время как в контрольной группе они наблюдались лишь в 16% случаев ($p < 0,05$). У обследованных женщин контрольной группы все дети родились доношенными, в то время как в основной группе 20% детей были недоношенными ($p < 0,05$).

В основной группе 80% детей родились без признаков асфиксии, в остальных 20% случаев у детей наблюдалась асфиксия разной степени тяжести. У женщин с СПКЯ в анамнезе (основная группа) 72% детей имели нормальную массу тела (2500–4000 г.), однако в 24% случаев дети имели низкую массу тела (менее 2500 г.), в контрольной группе таких случаев не обнаружено ($p < 0,05$) (таб. 2).

Таблица 2

Перинатальные исходы.

	Основная группа	Контрольная группа	р-значение
Доношенные	80% (40)	100% (50)	$p < 0,05$
Недоношенные	20% (10)	-	$p < 0,05$
Асфиксия лег.ст	12% (6)	-	-
Асфиксия ср.ст	8% (4)	-	-
Без асфиксии	80% (40)	100% (50)	$p < 0,05$
Масса тела менее 2500 г.	24% (12)	-	$p < 0,05$
Масса тела 2500-4000 г.	72% (36)	92% (46)	$p < 0,05$
Масса тела более 4000 г.	4% (2)	8% (4)	$p > 0,05$

Выводы:

Женщины с СПКЯ в анамнезе представляют группу риска по развитию осложнений течения беременности, таких как: протромботическое состояние, плацентарная недостаточность, угрожающий преждевременный выкидыш, гестационная артериальная гипертензия, гипоксия плода ($p < 0,05$). Достоверно чаще женщины с СПКЯ в анамнезе родоразрешаются своевременно путем ($p < 0,05$). Большинство детей, рожденные у женщин с СПКЯ в анамнезе доношенные и имеют нормальную массу тела.

1. Гуриев, Т. Д. Синдром поликистозных яичников / Гуриев, Т. Д. // Ж. акушерство, гинекология, репродукция. – 2013. Т.22, №4. – С. 18-25.
2. Парамонова, О.В. Современные взгляды на методы диагностики и лечения синдрома поликистозных яичников / Парамонова, О.В. Коренская, Е.Г. Трофименко, А.С. Зборовская, И.А.Александровна // Ж. Медицинский альманах. – 2012. Т.11, №8. – С. 20-26.
3. Савельева, Г.Т. Проблема СПКЯ, диагностика, лечение/ Савельева, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, И.Б. Манухина, В.Е. Радзинский // Гинекология. Национальное руководство. – 2017. Т.55, 220-228.
4. Унанян, А.Л. Синдром гиперандрогенизма в практике гинеколога / Унанян, А.Л., Руднева, О.Д. // Ж. StatusPraesens. – 2014. Т.34, № 4. – С. 20.
5. Шестакова, И.Г. СПКЯ: новый взгляд на проблему. Многообразие симптомов, дифференциальная диагностика и лечение СПКЯ / Шестакова, И.Г. Рябинкина, Т.С. под ред. Радзинский, В.Е. // Ж. StatusPraesens. – 2015. Т.37, № 6. – С. 28.

**Дурнова Н. А., Раджабов Х. М., Березуцкий М. А.,
Белоногова Ю. В., Комарова Е. Э.**

**Перспективы использования препарата «Глицирам» в педиатрической
практике (обзор)**

*Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского
(Россия, Саратов)*

doi:10.18411/lj-05-2018-97

idsp: 000001:lj-05-2018-97

Аннотация

Рассматриваются перспективы применения препарата «Глицирам» (моноаммониевая соль глицирризиновой кислоты) в педиатрической практике. Констатируется, что препарат показывает хорошие результаты при использовании в

педиатрии преимущественно в составе комплексной терапии бронхиальной астмы, аллергии с дерматореспираторными проявлениями, экссудативной формы атопического дерматита, острого герпетического стоматита, острых респираторных инфекций, а также для производства суппозитория.

Ключевые слова: «Глицирам», педиатрия, бронхиальная астма, атопический дерматит, герпетический стоматит, респираторные инфекции, суппозитории.

Солодка (*Glycyrrhiza L.*) относится к числу ценнейших лекарственных растений [7]. Она активно используется в современной научной медицине, а в китайской и тибетской традиционной медицине находит применение уже на протяжении многих столетий [5, 8]. Важнейшими биологически активными веществами растения являются глицирризиновая кислота и ее калиевые и кальциевые соли [10]. Моноаммониевая соль глицирризиновой кислоты под названием «Глицирам» выпускается в виде таблеток, мазей и суппозитория. Данный препарат рекомендован как противовоспалительное и антиаллергенное средство [11]. В последние годы получены данные, свидетельствующие о перспективности применения этого препарата также и в педиатрической практике.

