

Л.С. Намазова-Баранова^{1, 2, 3}, О.А. Носачёва^{1, 2}, Р.М. Торшхоева^{1, 3}, А.К. Геворкян^{1, 3}

¹ Научный центр здоровья детей РАМН, Москва, Российская Федерация

² Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Российская Федерация

³ Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Российская Федерация

Современное косметическое средство в терапии угревой болезни у детей

Контактная информация:

Носачёва Олеся Александровна, аспирант кафедры факультетской педиатрии № 1 Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, врач-дерматолог консультативно-диагностического центра Научного центра здоровья детей РАМН

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский проспект, д. 2/62, тел.: (926) 334-63-98, e-mail: nosachevanczd@yandex.ru

Статья поступила: 11.07.2013 г., принята к печати: 30.09.2013 г.

В статье представлено клиническое исследование, свидетельствующее об эффективности и безопасности применения нового косметического средства — топического антисептика — в качестве монотерапии и в составе комбинированной терапии с бензоила пероксидом и топическим ретиноидом адапаленом в лечении угревой болезни у детей и подростков с 8 до 18 лет. В результате исследования обнаружена высокая противовоспалительная и антибактериальная активность, практически полное отсутствие системных и местных побочных эффектов, что делает использование топического антисептика предпочтительным и рекомендуемым в педиатрической практике.

Ключевые слова: угревая болезнь, дети, подростки, эффективность, безопасность, топический антисептик.

(Педиатрическая фармакология. 2013; 10 (5): 80–85)

Угревая болезнь — это хроническое полиморфное мультифакторное заболевание кожи, возникающее в результате гиперпродукции и дисбаланса липидов секрета сальных желез, фолликулярного гиперкератоза с сужением протоков сальных желез, размножением бактерий и развитием воспаления [1].

Угревая болезнь является самым распространенным вариантом поражения кожи среди детей и подростков: манифестирует, как правило, в возрасте 8–12 лет, пик заболеваемости отмечается между 14 и 16 годами жизни (у девушек раньше, чем у юношей). Это подтвердили результаты ретроспективного когортного исследования, в задачи которого входило оценить вклад различных кожных заболеваний в общую заболеваемость у этой группы пациентов. Так, распространенность угревой болезни состави-

ла 28,6%, что оказалось выше распространенности дерматитов (19,4%) и бородавок (16,2%) [2]. По некоторым данным, у каждого из подростков хотя бы раз отмечается появление комедонов [3], а распространенность угревой болезни в этой возрастной группе достигает 70–90% [4, 5].

Манифестация процесса характеризуется, как правило, появлением (в ответ на андрогенопосредованную гиперстимуляцию сальных желез) преклинических стигм, таких как себорея и микрокомедоны. В последующем быстро формируются открытые и закрытые угри, а также воспалительные элементы в виде папул, пустул, узлов. Гендерные распределения заболеваемости примерно равны, хотя у юношей заболевание может протекать с превалированием тяжелых форм и демонстрировать большую продолжительность.

L.S. Namazova-Baranova^{1, 2, 3}, O.A. Nosachyova^{1, 2}, R.M. Torshkhoeva^{1, 3}, A.K. Gevorkyan^{1, 3}

¹ Scientific Center of Children's Health, Moscow, Russian Federation

² Pirogov Russian National Medical Research University, Moscow, Russian Federation

³ First Sechenov Moscow State Medical University, Russian Federation

Modern Cosmetic Product for Acne Therapy in Children

The article presents a clinical trial indicating efficacy and safety of a new cosmetic product — topical antiseptic — as monotherapy and in combination therapy with benzoyl peroxide and topical retinoid adapalene for acne treatment in children and adolescents of 8–18 years of age. The trial revealed high anti-inflammatory and antibacterial activity and an almost complete absence of systemic and local side effects; this makes use of this topical antiseptic preferable and advisable for pediatric practice.

Key words: acne, children, adolescents, efficacy, safety, topical antiseptic.

(Pediatricheskaya farmakologiya — Pediatric pharmacology. 2013; 10 (5): 80–85)

В основе патогенеза акне лежат четыре фактора: гипертрофия сальных желез, фолликулярный гиперкератоз, микробная колонизация *Propionibacterium acnes* и воспаление. Фоном для развития акне является себорея — особое состояние, связанное с гиперпродукцией кожного сала и изменением его состава [6].

