

СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ОРВИ

В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

В статье рассматриваются актуальные вопросы симптоматического лечения ОРВИ в детском возрасте, необходимость назначения антипиретиков и рациональность использования комбинированных препаратов с учетом катарального синдрома.

Ключевые слова: ОРВИ, дети, лихорадка, антипиретики.

N.E. BOIKOVA, T.I. GARASHCHENKO

Scientific and Clinical Center of Otorhinolaryngology of the Federal Medico-Biological Agency of the Russian Federation, Moscow
SYMPTOMATIC MANAGEMENT OF ARVI IN PAEDIATRIC PRACTICE

The article discusses topical issues of symptomatic management of acute respiratory viral infections at an early age, the need for antipyretics and the rationality of using combination drugs with due regard to the catarrhal syndrome.

Keywords: ARVI, children, fever, antipyretics.

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) – целая группа заболеваний, похожих по своим признакам, характеризующаяся поражением, в подавляющем большинстве случаев, органов дыхания. Основной путь передачи респираторного вируса – воздушно-капельный. В процессе развития вирусное заболевание может осложняться бактериальной инфекцией – от риносинусита до пневмонии. Основные симптомы ОРВИ – повышение температуры, насморк, кашель, чихание, головная боль, боль в горле, глазных яблоках, отечность слизистых, рвота, жидкий стул, ощущение разбитости и др.

ОРВИ является самым распространенным инфекционным заболеванием в развитых странах: в среднем за год взрослый болеет ОРВИ не реже 2–3 раз, ребенок – 6–10 раз. Известны отдельные случаи, когда клинических симптомов заболевания не возникает [1].

В развитии ОРВИ отмечают острое начало, которое проявляется двумя основными синдромами – катаральным и интоксикационным.

Катаральный синдром характеризуется насморком, чиханием, слезотечением, кашлем, болезненностью в горле, болью при глотании.

Данные признаки ОРВИ у детей становятся показанием к началу терапевтического воздействия.

При отсутствии катарального синдрома или неадекватной терапии, что приводит к дальнейшему развитию процесса, появляются признаки интоксикации вследствие выделения возбудителем в кровь продуктов своей жизнедеятельности.

В интоксикационном синдроме отмечают нарушения со стороны нервной системы – слабость, апатию, утомляемость, жар, головную боль, боль в глазах, мышечную боль; со стороны органов желудочно-кишечного тракта – снижение аппетита, тошноту, рвоту, жидкий стул; поражение иммунной системы – увеличение региональных лимфоузлов.

В России лихорадка у детей наиболее часто встречается при инфекционных заболеваниях, особенно при ОРВИ. Большинство детей с ОРВИ лечатся на дому, неред-

ко родители прибегают к самолечению с использованием безрецептурных анальгетиков [2].

Лихорадка – неспецифическая защитная реакция человека, которая выработана в процессе эволюции, представляет собой ответ организма на болезнь или другое повреждение, которое характеризуется повышением температуры организма [3, 4].

При лихорадке все возможные механизмы терморегуляции направлены на усиленный нагрев тела за счет возрастания теплопродукции и ограничения теплоотдачи для удаления повреждающего агента.

Повышение температуры тела является необходимой ответной защитной реакцией организма, активирующей иммунную систему, усиливающей фагоцитоз, стимулирующей образование интерферона, выработку антител, что приводит к подавлению размножения многих вирусов и бактерий.

Лихорадочный процесс обычно протекает в три стадии. В первой стадии температура тела повышается, во второй она сохраняется некоторое время на повышенном уровне, в третьей температура снижается до исходного уровня.

После того как в первой стадии лихорадки температура поднялась на определенный уровень, она остается такой в течение некоторого времени (дни, часы). Так как при этом увеличивается теплоотдача, то дальнейшего повышения температуры не происходит. Включение теплоотдачи происходит благодаря расширению периферических сосудов, бледность кожи сменяется ее гиперемией, появляется чувство жара. После прекращения действия пирогенов центр терморегуляции приходит в прежнее состояние, установочная точка температуры опускается до нормального уровня. Накопившееся в организме тепло выводится за счет расширения кожных сосудов, обильного потоотделения и частого дыхания. Снижение температуры может быть постепенным, литическим (несколько суток) или быстрым, критическим (несколько часов). В последнем случае оно сопровождается резким расширением сосудов, а если это сочетается с интоксикацией, то может возникнуть опасный для жизни коллапс.