Глицирам находит место в терапии легкой персистирующей бронхиальной астмы у детей, способствуя уменьшению потребности в ингаляционных глюкокортикостероидах и снижая неспецифическую гиперреактивность бронхов [3]. Под наблюдением находились 3 группы детей (42 мальчика и 13 девочек в возрасте от 6 до 18 лет с диагнозом бронхиальная астма легкого персистирующего течения в стадии ремиссии). В первой группе дети получали терапию в виде ингаляционных глюкокортикостероидов, которым при снижении объема базисной терапии дополнительно вводился препарат глицирам. Это не вызвало ухудшение клинико-функциональных показателей, что позволило использовать в качестве базисной терапии сверхнизкие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов (до 80 мкг в сутки при 142,5 мкг в сутки во второй контрольной группе). В третьей группе детям, впервые обратившимся в аллергоцентр в фазе ремиссии, для подтверждения неспецифической гиперреактивности бронхов проводили ингаляционные проверочные тесты с возрастающими концентрациями NaCl. У этой группы применение глицирама в течение 30 дней позволило снизить порог чувствительности к ингаляциям гипертонического раствора NaCl в среднем с 117,6 мг (36–288 мг) до 263 мг (72–576 мг), т.е. в среднем в 2,2 раза. В другом исследовании было показано, что противоастматическая терапия с включением глицирама нормализовала клеточные взаимоотношения в иммунной системе, снижала уровень апоптоза лимфоцитов, но величины показателей не достигали значений здоровых детей [6].

Препарат «Глицирам» (в составе комплекса средств) показал хорошие результаты при фармакологической коррекции нарушений функций нейтрофильных гранулоцитов у детей с дерматореспираторными проявлениями аллергии [9]. Обследовались 32 ребенка в возрасте до 3 лет. У большинства из них присутствовали полиморфные высыпания на коже лица и передней поверхности конечностей, зуд, шелушение, склонность к рецидивирующему ринофарингиту, бронхиту. В качестве терапии использовали лития карбонат, кварцетин, α -токоферола ацетат и глицирам в течение 2,5 - 3 недель. В результате применения препаратов улучшилось состояние детей, регрессировали кожные проявления аллергии. Терапия способствовала более быстрому и выраженному по сравнению с контрольной группой приросту пула нейтрофильных гранулоцитов. Нейтрофилия сохранялась в течение нескольких недель и даже месяцев после отмены препарата. У большинства больных повышались показатели хемотаксиса, подвижность клеток и способность к фагоцитозу, у некоторых они оставались на исходном уровне. Катамнестическое наблюдение показало стабильность благоприятных изменений у большинства обследованных детей, что позволило рекомендовать предложенный метод

для широкого использования в терапии и реабилитации детей с дерматореспираторными проявлениями аллергии.

Глицирам нашел также применение при терапии экссудативной формы атопического дерматита у детей. Препарат использовался для коррекции энзиматических нарушений иммунокомпетентных клеток [12]. Наблюдались 20 детей, которым проводилась метаболическая иммунореабилитация; они получали глицирам по авторской схеме. Результаты исследований показали положительное влияние препарата на клинико-иммунологические показатели, как в ближайшем, так и в отдаленном периодах наблюдений. Прием глицирама вызвал увеличение активности глицирол-3-фосфатдегидрогеназы, что привело к более насыщенному поступлению продуктов катаболизма липидов на гликолиз. Более полно потреблялся наработанный пируват. Возросла роль шунтирования медленных участков цикла Кребса. Повысилась активность НАД-зависимых изоцитратдегидрогеназ; снизилась гиперактивность глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы. Данное перераспределение привело к усилению функциональной активности иммуноцитов.

Данный препарат оказался эффективным в комплексном лечении острого герпетического стоматита, который занимает одно из ведущих мест в детской инфекционной патологии [2]. Наблюдались две группы детей (по 20 человек в каждой) в возрасте от 1 года до 5 лет со среднетяжелой формой данного заболевания. Детям второй группы кроме традиционного местного лечения, как в первой группе, назначался «Глицирам» в возрастной дозе в течение 2 недель. После проведенного лечения у детей второй группы, по сравнению с первой, наблюдались лучшие показатели местного иммунитета: отмечался более высокий уровень активности лизоцима слюны (1 группа – 53,2%; 2 группа – 56,9%), более выраженная нормализация содержания сывороточных иммуноглобулинов (G: 1 группа – 0,465 г/л; 2 группа – 0,340 г/л и A: 1 группа – 0,363 г/л; 2 группа – 0,225 г/л) и секреторного иммуноглобулина в смешанной слюне (1 группа – 0,433 г/л; 2 группа – 0,336 г/л). Также наблюдалась ликвидация местных и общих симптомов заболевания.

Глицирам рекомендован также к применению в составе комплексной фармакотерапии острых респираторных инфекций у детей в качестве противовоспалительного, спазмолитического и мукалтического средства [4]. Препарат назначают в гранулах по 0,025 г, предварительно растворенных в 20 мл теплой кипяченой воды: детям в возрасте от 5-ти мес. до 3-х лет – 2 раза в день; от 3-х лет до 5-ти лет – 3 раза в день; от 5-ти лет до 10-ти лет – 3–4 раза в день через 30 минут после еды. Курс лечения составляет от 3 до 30 дней.

