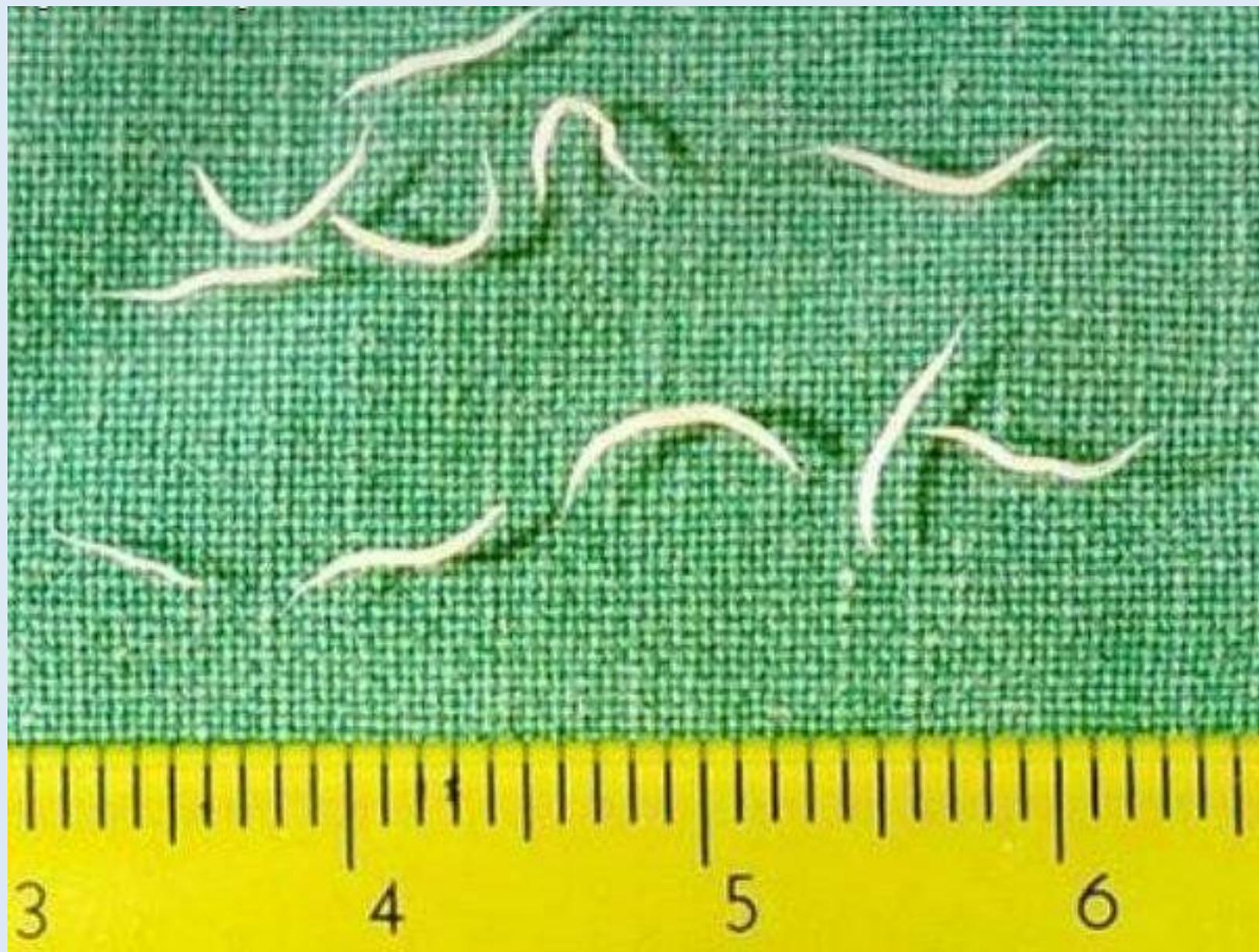


# Паразитозы у детей

Выполнила: Овецкая А.Д

# Энтеробиоз

- Возбудителем энтеробиоза – острица или *Enterobius vermicularis*. Это небольшая нематода белого цвета с заостренным концом тела, которая может быть длиной от 0,5 до 1 см.
- Самки отличаются тем, что сквозь их тело просвечивает матка, в которой находится сокпище яиц паразита.
- Самцы остриц отличаются тем, что хвост у них закручен. Яйца остриц прозрачные, не имеют цвета. Одна сторона яиц более выпуклая, а другая более плоская. Яйцо просвечивается, в нем может быть видна личинка на любой их стадий развития.