Лихорадка у детей в большинстве случаев является защитной реакцией. При повышении температуры тела многие вирусы и бактерии прекращают размножаться или погибают, значительно активизируется их фагоцитоз, стимулируется выработка антител, образование интерферона и других цитокинов. У большинства детей умеренная лихорадка (до 38,5 °С) не вызывает серьезного дискомфорта. Поэтому, учитывая физиологическую роль лихорадки, не всегда целесообразно добиваться полной нормализации температуры. Если ребенок, несмотря на лихорадку, остается активным, то назначение жаропонижающих будет преждевременным – в этом случае необходимо дальнейшее наблюдение за развитием заболевания.

РУТИННЫЕ ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Общие вспомогательные терапевтические меры при детской лихорадке включают в себя:

- обеспечение постельного режима (при температуре у ребенка выше 38–38,5 °С, сопровождающейся плохим общим самочувствием);
- обильное питье для увеличения потоотделения с целью повышения теплоотдачи (отвар шиповника, подслащенный чай, компот);
- предоставление пищи в зависимости от аппетита (предпочтение отдается углеводсодержащим продуктам);
- регулярный контроль опорожнения кишечника (использование очистительных клизм);
- прием ребенком аскорбиновой кислоты (с возможностью увеличения возрастной нормы в 1,5–2 раза).

На всех этапах лечения родителям необходимо помнить о том, что ребенок должен получать много жидкости (питье должно быть теплым или горячим), проветривать помещение, в котором пребывает пациент, следить за влажностью воздуха в помещении, температурой и чистотой.

Повышение температуры тела является необходимой ответной защитной реакцией организма, активирующей иммунную систему, усиливающей фагоцитоз, стимулирующей образование интерферона, выработку антител, что приводит к подавлению размножения многих вирусов и бактерий

Лихорадочные состояния у детей являются главной причиной вызова педиатра на дом и назначения жаропонижающих средств. Основной причиной лихорадки у детей являются инфекционные заболевания. По данным официальной статистики, детская заболеваемость ОРВИ может превышать 14 млн, гриппом – 2 млн, краснухой – более 500 тыс. человек в год. В США до 30% всех обращений к врачу связано с кратковременными лихорадочными состояниями у детей. Эти факты подчеркивают актуальность рационального применения антипиретиков у детей и важность проблемы их безопасности [5, 6].

Необходимо помнить, что в основу действия нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) входят

кроме жаропонижающих, противовоспалительные и обезболивающие эффекты разной степени активности, и потому выбирать анальгезирующие и противовоспалительные препараты для детей из этой группы, именно для снижения повышенной температуры, следует внимательно и осторожно. Например, детям до 12 лет не стоит назначать лекарственные средства, включающие активный ингредиент нимесулид (Нимулид, Нимесил, Немулес, Нимид), а также комбинированные лечебные препараты с двумя или более действующими веществами (Брустан, Ибуклин, Доларен).

Механизм действия жаропонижающих средств обусловлен их влиянием на синтез простагландинов. Простагландины группы E, увеличивая концентрацию цАМФ в гипоталамусе, способствуют повышенному поступлению кальция в клетки и их активации. В результате увеличивается теплопродукция и снижается теплоотдача за счет стимуляции сосудодвигательного центра и сужения периферических сосудов. Ингибируя синтез простагландинов группы E, антипиретики тормозят его активирующее влияние на образование цАМФ, что приводит к уменьшению теплопродукции и увеличению теплоотдачи. Кроме того, действие указанных препаратов частично определяется их ингибирующим влиянием на синтез эндогенных пирогенов в полиморфноядерных фагоцитах, моноцитах и ретикулоцитах.

Целью назначения жаропонижающих препаратов детям является не только профилактика вышеуказанных осложнений и обезвоживания, но и снижение дискомфорта, связанного с лихорадкой [9, 10]. Причем некоторые эксперты считают устранение дискомфорта основной целью лечения лихорадки в педиатрии [11].

В ходе опросов среди педиатров России было установлено, что во многих случаях антипиретики назначаются необоснованно, причем нередко даже при субфебрильной температуре. Это противоречит рекомендациям ВОЗ по лечению лихорадки при острых респираторных инфекциях у детей и назначению жаропонижающих средств в тех случаях, когда аксиллярная (т. е. измеренная в подмышечной области) температура у ребенка превышает 38,5 °С. Лихорадка носит защитный характер, поэтому добиваться нормализации температуры не всегда целесообразно.