В связи с обращением НИИ педиатрии РАМН были разработаны детские суппозитории с глицирамом в дозе 0,025 г [1]. Биодоступность препарата из суппозитория подтверждена фармакокинетическими исследованиями на кроликах. Ректальный путь введения обеспечил достоверно более высокую концентрацию глицирама, чем пероральный. Наиболее высокий уровень концентрации наблюдался при введении суппозитория на масле какао.

Таким образом, препарат «Глицирам» имеет хорошие перспективы применения в педиатрии преимущественно в составе комплексной терапии бронхиальной астмы, аллергии с дерматореспираторными проявлениями, экссудативной формы атопического дерматита, острого герпетического стоматита, острых респираторных инфекций, а также для производства суппозитория.

1. Абрамович Р. А. Создание и исследование суппозитория для детей с глицирамом, антраценнином, экстрактом алоэ сухим. Автореф. дис. ... канд. фарм. наук. М., 1994. 23 с.
2. Алиева Р. К., Мирзаде Э. С. Применение препарата солодки голой (лакрицы) в комплексном лечении острого герпетического стоматита у детей // Стоматология детского возраста и профилактика. 2009. № 3. С. 19 – 21.

3. Березовский А. С., Незабудкин С. Н., Незабудкина А. С., Антонова Т.И. Место аммония глицирризината (глицирама) в терапии легкой персистирующей бронхиальной астмы у детей // Аллергология и иммунология в педиатрии. 2012. № 3 (30). С. 22 – 26.
4. Булгакова В.А. Острые респираторные инфекции у детей: рациональный выбор фармакотерапии // Поликлиника. 2012. № 1. С. 46 – 53.
5. Дурнова Н.А., Березуцкий М.А., Оглезнева А.А., Сигарева Л.Е. Использование лекарственного сырья солодки (*Glycyrrhiza* L., Fabaceae) в тибетской традиционной медицине // Бюллетень Ботанического сада Саратовского государственного университета. 2017. Т. 15. № 1. С. 44-49.
6. Каладзе Н. Н., Бабак М. Л., Соболева Е. М., Олексенко Л. Л. Взаимосвязь нарушений в иммунной системе с апоптозом иммунокомпетентных клеток у детей с бронхиальной астмой // Перинатология и педиатрия. 2010. № 1 (41). С. 111.
7. Кароматов И. Д. Солодка, лакричник, лакрица – применение в медицине (обзор литературы) // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. 2013. № 11-2. С. 230-235.
8. Комарова Е. Э., Белоногова Ю. В., Березуцкий М. А., Осяева А. И., Василенко М. В. Использование лекарственного сырья солодки (*Glycyrrhiza* L., Fabaceae) в китайской традиционной медицине // Тенденции развития науки и образования. 2018. № 37-5. С. 12-13.
9. Мельник А.И., Мельник В.А. Фармакологическая коррекция нарушений функции нейтрофильных гранулоцитов у детей с дермато-респираторными проявлениями аллергии // Иммунология и аллергия. Вып. 25. Киев, 1991. С. 82 - 84.
10. Соколов С. Я., Замотаев И. П. Лекарственные растения. М., 1993. 512 с.
11. Толстиков Г. А., Балтина Л. А., Шульц Э.Э., Покровский А. Г. Глицирризиновая кислота // Биоорганическая химия. 1997. Т. 23. № 9. С. 691 – 709.
12. Шакина Н. А. Энзиматические нарушения иммунокомпетентных клеток у детей с atopическим дерматитом и методы их коррекции. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Красноярск, 2002. 24 с.

Иванов С.В., Молнар Л.М., Маллаев А.А., Божко М.М.

Влияние хлорированной воды на состояние кожи и волос человека

*Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского Медицинская академия им.
С.И. Георгиевского (структурное подразделение)
(Россия, Симферополь)*

doi:10.18411/lj-05-2018-98

idsp: 000001:lj-05-2018-98

Аннотация

В статье изложены вопросы о влиянии использования хлора, как способа обеззараживания питьевой воды, на возникновение различных заболеваний. Проведено исследование, в ходе которого было доказано, что именно хлорированная вода оказывает повреждающее действие на кожу, волосы и весь организм в целом. Полный отказ от применения хлорированной воды в течение 6 месяцев приводит к значительному улучшению состояния кожи и волос, а также снижает ряд заболеваний, связанных с применением хлорированной воды

Ключевые слова: вода, хлорирование, волосы, кожа, здоровье, хлор.

Введение. Вода – это универсальный растворитель для питательных и минеральных веществ, аминокислот, витаминов. Она способна регулировать температуру нашего тела, способствует выведению из организма продуктов жизнедеятельности и различных токсических компонентов.

На сегодняшний день гигиене воды уделяется серьезное внимание. Современные методы обеззараживания питьевой воды способны очистить ее от бактерий, грибов, вирусов.

Одним из самых популярных способов очищения воды является хлорирование. Хлорирование питьевой воды – это процесс, при котором воду подвергают воздействию хлора, за счет чего она обезвреживается. Кроме главной функции – дезинфекции, благодаря уникальным окислительным свойствам, соединения хлора обеспечивают контроль за вкусовыми качествами и запахом, предотвращение роста водорослей,