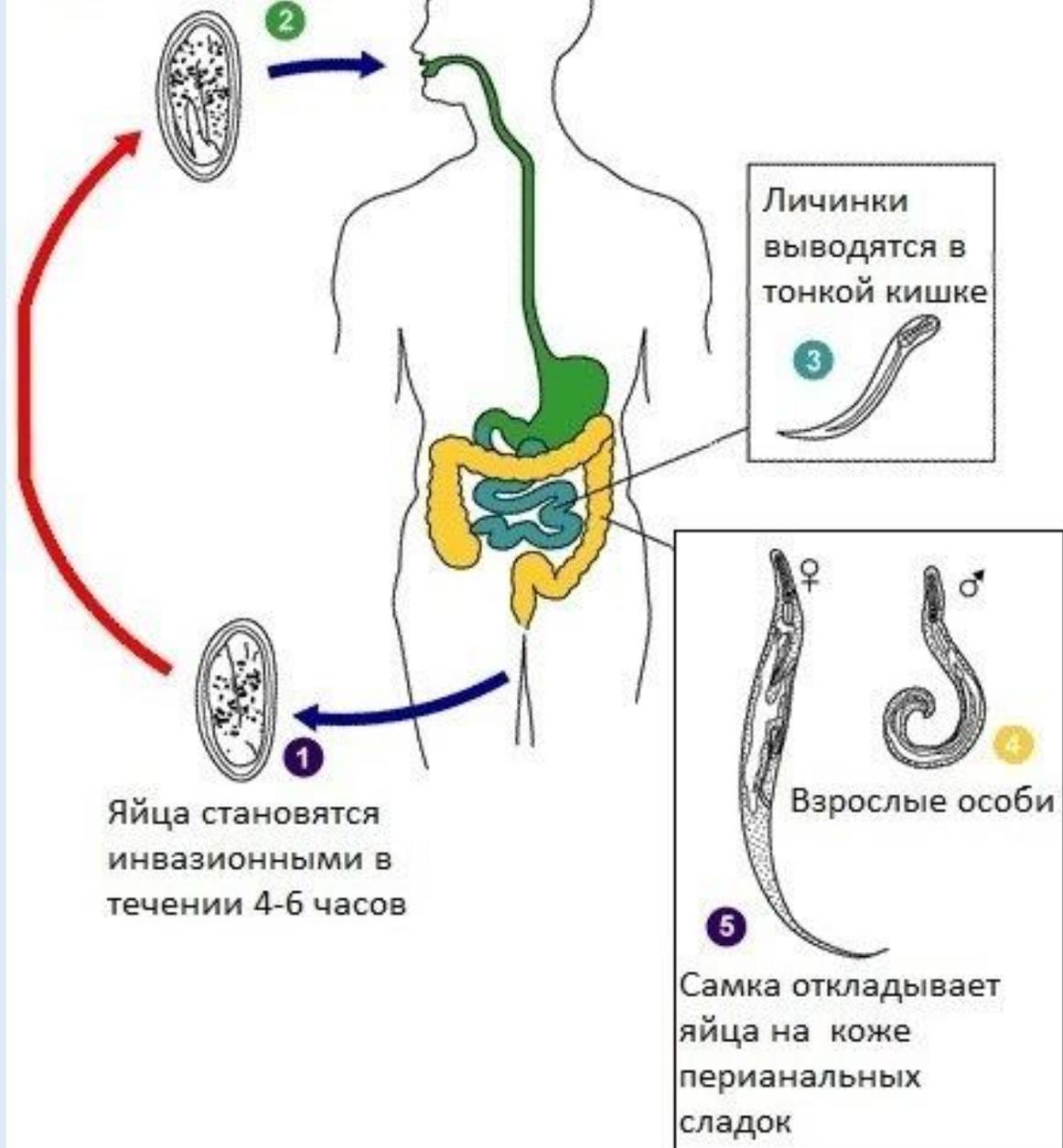
# Факторы, увеличивающие риск заражения

- привычка облизывать или сосать пальцы, а также различные предметы (игрушки, посуду и пр.)
- привычка грызть ногти или обкусывать кожу вокруг них
- отсутствие гигиенических навыков – привычки мыть руки после туалета, неопрятность
- шатающиеся молочные зубы, которые ребенок раскачивает и часто трогает руками
- совместное пользование посудой и предметами гигиены с другими членами семьи или посторонними людьми
- чаще всего заражаются дети, которые посещают ясли, детсады, кружки, клубы и прочие подобные организованные детские учреждения. Также вероятность заразиться возрастает, чем больше времени проводит ребенок в общественных местах и чем чаще пользуется автобусами и другим общественным транспортом.

# Патогенез

- Заражение острицами, как правило, происходит, когда яйца из перианальной области попадают на предметы (одежду, постельные принадлежности, мебель, коврики, игрушки, туалетные сидения), откуда они передаются новому хозяину, попадают в рот и проглатываются. Сосание большого пальца у маленьких детей – фактор риска. Реинвазия (аутоинвазия) легко происходит при передаче яиц пальцами из перианальной области в рот. Остричные инфекции также приписываются анилингусу среди взрослых.
- Острицы достигают зрелости в нижнем отделе желудочно-кишечного тракта в пределах 2–6 недель. Самка острицы мигрирует из ануса в перианальную область (обычно ночью), чтобы отложить яйца. Липкое, студенистое вещество, в котором отложены яйца, и движения червя, вызывают перианальный зуд. Яйца могут выживать на предметах целых 3 недель при нормальной комнатной температуре.

Яйца попадают в организм человека



Яйца становятся инвазионными в течении 4-6 часов

Личинки выводятся в тонкой кишке

3

♀

♂

4

Взрослые особи

5

Самка откладывает яйца на коже перинальных складок

# Клиническая картина

- У большинства зараженных людей нет никаких симптомов или признаков, но некоторые испытывают перианальный зуд и у них развивается перианальная экскориация из-за чесания. Может присоединиться вторичная бактериальная инфекция кожи. Редко мигрирующие самки остриц пола достигают женских половых органов, вызывая вагинит, а еще реже перитонеальные поражения.