Анализ ситуации показывает, что жаропонижающие средства назначаются, как правило, чаще, чем необходимо. Следует отметить, что одной из субъективных причин частого назначения врачами антипиретических средств является воздействие на симптомы болезни с целью уменьшения тревоги родителей.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ по лечению лихорадки при острых респираторных инфекциях у детей, жаропонижающие средства следует назначать тогда, когда аксиллярная температура у ребенка превышает 38,5 °С.

Лихорадка может быть опасной у детей с ОРВИ в следующих случаях:

- при наличии тяжелого легочного или сердечно-сосудистого заболевания, тяжелой пневмонии или умственной недостаточности, течение которых может ухудшиться при лихорадке;

- при очень высокой лихорадке (более 41 °С), которая может привести к повреждению нервной системы;
- у детей до 5 лет, особенно между 6 мес. и 3 годами, когда имеется риск развития фебрильных судорог. Сюда же можно отнести детей первых 2 месяцев жизни, которые хуже переносят лихорадку, чем дети старшего возраста.

В основу действия нестероидных противовоспалительных средств входят кроме жаропонижающих, противовоспалительные и обезболивающие эффекты разной степени активности, и потому выбирать анальгезирующие и противовоспалительные препараты для детей из этой группы, именно для снижения повышенной температуры, следует внимательно и осторожно

В связи с этим, если у ребенка имеются хронические заболевания легких, сердца, нервной системы, ранее отмечались судороги, если его возраст – до 2 мес., то жаропонижающие средства назначаются уже при температуре 38 °С. В остальных случаях жаропонижающие препараты следует назначать детям только тогда, когда лихорадка превышает допустимый оптимум самочувствия ребенка на фоне умеренной лихорадки [7].

Вопрос о применении антипиретика при лихорадке у ребенка должен решаться индивидуально.

Среди препаратов с анальгезирующим и жаропонижающим действием наиболее хорошо изученными в педиатрии являются ибупрофен и парацетамол. Эти препараты рекомендует ВОЗ, они являются единственными представителями своей группы, разрешенными для безрецептурного применения при лихорадке и боли у детей в большинстве экономически развитых стран, включая Российскую Федерацию. Парацетамол и ибупрофен могут назначаться детям с первых месяцев жизни как в стационаре, так и в домашних условиях. Использование других неопиодных анальгетиков и НПВС в педиатрии ограничено как в связи с недостатком данных об эффективности у этой категории пациентов, так и в связи с риском развития серьезных побочных эффектов. Некоторые НПВС разрешены только для рецептурного отпуска при лечении артритов у детей и подростков.

В основе критериев выбора препарата против жара должны лежать в первую очередь безопасность (отсутствие противопоказаний, аллергии, минимальные побочные эффекты) и высокая эффективность (сильное, быстрое и продолжительное по времени действие, сбивающее температуру и снижающее прочие симптомы лихорадки), а не его популярность и цена.

Жаропонижающие средства (антипиретики) из группы НПВС являются наиболее часто приобретаемыми и используемыми лечебными препаратами для терапии как взрослых пациентов, так и детей. Данному обстоятельству способствуют зачастую ошибочное представление многих людей об опасности высокой температуры, а также доступность в аптеках лекарств из этой группы, продаю-

щихся без рецепта. Согласно данным опроса, около 90% педиатров в качестве антипиретика рекомендуют парацетамол, что согласуется с рекомендациями ВОЗ, которые свидетельствуют о том, что парацетамол и парацетамол-содержащие препараты являются средством выбора для симптоматического лечения лихорадки у детей. Парацетамол действует так же эффективно, как и НПВС, такие как ацетилсалициловая кислота (АСК) и ибупрофен, однако он не вызывает повреждения слизистой оболочки желудка и многих других побочных эффектов. При этом родителям всегда необходимо рекомендовать строго следовать инструкции по применению препарата [8, 9].

Вместе с тем большое количество педиатров продолжают неоправданно широко применять ацетилсалициловую кислоту (аспирин) и метамизол (анальгин). Это противоречит современным данным о высоком риске тяжелых осложнений вследствие применения указанных препаратов и общемировой тенденции к ограничению использования ацетилсалициловой кислоты и метамизола у детей. Аспирин может вызвать развитие синдрома Рея, летальность при котором превышает 50%, метамизол – анафилактический шок и агранулоцитоз со смертельным исходом (табл. 1). Поэтому эти препараты следует назначать в случаях, когда другое лечение неэффективно, и тщательно отслеживать возможные побочные эффекты [10–12].