Клинически обыкновенные угри отличаются выраженным полиморфизмом элементов. На фоне повышенного салоотделения (себореи) на коже лица (нос, щеки, лоб, подбородок) появляются открытые и закрытые комедоны. Часть из них трансформируется в папулы или пустулы. Папуло-пустулезные высыпания могут локализоваться не только на лице, но и на шее, плечах, груди и верхней половине спины (себорейные зоны).

К основным группам препаратов для лечения угревой болезни относят себостатические, антибактериальные, противовоспалительные и устраняющие фолликулярный гиперкератоз. Наружная терапия назначается большим независимо от степени тяжести заболевания.

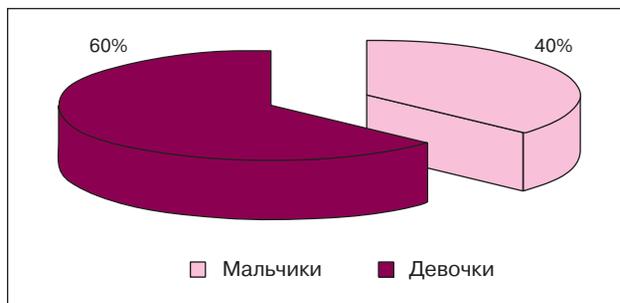
Таким образом, высокая заболеваемость и распространенность угревой болезни среди детей и подростков ставит перед педиатрами и дерматологами ряд непростых задач, связанных со своевременным подбором безопасной и в то же время эффективной терапии с простой схемой дозирования и удобным для ребенка способом применения. Однако, следует помнить, что у детей различных возрастных групп важным является обоснованное проведение специализированного лечения угревой болезни в зависимости от степени тяжести заболевания. При этом отказ от терапии, мотивируемый опасениями врача/родителей или нежеланием ребенка, может привести к утяжелению заболевания, распространенности элементов, а также нарушениям психоэмоциональной сферы пациентов [7]. Все это диктует необходимость поиска новых топических средств, которые можно было бы эффективно и безопасно использовать для терапии угревой болезни у детей и подростков.

Целью исследования стала оценка эффективности и безопасности местного косметического средства (топического антисептика) у детей в возрасте от 8 до 18 лет с угревой болезнью легкой и средней степени тяжести.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Было проведено открытое сравнительное клиническое исследование по оценке эффективности, безопасности и переносимости топического антисептика — геля Квотлан — в ФГБУ «Научный центр здоровья детей» РАМН на базе отделения восстановительного лечения детей с болезнями кожи НИИ профилактической педиат-

Рис. 1. Гендерное распределение в группе



рии и восстановительного лечения и консультативно-диагностического центра.

Описание. В состав исследуемого косметического средства входят цетилпиридиния хлорид моногидрат, гликолан, триэтиленгликоль, этилкарбитол, полиэтиленоксид, деионизированная вода, парфюмерный ароматизатор. Форма выпуска: тубы по 20 мл.

Фармакологическое действие. Цетилпиридиния хлорид моногидрат — антисептик из группы четвертичных аммониевых соединений — обладает противомикробным, противогрибковым и вирулицидным действием. Входящие в состав гликолан, полиэтиленоксид, триэтиленгликоль, этилкарбитол обеспечивают бактерицидное, противовоспалительное, ранозаживляющее, регенерирующее и обезболивающее действие.

Таким образом, топический антисептик обладает противомикробной активностью в отношении грамположительных и в меньшей степени грамотрицательных бактерий. Обладает вариабельной противогрибковой активностью, разрешен к применению у детей.

На протяжении 1 года под наблюдением находились 30 детей в возрасте от 8 до 18 лет с угревой болезнью легкой и средней степени тяжести, получающих терапию исследуемым топическим антисептиком не менее 8 нед. Гендерное распределение (18 девочек и 12 мальчиков; 60 и 40%) представлено на рис. 1.

Из них 17 (57%) детей было с легким течением угревой болезни, 13 (43%) — со среднетяжелым. Мальчиков с легкой степенью угревой болезни — 50%, со средней степенью — 50%; девочек — 61 и 39%, соответственно (рис. 2).