- Многие другие состояния (например, боль в животе, бессонница, приступы) были приписаны инвазии остриц, но причинная связь маловероятна. Было выявлено, что острицы заполняли аппендикс в случаях аппендицита, но присутствие паразитов может быть случайным.

# Диагностика

- Осмотр перианальной области на предмет червей, яиц или и того, и другого
- Инвазию острицами можно диагностировать, обнаружив женскую особь червя размером от 8 до 13 мм в длину (размер мужской особи составляет от 2 до 5 мм) в перианальной области через 1 или 2 часа после того, как ребенок лег спать ночью, или утром, а также при микроскопии с малым увеличением для выявления яиц на целлофановой ленте. Яйца можно взять рано утром, прежде чем ребенок встанет, прикладывая к перианальной области полосу целлофановой ленты, которая потом помещается липкой стороной вниз на предметное стекло и тщательно исследуется под микроскопом. Яйца диаметром 50–30 микрон имеют овальную форму с тонкой оболочкой, которая содержит свернутую личинку. Капля толуола между лентой и предметным стеклом растворяет пластырь и устраняет воздушные пузыри под лентой, которые могут препятствовать идентификации яиц. Эту процедуру следует повторить 3 дня подряд с утра, если необходимо.
- В некоторых случаях диагноз может быть поставлен путем исследования образцов, взятых из-под ногтей пациента.
- Яйца можно также выявить, но менее часто, в стуле, моче или вагинальном мазке.

# Лечение

- Для уничтожения остриц (но не яиц) в > 90% случаев эффективна разовая доза с повтором через 2 недели одного из следующих препаратов:
- Мебендазол 100 мг перорально (независимо от возраста)
- Пирантела памоат 11 мг/кг (максимальная доза 1 г) перорально (доступен без рецепта)
- Альбендазол 400 мг перорально
- Уменьшить зуд могут карболовый вазелин (т.е., содержащий карболовую кислоту) и другие уменьшающие зуд кремы или мази для перианальной области.