С учетом наличия лихорадки и признаков катарального синдрома при ОРВИ у детей целесообразно назначение комбинированных препаратов для купирования основных симптомов ОРВИ.

Одним из современных комбинированных препаратов, предназначенных для симптоматического лечения ОРВИ у детей с 6-летнего возраста, является Фервекс [13–15].

Фервекс – это лекарственный препарат для симптоматического лечения ОРЗ. При этом не имеет значения, какой возбудитель является причиной заболевания – Фервекс в любом случае облегчит состояние больного. Препарат оказывает жаропонижающее, анальгезирующее, сосудосуживающее, антигистаминное, седативное, противокашлевое и бронходилатирующее действие. Фервекс купирует основные симптомы ОРЗ: жар, головную боль, боли в горле, мышцах и суставах, уменьшает отечность слизистой оболочки полости носа. После приема препарата снижается

Таблица. Относительный риск развития побочных реакций на различные препараты по данным обзора нескольких эпидемиологических исследований (Martinez C., Weidman E., 1995)

Препарат	Агранулоцитоз	Анафилаксия	ЖК-кровотечение
Метамизол	16,0	3,6	1,6
Парацетамол	1,2	1,9	1,1
Ацетилсалициловая кислота	2,0	3,6	3,7
Диклофенак	1,0	6,5	4,2
Индометацин	6,6	-	7,2

температура, уменьшаются воспаление и боль в горле, восстанавливается носовое дыхание. Непосредственно на причину ОРЗ препарат не воздействует.

Выпускается Фервекс в пакетиках в виде порошка для приготовления раствора для приема внутрь международной фармацевтической компанией «Санofi». Механизм действия препарата определяется его составом. В состав входят парацетамол, фенирамин и аскорбиновая кислота. Парацетамол, входящий в состав Фервекса, представляет собой анальгетик, который обладает жаропонижающим и анальгетическим действием, связанным с его влиянием на центр терморегуляции гипоталамуса. Вещество способствует устранению головных болей и понижает повышенную температуру тела. Витамин С (аскорбиновая кислота) принимает участие в регуляции окислительно-восстановительных процессов, свертываемости крови, углеводного обмена, регенерации кожи. Вещество укрепляет стенки кровеносных сосудов, что препятствует пропотеванию жидкой части крови в окружающие ткани, уменьшает проявления отека и насморка. Участвует в синтезе проколлагена и коллагена, нормализует проницаемость капилляров, усиливает сопротивляемость организма за счет стимуляции нервной системы. Фенирамин является блокатором гистаминовых H₁-рецепторов. Он препятствует появлению гистамина в очаге воспаления. Так как именно гистамин вызывает отек тканей и появление выделений из носа, уменьшаются заложенность носа, насморк и другие неприятные симптомы.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ по лечению лихорадки при острых респираторных инфекциях у детей, жаропонижающие средства следует назначать тогда, когда аксиллярная температура у ребенка превышает 38,5 °C

Детский Фервекс представляет собой порошок с бананово-карамельным вкусом и имеет состав, аналогичный составу Фервекса для взрослых, но дозировки входящих в него компонентов – в 2 раза ниже. Применяют детский вариант при ОРЗ и простудах у детей старше 6 лет. После 15 лет назначается препарат для взрослых. В соответствии с инструкцией Фервекс для детей принимают, предварительно растворив содержимое пакетика в стакане воды. Начало действия – через 20–30 мин, длительность – 4–4,5 ч.