По протоколу исследования все пациенты были распределены на 3 возрастные группы: 8–11 лет ($n = 8$), 12–14 лет ($n = 11$) и 15–17 лет ($n = 11$). У всех детей была верифицирована угревая болезнь (УБ, 100%). В группе детей в возрасте 8–11 лет все 8 (100%) пациентов имели

Рис. 2. Распределение по полу и степени тяжести угревой болезни (УБ)

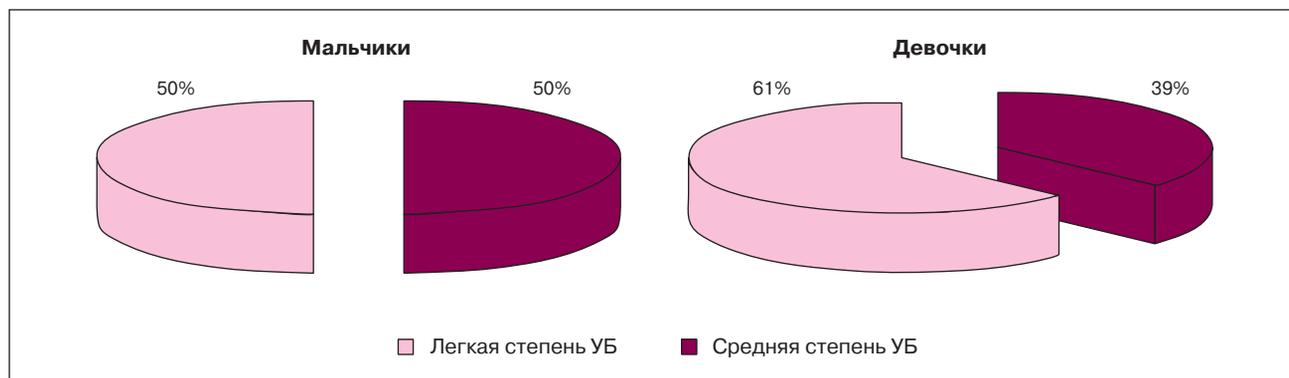
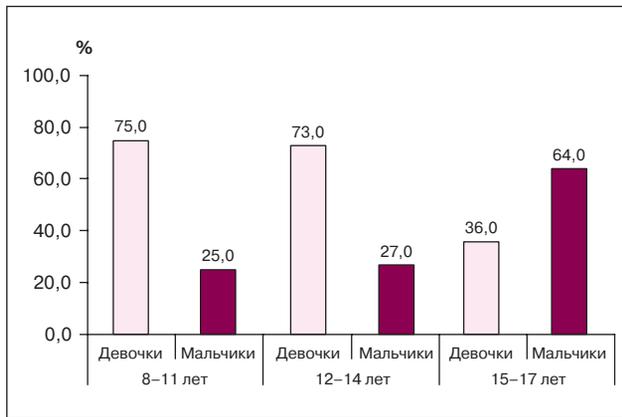


Рис. 3. Гендерное распределение детей в трех возрастных группах



легкое течение УБ; в возрасте 12–14 лет у 1 (9%) пациента было легкое течение УБ, у 10 (91%) — среднетяжелое, среди 15–17-летних — у 1 (9%) и 10 (91%), соответственно. Группу сравнения ($n = 5$) составили дети в возрасте 15–17 лет со средним (100%) течением УБ, которые в течение 8 нед получали лечение изучаемым топическим антисептиком 2 раза в день в комбинации с адапаленом (1 раз в день) и бензоила пероксидом (1 раз в день).

В группах детей в возрасте 8–11 лет мальчиков было 25%, девочек — 75%, в возрасте 12–14 лет — 27 и 73%, в возрасте 15–17 лет — 64 и 36%, соответственно (рис. 3).

Клиническая картина угревой болезни у детей с легкой степенью тяжести характеризовалась поражением кожи хронического воспалительного характера, немногочисленными высыпаниями с локализацией на коже преимущественно в области лба, висков, носа, подбородка, редко груди, спины. Высыпания были представлены единичными воспалительными (папулами, пустулами) и невоспалительными (закрытыми, открытыми комедонами) элементами.

У детей со средней степенью тяжести патологический процесс носил более распространенный характер с локализацией на коже лица, груди, спины. Отмечались многочисленные папулезные, пустулезные элементы, большое количество закрытых и открытых комедонов.

Критерии включения и исключения. В исследование не включались дети до 8 лет, старше 18 лет, а также дети в возрасте 8–18 лет с тяжелой формой угревой болезни. По протоколу исследования запрещалась терапия косметическими средствами, лекарственными препаратами на протяжении предшествующих 14 дней до начала исследования.

