильниц А.А., Иванова М.В., Иванова Г.П. и др. Менингококковая инфекция у детей. Эпидемиология и инфекционные болезни. 2005; 5: 20–27.

19. Киклевич В.Т. Смешанная респираторно-вирусная инфекция у детей. Журнал инфекционной патологии (Иркутск). 1998; 5 (1): 33–34.

20. Левченко Н.В., Богомолова И.К., Чаванина С.А. Результаты катamnестического наблюдения за детьми после гриппа А/Н1N1/09. Забайкальский медицинский вестник. 2014; 2: 23–27.

21. Тарасова Н.Ю. Сравнительная характеристика психоэмоциональных нарушений при некоторых вирусных заболеваниях: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2002.

22. Гиллберг К., Хеллгрэн Л. Психиатрия детского и подросткового возраста. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2004: 544 с.

23. Мартынов Ю.С. Поражение нервной системы при гриппе и гриппоподобных заболеваниях. М.: Медицина, 1970.

24. Буторина Н.Е., Ретюнский К.Ю. Затяжные системные расстройства в детском возрасте. Екатеринбург: Экспресс-дизайн, 2005: 280 с.

25. Задорожная В.И. Роль энтеровирусов в патологии нервной системы. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1997; 12: 85–89.

26. Морозов П.В. Новый отечественный ноотропный препарат «Нооклерин» (обзор). Психиатрия и психофармакология. 2003; 5 (6): 262–267.

27. Медведев В.Э. Новые возможности лечения астенических расстройств в психиатрической, неврологической и соматической практике. Психиатрия и психофармакотерапия. 2013; 5 (4): 100–105.

28. Дикая В.И., Владимиров Т.В., Никифорова М.Д., Пантелева Г.П. Отчет НЦПЗ РАМН. М., 1992.

29. Попов Ю.В. Применение Нооклерина у подростков в качестве антиастенического средства. Психиатрия и психофармакотерапия. 2004; 6 (4): 194–196.

30. Александровский Ю.А., Аведисова А.С., Ястребов Д.В. и др. Применение препарата Нооклерин в качестве антиастенического средства у больных с функциональной астенией. Психиатрия и психофармакотерапия. 2003; 4: 164–166.

31. Мазур А.Г., Шпрехер Б.Л. Отчет по применению нового лекарственного препарата Деманол. М., 2008.

32. Сухотина Н.К., Крыжановская И.Л., Куприянова Т.А., Коновалова В.В. Нооклерин в терапии детей с пограничной психической патологией. Практика педиатра. 2011; сентябрь: 40–44.

33. Чутко Л.С. Применение нооклерина при лечении неврастении у подростков с школьной дезадаптацией. Вопросы современной педиатрии. 2013; 12 (5): 99–103.

34. Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Никишена И.С., Яковенко Е.А., Анисимова Т.И. Лечение неврастении у подростков. Русский медицинский журнал. 2015; 3: 122–126.

35. Шипилова Е.М., Заваденко Н.Н., Нестеровский Ю.Е. Возможности профилактической терапии при головной боли напряжения у детей и подростков. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2016; 4 (2): 31–36.

36. Манько О.М. Нейрометаболические стимуляторы (пикамилон и нооклер) и функциональное состояние зрительного анализатора у больных с невротическими расстройствами: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Купавна, 1997.

37. Иванова М.В., Скрипченко Н.В., Матюнина Н.В., Вильниц А.А., Войтенков В.В. Новые возможности нейропротективной терапии при серьезных менингитах у детей. Журнал инфектологии. 2014; 6 (2): 59–64.

РЕФЕРАТЫ

ВЛИЯНИЕ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ НА СИМПТОМЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В МЛАДЕНЧЕСТВЕ

Задача исследования – оценить воздействие потенциальных факторов риска на развитие респираторных симптомов и их специфические модификации в зависимости от типа вскармливания у детей первого года жизни. Проспективное исследование включало 436 здоровых доношенных детей. Тип грудного вскармливания, а также частоту и тяжесть респираторных симптомов оценивали еженедельно в ходе телефонного опроса в течение первого года жизни. Факторы риска (например, курение матери до и после родов, способ родов, гестационный возраст, атопия матери и количество старших братьев и сестер) были получены с использованием стандартизированных анкет. Еженедельные измерения твердых частиц <10 мкг были предоставлены местными станциями мониторинга. Связи между факторами были исследованы с помощью обобщенной аддитивной смешанной модели с квази-распределением Пуассона. Исследование показало, что грудное вскармливание

снижает частоту и тяжесть респираторных симптомов главным образом в течение первых 27 недель жизни (относительный риск 0,7; 95% ДИ 0,55–0,88). Защитный эффект грудного вскармливания действовал на девочек, но не на мальчиков. В течение первых 27 недель жизни грудное вскармливание ослабляет влияние таких факторов, как курение матери во время беременности, гестационный возраст и роды путем кесарева сечения на респираторные симптомы. Не найдено доказательств взаимосвязи между грудным вскармливанием и атопией, наличием и количеством старших братьев и сестер, посещений детского врача или наличием твердых частиц <10 мкг.

Olga Gorlanova, Simone Thalmann, Elena Proietti, Georgette Stern, Philipp Latzin, Claudia Kühni, Martin Rössli, Urs Frey. *The Journal of Pediatrics*, 2016; 174: 111–117.