# Профилактика

- Мытье рук с мылом и теплой водой после использования туалета, после смены подгузников и перед приготовлением пищи (наиболее успешный способ предотвращения)
- Частая стирка одежды, постельных принадлежностей и мытье игрушек
- В случае инфицирования ежедневный душ поможет удалить яйца с кожи
- Следует пропылесосить все окружающее пространство для устранения яиц

# Аскаридоз

- Аскаридоз – болезнь, вызываемая *Ascaris lumbricoides*, или иногда *Ascaris suum* (близкородственным паразитом свиней)
- Люди заражаются *A. lumbricoides* при проглатывании их яиц, часто с пищей, загрязненной человеческими фекалиями. Заражение может также произойти при попадании в рот загрязненных рук и пальцев.
- Люди также могут заразиться *A. suum* (близкородственным круглым червём свиней), когда проглатывают яйца червя, ухаживая за свиньями, или употребляя в пищу недостаточно приготовленные овощи и фрукты, загрязненные свиными экскрементами.

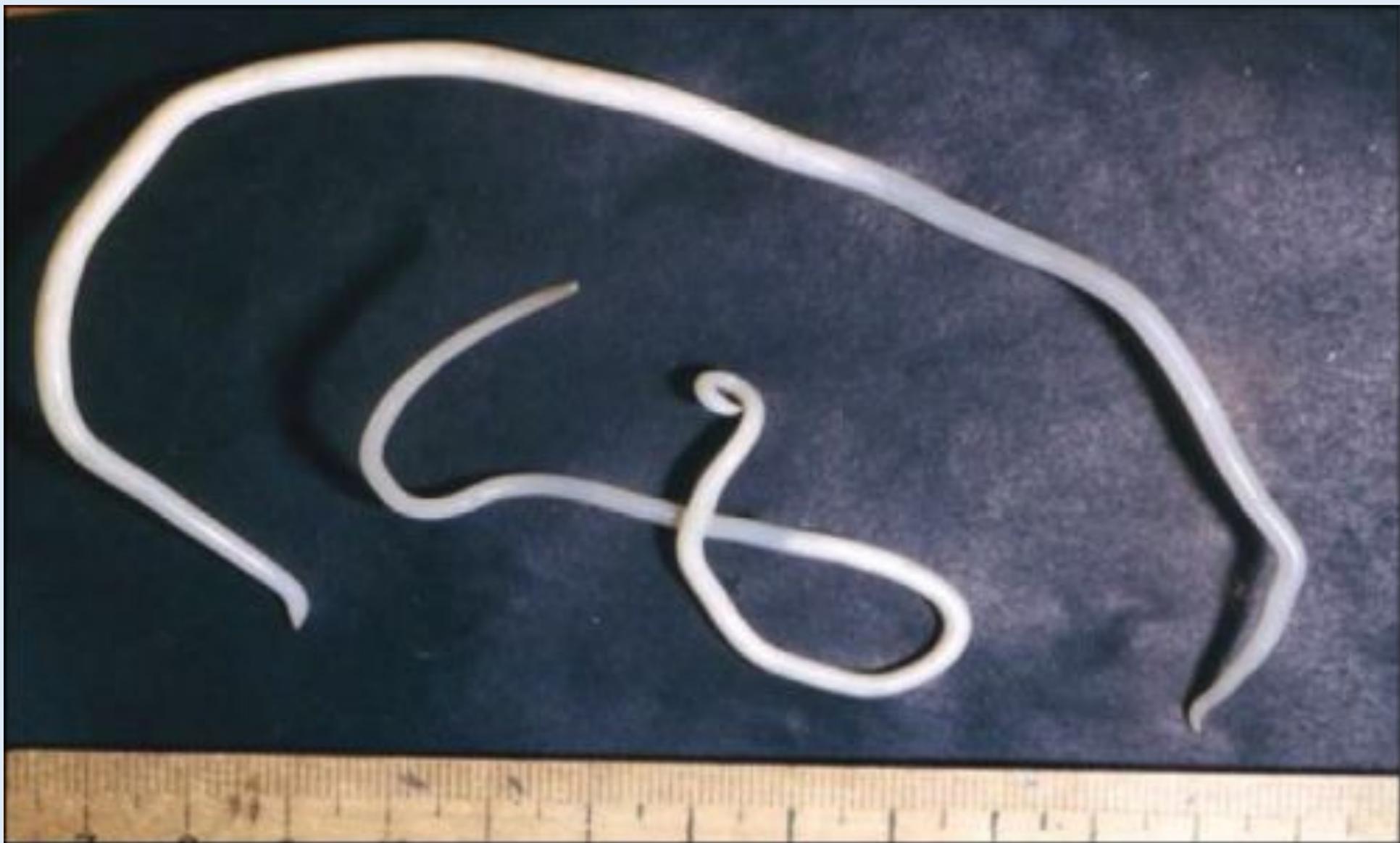


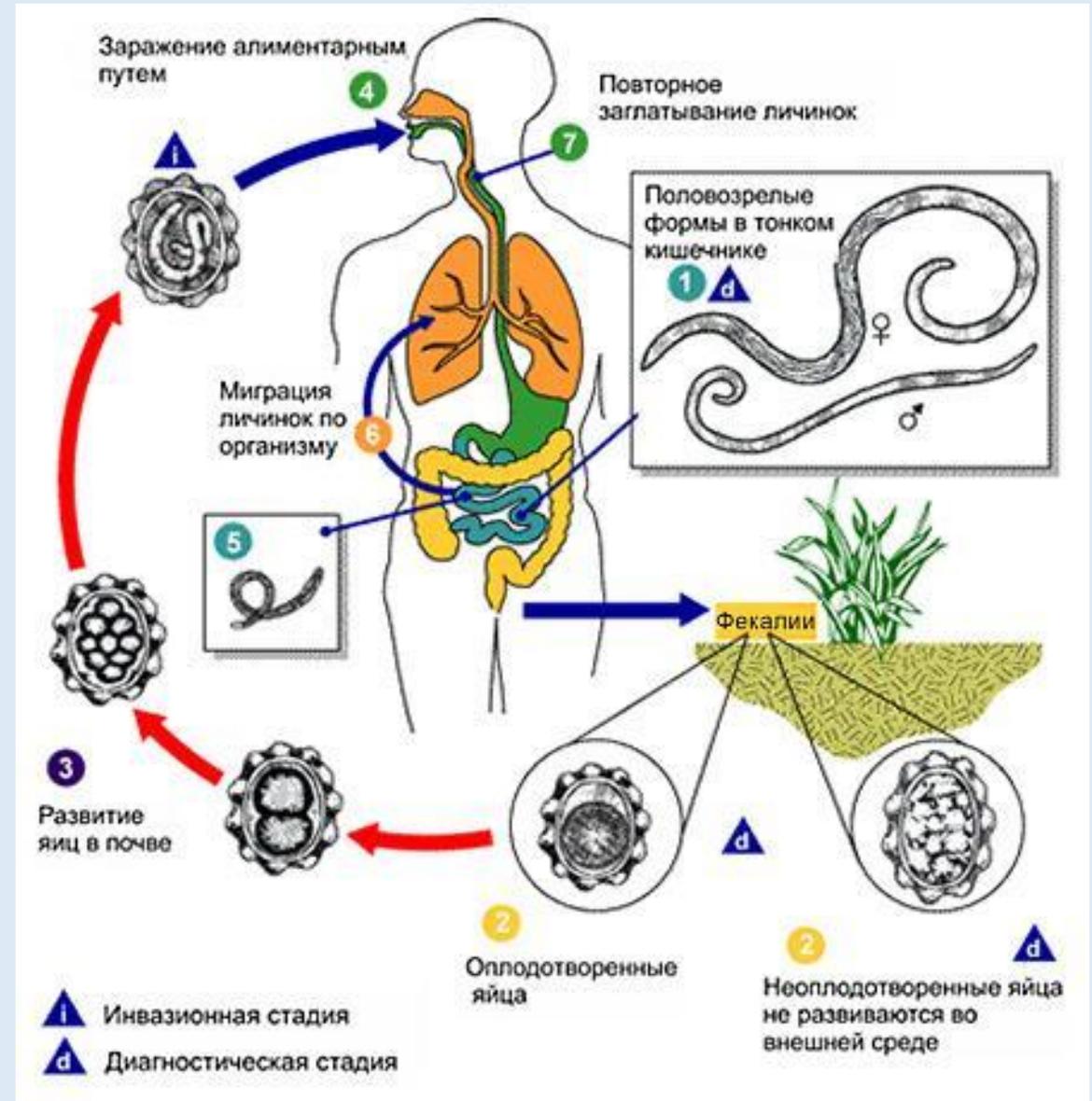
Рис. 1. Аскарида человеческая (*Ascarid lumbricoides*).  
Самец (внизу) и самка.