Пациент исключался из исследования при отсутствии положительной динамики на фоне лечения топическим антисептиком в течение 4–6 нед, а также в случае возникновения нежелательной реакции или состояния, требовавшего отмены исследуемого косметического средства, низкой комплаентности и несоблюдения протокола исследования, кратности нанесения препарата.

Дети 3 групп в течение 8 нед применяли топический антисептик наружно, нанося точечно на элементы кожи лица, груди, спины 2 раза в сут, при этом количество дней лечения, затраченного на достижение клинического эффекта, у пациентов было разным в зависимости от тяжести симптомов угревой болезни и наличия/отсутствия предшествующей терапии на момент назначения

изучаемого препарата. В связи с этим была рекомендована средняя длительность лечения 8 нед, средняя суточная дозировка препарата — $1,5 \pm 0,3$ и $2,5 \pm 0,3$ мл при легкой и средней степени угревой болезни, соответственно.

В процессе исследования с использованием количественного метода оценки результатов велся учет воспалительных и невоспалительных элементов до и после лечения, а также длительность терапевтического эффекта. В качестве объективной оценки степени тяжести УБ использовались дерматологический индекс акне (ДИА), шкала Cook и соавт. Всем детям до начала и на момент окончания исследования проведена оценка качества жизни при помощи детского дерматологического индекса качества жизни (ДДИКЖ).

Эффективность препарата оценивали по уменьшению степени выраженности клинических симптомов заболевания по таким параметрам, как клиническая ремиссия, значительное улучшение, улучшение, без эффекта, и отражали в виде графика среднего количества воспалительных (папул, пустул) и невоспалительных элементов (закрытых, открытых комедонов), среднего значения ДИА, шкалы Cook и соавт, ДДИКЖ до начала лечения и после 8 нед применения для каждой группы пациентов.

Переносимость оценивалась еженедельно на основании субъективных ощущений и объективных данных как врачом, так и пациентом/родителем на протяжении всего курса терапии (хорошая, удовлетворительная и неудовлетворительная).

Безопасность препарата оценивали на основании анализа частоты и выраженности нежелательных явлений, отмеченных у пациентов во время проведения терапии. Полученные результаты обработаны при помощи пакета прикладных программ IBM, SPSS, Statistics-20. Количественные данные представлены в виде средних значений со стандартным отклонением.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У детей с легким течением УБ независимо от возраста при лечении топическим антисептиком регресс элементов, как воспалительных, так и невоспалительных, составил $\geq 80\%$: в возрасте 8–11 лет — $91 \pm 3,0$ и $87 \pm 2,0\%$, в возрасте 12–14 лет — $89 \pm 1,0$ и $80 \pm 1,0\%$, в возрасте 15–17 лет — $81 \pm 1,0$ и $88 \pm 2,0\%$, соответственно (рис. 4, 5).

При среднем течении угревой болезни, которая наблюдалась только у детей 12–14 и 15–17 лет, регресс элементов был значительно ниже: в 12–14 лет регресс воспалительных элементов — $77 \pm 4,0\%$, невоспалительных — $80 \pm 1,0\%$, у детей 15–17 лет — 64 и 77% ($p < 0,05$), соответственно, ввиду более выраженной андрогенопосредованной гиперстимуляции сальных желез, достигающей в этом возрасте своего максимума, и более выраженной клинической картины заболевания. При средней степени тяжести УБ целесообразно помимо терапии топическим антисептиком использовать комбинацию препаратов, имеющих в своем составе бензоила пероксид (Базирон) и адапален (Дифферин), что позволяет увеличить процент регресса воспалительных элементов до 90% и невоспалительных — до 95% (по сравнению с вышеуказанными 64 и 77%, соответственно) (рис. 6, 7).

На фоне терапии у всех детей при оценке ДДИКЖ, ДИА, а также клинической эффективности терапии по методу С. Н. Cook и соавт. отмечалась динамика, которая представлена на рис. 8, 9.