Дозируют Фервекс для детей в зависимости от возраста ребенка: с 6 до 10 лет – 1 пакетик 2 р/сут; с 10 до 12 лет – 1 пакетик 3 р/сут; с 12 до 15 лет – 1 пакетик 4 р/сут. Так же, как и взрослым, Фервекс детям нельзя давать более 5 дней подряд. Препарат требует точного соблюдения дозировок, указанных в инструкции, т. к. возможны передозировки. Передозировка проявляется отсутствием аппетита у ребенка, тошнотой, рвотой, болями в животе, бледностью, холодным потом, вялостью, нарушением функции печени. Длительность лечения при применении Фервекса в качестве анальгезирующего средства должна составлять не более 5 сут, в качестве жаропонижающего – не более 3 сут. Препарат Фервекс не содержит саха-

ра, что делает возможным его назначение людям, страдающим сахарным диабетом.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Пациент К., 6 лет 3 мес., на приеме у педиатра с жалобами на слабость, повышение температуры до 38,5 °C, затруднение носового дыхания, слизистое отделяемое из обеих половин носа. Со слов матери пациента, данные жалобы беспокоят его вторые сутки, состояние развилось на фоне переохлаждения. В анамнезе частые простудные заболевания. Лечение 0,05% оксиметазолином, температура сохраняется.

При осмотре полости носа слизистая отечна и гиперемирована, выделения слизистые умеренные, носовая перегородка по средней линии, пальпация и перкуссия проекции ОНП безболезненны. В ротоглотке слизистая задней стенки глотки гиперемирована, небные миндалины 2 ст. Глоточная миндалина 1 ст., умеренно отечна, стекание слизи по задней стенке глотки, устья слуховых труб свободны. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены с двух сторон незначительно, при пальпации малобольны, подвижны.

В общем анализе крови: эритроциты (млн) – 4,1; гемоглобин (г/л) – 126; тромбоциты (тыс.) – 175; лейкоциты (тыс.) – 9; п/я (%) – 4; с/я (%) – 52; лимфоциты (%) – 39; моноциты (%) – 3; эозинофилы (%) – 2; СОЭ (мм/ч) – 12.

На основании клинической картины заболевания и данных лабораторных исследований пациенту установлен диагноз: ОРВИ. Острый вирусный ринофарингит. Синдром постназального затека.

Пациенту назначен комбинированный препарат, содержащий антипиретик, антигистаминный компонент и аскорбиновую кислоту (Фервекс), топический деконгестант оксиметазолин 0,05%. На фоне проводимой терапии отмечено значительное улучшение состояния пациента – нормализация температуры через 2 дня, при осмотре через 5 дней симптомы ОРВИ полностью купированы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, лечение ОРВИ у детей предполагает назначение комплексных препаратов, содержащих антипиретик для купирования лихорадки, антигистаминный компонент для уменьшения катарального синдрома и витамин С (принимает участие в регуляции окислительно-восстановительных процессов, свертываемости крови, углеводного обмена, регенерации кожи, укрепляет стенки кровеносных сосудов, что препятствует пропотеванию жидкой части крови в окружающие ткани, уменьшает проявления отека и насморка, усиливает сопротивляемость организма за счет стимуляции нервной системы). Следует помнить, что все комплексные препараты должны использоваться строго по показаниям, с учетом возраста ребенка и превалирования тех или иных симптомов.



Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов в ходе написания данной статьи.