# Патогенез

- Из проглоченных яиц *A. lumbricoides* в двенадцатиперстной кишке появляются личинки, которые проникают через стенку тонкой кишки и мигрируют по системе кровообращения через печень к сердцу и легким. Личинки живут в альвеолярных капиллярах, проникают через альвеолярные стенки и поднимаются по бронхиальному дереву в ротоглотку. Там они заглатываются и вновь они возвращаются в тонкий кишечник, где развиваются во взрослых червей, которые выделяют яйца в кал. Время от момента заражения до яйцекладки составляет приблизительно 2–3 месяца, взрослые черви живут 1–2 года.

# Патогенез

- Спутанная масса червей вследствие тяжелой инфекции может закупорить кишечник, особенно у детей. Аберрантно мигрирующие отдельные взрослые черви иногда закупоривают желчные протоки или проходы панкреатической железы, вызывая холецистит или панкреатит; менее распространены воспаление желчных путей, абсцесс печени и перитонит.



# Клиническая картина

- Личинки *Ascaris*, мигрирующие через легкие, могут вызвать кашель, хрипы и иногда кровохарканье или другие респираторные симптомы у людей с предварительно не выявленным заражением *Ascaris*.
- Взрослые черви в небольшом количестве обычно не вызывают симптоматики со стороны желудочно-кишечного тракта, хотя прохождение взрослого червя через рот или прямую кишку может заставить пациента без симптомов обратиться за медицинской помощью. Обструкция кишечника или закупорка желчных протоков вызывают спазматические боли в животе, тошноту и рвоту. Желтуха нехарактерна.
- Даже небольшое число аскарид может привести к отсутствию аппетита у детей. Патофизиология неясна и может включать недостаточность питательных веществ, ухудшение абсорбции и потерю аппетита.

# Диагностика

- Микроскопическое исследование кала
- Взрослых червей идентифицируют в кале или при выделениях из носа, рта или прямой кишки
- Диагноз аскаридоза подтверждается при обнаружении яиц в кале во время микроскопического исследования или выявлением взрослых червей в кале либо выползающих из носа или рта. Иногда личинки могут быть выявлены в мокроте во время легочной фазы или позднее при инфекции, взрослые черви могут быть замечены при рентгенографических исследованиях желудочно-кишечного тракта.
- Эозинофилия может отмечаться во время миграции личинок через легкие, но обычно затем она исчезает, когда взрослые черви локализируются в кишечнике. Рентгенография грудной клетки во время легочной фазы может выявить инфильтраты, которые в присутствии эозинофилии подтверждают диагноз синдрома Леффлера .

# Лечение

- Албендазол 400 мг перорально единократно
- Мебендазол по 100 мг два раза в день в течение 3 дней или 500 мг перорально единократно
- Ивермектин по 150–200 мкг/кг перорально один раз



# Лямблиоз

- Лямблиоз представляет собой протозойную инфекцию
- Могут образовать внешнюю оболочку (цисту), который позволяет им выживать вне организма хозяина на протяжении длительного времени (например, в озерах и ручьях), а также снижает вероятность их гибели от хлора (к примеру, в плавательных бассейнах). Цисты выводятся с калом и могут вызывать инфекцию.
- Простейшие *лямблии* обычно заражают пресную воду, включая многие озера и ручьи — даже те, которые кажутся чистыми. Плохо профильтрованная водопроводная вода также является причиной некоторых вспышек. Большинство людей заражается в результате употребления загрязненной воды. Также возможно инфицирование при употреблении загрязненной пищи или после контакта с калом инфицированного человека, что может происходить между детьми или половыми партнерами.