Рис. 4. Динамика регресса воспалительных элементов у детей с легким течением угревой болезни различного возраста на фоне терапии топическим антисептиком (монотерапия)

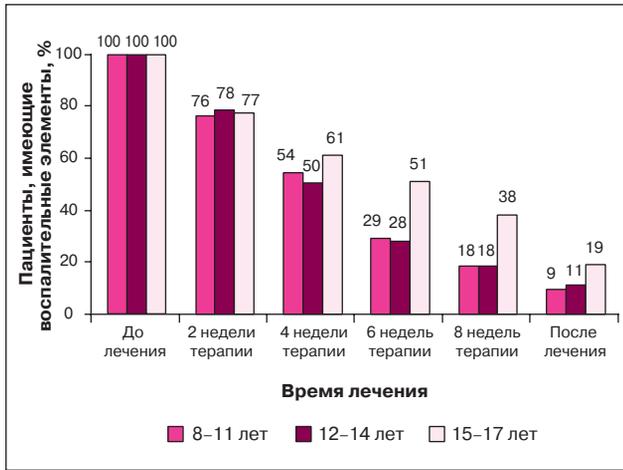


Рис. 5. Динамика регресса невоспалительных элементов у детей с легким течением угревой болезни различного возраста на фоне терапии топическим антисептиком (монотерапия)

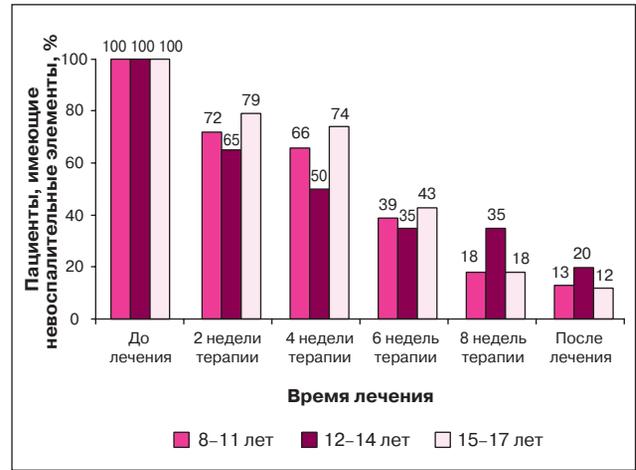


Рис. 6. Динамика регресса воспалительных элементов у детей со среднетяжелым течением угревой болезни различного возраста на фоне терапии топическим антисептиком (монотерапия) и в комбинации с Базироном и Дифферином

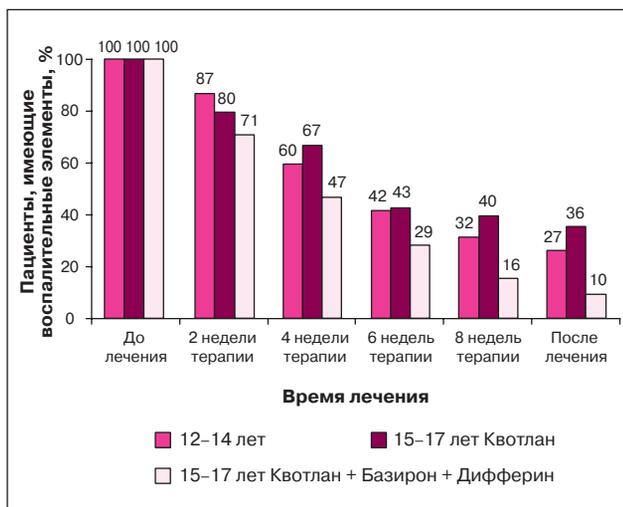


Рис. 7. Динамика регресса невоспалительных элементов у детей со среднетяжелым течением угревой болезни различного возраста на фоне терапии топическим антисептиком (монотерапия) и в комбинации с Базироном и Дифферином

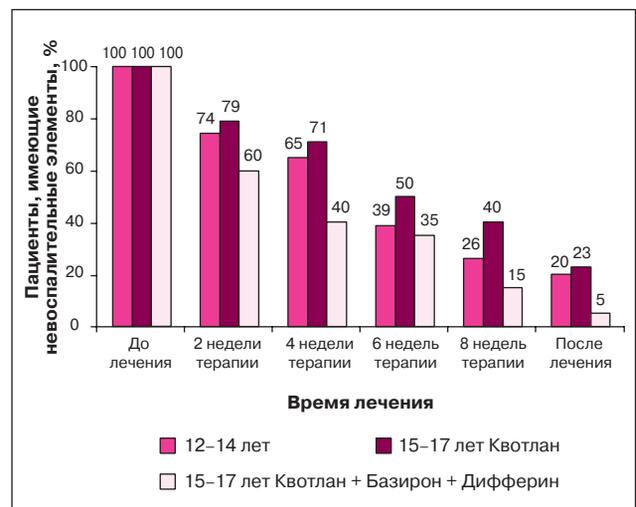


Рис. 8. Динамика дерматологических индексов у детей с легким течением угревой болезни различного возраста на фоне терапии топическим антисептиком (монотерапия)