ФЕРВЕКС®

ДЛЯ ДЕТЕЙ



ПАРАЦЕТАМОЛ



ФЕНИРАМИН



АСКОРБИНОВАЯ КИСЛОТА



Малиновый вкус



1 упаковка – полный курс*



Для детей с 6 лет



С МАЛИНОВЫМ ВКУСОМ

* для детей от 6 до 12 лет 11-17-RUS-035-FER

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с острой респираторной вирусной инфекцией. Под ред. А.А. Баранова. М., 2016. 16 с. /Clinical guidelines for medical care of children with acute respiratory viral infection. Under the editorship of Baranova AA. M., 2016. 16 p.
2. Коровина Н.А., Захарова И.Н., Заплатников А.Л., Творогова Т.М. Лихорадка у детей. Дифференциальная диагностика и терапевтическая тактика. М., 2006, 58 с. /Korovina NA, Zakharova IN, Zaplatnikov AL, Tvorogova TM. Fever in children. Differential diagnosis and therapeutic tactics. M., 2006, 58 p.
3. Клинические рекомендации (протокол) по оказанию скорой медицинской помощи при острой лихорадке у детей. Под ред. А.А. Баранова. М., 2015. 9 с. /Clinical guidelines (protocol) for emergency medical care of children with acute fever. Under the editorship of Baranova AA. M., 2015. 9 p.
4. Лихорадочные синдромы у детей: рекомендации по диагностике и лечению. Под об. ред. А.А. Баранова, В.К. Таточенко, М.Д. Бахрадзе. М.: Союз педиатров России, 2011. 211 с. /Feverish syndromes in children: guidelines for the diagnosis and treatment. Under the editorship of Baranova AA, Tatchenko VK, Bakradze MD. Moscow: Union of Pediatricians of Russia, 2011. 211 p.
5. Шайтор В.М. Скорая и неотложная медицинская помощь детям на догоспитальном этапе: Краткое руководство для врачей. Спб.: Мединформ, 2013:72-77. /Shaytor VM. Emergency and urgent medical care at the pre-admission stage to children: A short guide for practitioners. Spb.: Medinform, 2013: 72-77.
6. The management of Fever in young children with acute respiratory infections, in developing countries. World Health Organization, 1993.
7. Таточенко В.К. Жаропонижающие средства в педиатрии. *PMЖ*, 2000, 1. /Tatchenko VK. Antipyretics in pediatrics. *RMI*, 2000, 1.
8. Таточенко В.К., Учайкин В.Ф. Лихорадка. *Педиатрическая фармакология*, 2006, 3: 43-44. /Tatchenko VK, Uchaikin VF. Fever. *Pediatricheskaya Farmakologiya*, 2006, 3: 43-44.
9. Геппе Н.А. К вопросу об использовании антипиретиков у детей. *Клиническая фармакология и терапия*, 2000, 5: 52-55. /Geppe NA. Revisiting the use of antipyretics in children. *Klinicheskaya Farmakologiya i Terapiya*, 2000, 5: 52-55.
10. Бабахаян Р.В., Бородавко В.К., Фисенко Ц.П. Отравления безрецептурными ненаркотическими анальгетиками. *Ремедиум*, 1999, 7-8. /Babakhayan RV, Borodavko VK, Fisenko TsP. Poisoning by over-the-counter non-narcotic analgesics. *Remedium*, 1999, 7-8.
11. Ивашкин В.Т., Фисенко В.П., Шептулин А.А. Актуальные вопросы безопасности ненаркотических анальгетиков. *Клиническая фармакология и терапия*, 1999, 5. /Ivashkin VT, Fisenko VP, Sheptulin AA. Topical safety issues of non-narcotic analgesics. *Klinicheskaya Farmakologiya i Terapiya*, 1999, 5.
12. Шухова В.С., Харпер Дж. Метамизол и метамизол-содержащие препараты. *Клиническая фармакология и терапия*, 2000, 1. /Shukhov BC, Harper J. Metamizol and metamizole-containing drugs. *Klinicheskaya Farmakologiya i Terapiya*, 2000, 1.
13. Hemilä H, Chalker E. Vitamin C for preventing and treating the common cold. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013, 1: CD000980.
14. Little P, Moore M, Kelly J et al. Ibuprofen, paracetamol, and steam for patients with respiratory tract infections in primary care: pragmatic randomised factorial trial. *BMJ*, 2013, 347: f6041.
15. De Sutter AI, Saraswat A, van Driel ML. Antihistamines for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev*. 10.1002/14651858.CD009345.pub2.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Бойкова Натэлла Эрнестовна – к.м.н., ученый секретарь диссертационного совета при ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России», г. Москва

Гаращенко Татьяна Ильинична – д.м.н., профессор, врач-оториноларинголог, ученый секретарь ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России», г. Москва



АМБУЛАТОРНАЯ ХИРУРГИЯ

СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ

ИНФОРМАЦИОННОЕ И НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ИЗДАНИЕ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ, РАБОТАЮЩИХ В СЕКТОРЕ АМБУЛАТОРНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

- Определение стандартов оказания специализированной и квалифицированной хирургической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях.
- Освещение вопросов анестезиологического пособия при выполнении оперативных вмешательств в условиях дневных (однодневных) хирургических стационаров.
- Рассматриваются проблемы лицензирования и аккредитации хирургических подразделений и формирований амбулаторно-поликлинического звена.
- Вопросы интеграции медицинских вузов и НИИ и практического здравоохранения, в том числе с целью подготовки кадров для центров амбулаторной и специализированной хирургии.

Журнал отличает четкая практическая направленность и наглядность в описании новых (рациональных) методик лечения

Реклама

www.a-surgeon.ru • АРХИВ ВЫПУСКОВ

РЕМЕДИУМ
ИЗДАТЕЛЬСТВО

105082, Москва, ул. Бакунинская, 71, стр. 10.
Тел.: 8 495 780 3425, факс: 8 495 780 3426,
remedium@remedium.ru