# Факторы риска

- Дети, посещающие детские сады;
- Люди, вернувшиеся из поездки в развивающиеся страны;
- Пешие туристы, пьющих сырую воду из ручьев и озер;
- Люди, плавающие в загрязненных бассейнах или озерах.

# Клиническая картина

- **1) бессимптомная колонизация** — наиболее частый; в большинстве случаев проходит самопроизвольно;
- **2) острый гастроэнтерит** (длится 7–16 дней, как правило, саморазрешающееся заболевание, без лечения у 30–50 % больных переходит в хроническую форму): доминирует понос (водянистый, без крови и слизи в кале) и спастические боли в верхней части живота (диспепсия); возможны слабость;
- **3) хронический синдром желудочно-кишечных симптомов с нарушением желудочно-кишечного всасывания (стеаторея)** — симптомы, похожие на острую болезнь, но более легкие, периодически рецидивируют у детей приводит к недостаточности питания и задержке роста;
- **4) атипичные симптомы:** крапивница, реактивный артрит. Может развиваться вторичная непереносимость лактозы, истощение, воспаление желчевыводящих путей и желчного пузыря.

# Диагностика

- **1. Обнаружение простейшего при микроскопическом обследовании** (однозначное подтверждение заражения):
  - 1) исследование кала на наличие цист — основной метод диагностики; необходимо выполнить исследование 3 проб, полученных через день;
  - 2) исследование кала на наличие трофозоитов (низкая чувствительность) — возможно в стуле при поносе, если исследование проводится сразу после забора пробы (нативный препарат);
  - 3) исследование содержимого двенадцатиперстной кишки (зондирование, редко выполняется) — исследование препарата непосредственно после забора содержимого: необходимо назначить, если исследование кала и серологические тесты не подтверждают диагноз;
  - 4) морфологическое исследование биоптата слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки или тонкой кишки (эндоскопия) — необходимо выполнить в особых случаях, когда имеются показания для эндоскопии (напр., диспепсия) или для гистологического исследования слизистой оболочки кишечника (напр., подозрение на энтеропатию); атрофия ворсинок тонкой кишки (обычно частичная) и трофозоиты видны на поверхности слизистой оболочки.

# Диагностика

- **2. Другие исследования, обнаруживающие наличие *G. lamblia* в стуле:** обнаружение антигенов паразита (ИФА, тест иммунофлюоресценции) — скрининг-тест, бывают ложноположительные результаты. Рекомендуется подтвердить положительный результат микроскопическим исследованием (кал); обнаружение ДНК паразита (РТ-ПЦР) — высокая чувствительность и специфичность; может заменить микроскопическое исследование.
- **3. Серологическое исследования:** выявление специфических антител против *G. lamblia* в сыворотке (ИФА; тест с высокой чувствительностью).

# Лечение

- **Антипротозойное лечение** (с эпидемиологических позиций следует лечить каждого инфицированного независимо от наличия клинических симптомов, в том числе всех инфицированных домочадцев больного):
  - 1) **терапия первой линии** — метронидазол п/о 250 мг 3 × в день в течение 5–7 дней или 500 мг 2 × в день в течение 5 дней;
  - 2) терапия второй линии — тинидазол п/о 2 г однократно или фуразолидон п/о 100 мг 4 × в день в течение 2–5 дней;
  - 3) **лечение беременных** — в легких случаях нет необходимости; если симптомы выражены → паромомицин п/о (не всасывается) 500 мг 4 × в день в течение 7 дней;
  - 4) **для лечения рецидивов или в случае неэффективности лечения** (10–20 %) – паромомицин п/о 500 мг 3 × в день 5–10 дней или квинакрин п/о 100 мг 2 × в день в течение 5 дней;
  - 5) **резистентные случаи** — нитазоксанид 500 мг п/о 2 × в день в течение 5 дней.

# Профилактика

- 1. Соблюдение санитарно-гигиенических норм.
- 2. Тщательное мытье фруктов и овощей в чистой воде, избегание продуктов неизвестного происхождения, избегание питья воды неизвестного происхождения, а также воды из ручьев, рек и озер (кипячение разрушает цисты).
- 3. Изоляция больных с поносом от работы в яслях, детских садах и учреждениях опеки для умственно отсталых до прекращения симптомов.
- 4. Запрещение купания в водоёмах для отдыха больным лямблиозом в течение 2 нед. после прекращения симптомов.