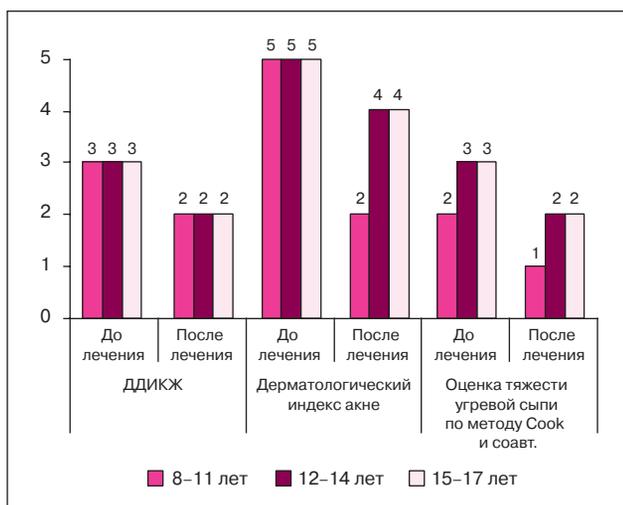
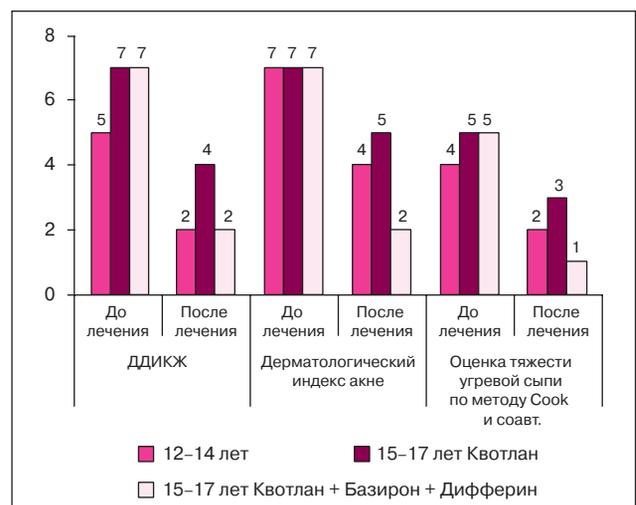


Рис. 9. Динамика дерматологических индексов у детей со среднетяжелым течением угревой болезни различного возраста на фоне терапии топическим антисептиком (монотерапия) и в комбинации с Базироном и Дифферином



При оценке качества жизни при помощи ДДИКЖ независимо от возраста детей при легкой степени УБ показатель среднего значения снизился с 3 до 2 баллов, показатель ДИА в возрасте 8–11 лет снизился с 5 до 2 баллов, в возрасте 12–14 и 15–17 лет средний показатель ДИА уменьшился с 5 до 4 баллов. При оценке клинической эффективности терапии по методу С. Н. Соок и соавт. у детей в возрасте 8–11 лет отмечалось снижение среднего показателя с 2 баллов до 1. Дети в возрасте 12–14 и 15–17 лет имели снижение среднего показателя с 3 до 2 баллов, что при проведении статистической обработки данных не показало существенных различий от возраста ребенка ($p > 0,05$).

Оценка качества жизни (ДДИКЖ) у детей со средней степенью УБ в возрасте 12–14 лет показала снижение среднего показателя с 5 до 2 баллов, в возрасте 15–17 лет — с 7 до 4 баллов. Дети, получавшие комбинированное лечение (топический антисептик + адапален + бензоила пероксид), имели по сравнению с детьми того же возраста более высокий процент снижения среднего значения ДДИКЖ; $p < 0,05$ (см. рис. 9).

Среднее значение ДИА на момент начала лечения у всех детей в возрасте 12–14 и 15–17 лет достигало 7 баллов, на фоне терапии у детей 12–15 лет показатель ДИА снизился до 4 баллов; группа 15–17-летних, получавших монотерапию топическим антисептиком, к моменту окончания лечения имела средний показатель ДИА 5 баллов. У детей 15–17 лет, находившихся на комбинированном лечении УБ, среднее значение ДИА к моменту окончания лечения составляло 2 балла, что говорит о целесообразности комбинированной терапии для лечения УБ средней степени тяжести у детей старшего возраста ($p < 0,05$). При оценке клинической эффективности терапии по методу С. Н. Соок и соавт. дети в возрасте 12–14 лет до начала лечения имели средний показатель 4 балла, на момент окончания терапии — 2 балла. Дети в возрасте 15–17 лет обеих групп на момент начала терапии имели средний показатель 5 баллов, в группе детей, получавших лечение только топическим антисептиком, средний показатель снизился до 3 баллов, а в группе детей, находившихся на комбинированном лечении (топический антисептик + адапален + бензоила пероксид), имели средний показатель 1 балл ($p < 0,05$).

Таким образом, лечение детей со средней степенью угревой болезни целесообразно проводить комбинацией нескольких препаратов: такой подход к лечению повышает его эффективность более чем в 2 раза и позволяет добиться длительной ремиссии заболевания.

При анализе результатов лечения хороший терапевтический эффект отмечался во всех 3 группах пациентов: у 9 пациентов с легкой формой угревой болезни отмечалась клиническая ремиссия после 8 нед применения изучаемого геля-антисептика.

У половины исследуемых ($n = 15$) отмечено значительное улучшение: отсутствие новых папуло-пустулезных элементов и значительное уменьшение открытых и закрытых комедонов уже на 4–8-й нед лечения. У остальных 6 пациентов со средней степенью угревой болезни хоть и отмечался эффект от проводимой терапии, папуло-пустулезные элементы продолжали периодически появляться, но в значительно меньшем количестве (табл. 1).

Несомненно, грамотное сочетание различных препаратов и комбинированных методов терапии способствует достижению хороших терапевтических результатов у пациентов с угревой болезнью. Так, у 4 пациентов группы сравнения отмечалась клиническая ремиссия и значительное улучшение — у 1. Последовательное назначение препаратов позволило избежать однонаправленного действия нескольких средств, а назначение специального косметического средства — топического антисептика для ухода за кожей — дает возможность во время наружного лечения уменьшить дозы и кратность применения лекарственных препаратов, обеспечивает корректирующее и защитное действие на кожу, что особенно важно в педиатрической практике.

Переносимость топического антисептика оценивалась и врачом и пациентом/родителями ($n = 30$) как хорошая (табл. 2). Безопасность препарата оценивалась высоко, нежелательные явления отсутствовали во всех трех группах пациентов.

Анализируя вышеперечисленное, можно сделать вывод, что применение в качестве монотерапии, а также в составе комплексной терапии исследуемого косметического средства в сочетании с адапаленом и бензоила пероксидом высокоэффективно и может широко применяться педиатрами и дерматологами в качестве одной

Таблица 1. Результаты лечения изучаемым топическим антисептиком

Результат лечения	Продолжительность терапии (недели) $n = 30, p \leq 0,05$						Всего (%)	Через 2 нед после лечения
	1	2	3	4	6	8		
Клиническое излечение	-	-	-	3	5	9	9 (30)	Нет рецидива
Значительное улучшение	-	-	2	10	13	15	15 (50)	Нет рецидива
Улучшение	13	22	21	14	12	6	6 (20)	Нет рецидива
Без эффекта	17	8	7	3	-	-	-	-

Таблица 2. Оценка переносимости изучаемого топического антисептика

Оценка переносимости	Группа пациентов		
	I группа	II группа	III группа
Хорошая	8 (100%)	11 (100%)	11 (100%)
Удовлетворительная	0	0	0
Неудовлетворительная	0	0	0

из схем терапии угревой болезни легкой и средней степени тяжести.

Таким образом, на основании проведенных исследований доказано, что применение топического антисептика Квотлан оказывает выраженный терапевтический эффект при всех формах угревой болезни у детей, особенно у пациентов с легкой степенью тяжести акне, что подтверждается снижением ДИА, среднего показателя шкалы С.Н. Соок и соавт., улучшением качества жизни (по данным ДДИКЖ). Одновременное местное применение топического антисептика и традиционных лекарственных средств усиливает лечебный эффект и значительно снижает количество побочных эффектов после применения местной комбинированной терапии. Топический антисептик может применяться в ремиссии заболевания, а также в качестве поддерживающего средства в перерывах между терапией лекарственными средствами. Предложенный метод лечения является доступным и приемлемым для пациентов изучаемых возрастных групп с угревой болезнью, снижает количество высыпаний, а также эффективно снижает частоту и количество обострений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Альбанова В.И., Забненкова О.В. Угри. Учебное пособие для врачей. Москва: Издательская группа «Гэотар-Медиа». 2013. С. 6–7.
2. Henderson M., Abboud J., Cogan C.M. et al. Skin-of-Color Epidemiology: A Report of the Most Common Skin Conditions by Race. *Pediatric Dermatology*. 2012. Doi: 10.1111/j.1525-1470.2012.01775.x
3. Sathakis V., Kilkenny M., Marks R. et al. Descriptive epidemiology of acne vulgaris in the community. *Australas J. Dermatol*. 1997; 38: 115.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучаемый препарат является высокоэффективным косметическим средством, топическим антисептиком с широким спектром действия. Может считаться препаратом выбора для местной терапии угревой болезни у детей (с 8 лет): в качестве монотерапии при легкой степени угревой болезни; в составе комбинированной терапии местными препаратами, такими как адапален, бензоила пероксид и др., сокращая выраженность их побочных эффектов (сухости, раздражения); в терапии легкой и средней степени угревой болезни. Данное косметическое средство может назначаться в ремиссии заболевания, для закрепления и поддерживающего эффекта лекарственной терапии; не оказывает агрессивного воздействия на кожу детей. Гель удобен в применении, отличается хорошей переносимостью, безопасностью, отсутствием побочных эффектов, не содержит кислот, которые пересушивают и раздражают кожу, а также спирта, вызывающего обострение процесса; может назначаться детям с тяжелыми острыми и хроническими патологиями без вреда для здоровья, что делает доступным и возможным его использование в педиатрической практике.

4. Webster G.F. Acne vulgaris. *BMJ*. 2002; 325: 475–9.
5. Krakowski A.C., Eichenfield L.F. Pediatric acne: clinical presentations, evaluation, and management. *J Drugs Dermatol*. 2007; 6: 584–588.
6. Акне: клинические рекомендации Российского общества дерматовенерологов. Под ред. А.А. Кубановой. М.: ДЭКС-Пресс. 2010. С. 3–4.
7. Носачёва О.А., Каркашадзе Г.А., Намазова-Баранова Л.С. Психосоциальное состояние детей и подростков с угревой болезнью. *Педиатрическая фармакология*. 2012; 4: 42–47.

Информация для педиатров



Консультативно-диагностический центр (КДЦ) для детей и подростков Научного центра здоровья детей РАМН оказывает полный спектр консультативных и лабораторно-инструментальных медицинских услуг для жителей Москвы, Московской области, России, стран ближнего и дальнего зарубежья.

Обследование и лечение детей и подростков в КДЦ осуществляют врачи 28 специальностей (аллергологи-иммунологи, дерматологи, неонатологи, гастроэнтерологи, кардиологи, ревматологи, нефрологи, урологи, гинекологи, психоневрологи, ЛОР-врачи, хирурги, стоматологи и др.).

В КДЦ проводится широкий спектр функциональных методов обследования у детей с рождения до 18 лет. Отделение инструментальных и лабораторных методов исследований располагает

наиболее современной аппаратурой для проведения магнитно-резонансной томографии (МРТ), денситометрии, ультразвуковых исследований всех видов, электроэнцефалографии (в том числе с длительным видеонаблюдением), суточного мониторинга артериального давления, определения функции внешнего дыхания и др.

На базе Консультативно-диагностического центра успешно функционирует отделение стационарозамещающих технологий, в составе которого открыт Центр семейной вакцинопрофилактики. Отделение стационарозамещающих технологий семейной реабилитации — уникальное многопрофильное отделение дневного пребывания пациентов. Именно здесь дети с различными социально-значимыми болезнями могут получить высококвалифицированную консультативную и лечебную помощь и в сжатые сроки пройти полное общеклиническое и специализированное обследование, не разлучаясь с родителями и не нарушая повседневного графика своей жизни. А родителям детей без выраженных отклонений в состоянии здоровья, особенно младшего возраста, помогут правильно подобрать питание, составить индивидуальные программы наблюдения специалистов, проведения вакцинаций, психологического тренинга. Индивидуально подобранная терапия, возможность регулярного наблюдения специалистами отделения, образовательные программы для родителей, — все это является залогом успешного лечения детей и подростков, обеспечения им и их семьям высокого качества жизни.

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский проспект, д. 2, стр. 2,
тел: регистратура — (499) 967-14-20, 134-03-64, 798-26-51,
кабинет МРТ — (499) 134-10-65, ОСЗТ — (499) 134-03-92,
Центр вакцинопрофилактики — (499) 134-20-92

Интернет-сайт: www.kdcenter.ru, www.nczd.ru.