# Амебиаз

- Четыре разновидности *Entamoeba* морфологически неразличимы, однако на молекулярном уровне имеются следующие разновидности:
- *E. histolytica* (патогенная)
- *E. dispar* (безопасный комменсал, более распространенный)
- *E. moshkovskii* (реже, неопределенная патогенность)
- *E. bangladeshi* (реже, неопределенная патогенность)



# Патогенез

- Виды *Entamoeba* существует в 2 формах:
- Трофозоит
- Циста
- Подвижные трофозоиты питаются бактериями и тканью, репродуцируются, колонизируют полость и слизистую оболочку толстого кишечника, а иногда вторгаются в ткани и органы. Трофозоиты преобладают в жидком стуле, но быстро погибают вне организма человека, и при попадании в организм будут уничтожены за счет желудочных кислот. Некоторые трофозоиты в полости толстого кишечника превращаются в цисты, которые выделяются со стулом.
- *E. histolytica*-трофозоиты могут прикрепляться к эпителиальным клеткам толстого кишечника и полиморфноядерным нейтрофилам (ПМН), разрушая их, амебы являются причиной дизентерии, с примесью крови и слизи в кале, но с небольшим количеством полиморфноядерных нейтрофилов. Трофозоиты также секретируют протеазы, которые способствуют проникновению паразитов в подслизистый слой кишки.

# Клиническая картина

- Большинство людей с амебиазом не проявляют симптомов, но хронически передают цисты в стуле.
- Симптомы, возникающие при внедрении паразита в ткани толстой кишки, обычно развиваются в течение 1–3 недель после проглатывания цист и включают в себя
- Перемежающиеся диарею и запоры
- Метеоризм
- Спазматические боли в животе
- Может ощущаться повышенная чувствительность в области печени или восходящей ободочной кишки и лихорадка, а стул может содержать слизь и кровь.

# Амебная дизентерия

- Амебная дизентерия, распространенная в тропиках, проявляется с эпизодами частого полужидкого стула, который часто содержит кровь, слизь и живых трофозоитов. Симптоматика со стороны ЖКТ варьируется от легкой болезненности до явной боли в животе, с высокой температурой и системными признаками токсикации. Болезненность в абдоминальной области часто сопровождается амебный колит. Иногда развивается фульминантный колит, осложненный токсическим мегаколоном или перитонитом.
- Между рецидивами симптомы сводятся к повторяющимся спазмам и жидкому или очень мягкому стулу, что приводит к истощению и анемии. Возможно появление симптомов, характерных для аппендицита. Хирургическое вмешательство в таких случаях может привести к распространению амеб в брюшной полости.

# Диагностика

- Кишечная инфекция: микроскопическое исследование, иммуноферментный анализ кала, молекулярные тесты на наличие ДНК паразитов в кале и/или серологическое исследование.
- Внекишечная инфекция: томография и серодиагностика или терапевтическое обследование с применением амебицида.
- Диагноз амебиаза подтверждается обнаружением трофозоитов и/или цист амебы, в стуле или тканях; однако, патогенные *E. histolytica* морфологически неотличимы от непатогенных *E. dispar*, а также *E. moshkovskii* и *E. bangladeshi*, патогенность которых неизвестна. Методы иммуноанализа, обнаруживающие антигены *E. histolytica* в кале, чувствительны и специфичны, их применяют для подтверждения диагноза. Выявление специфической ДНК для *E. histolytica* с помощью метода полимеразной цепной реакции доступно в диагностических референсных лабораториях, данный тест имеет очень высокую чувствительность и специфичность.

# Лечение

- Метронидазол перорально 500–750 мг три раза в день взрослым (12–17 мг/кг три раза в день детям) в течение 7–10 дней
- Тинидазол 2 г перорально 1 раз/день взрослым (50 мг/кг [максимум 2 г] 1 раз/день детям > 3 лет) в течение 3 дней при умеренных симптомах желудочно-кишечного тракта, 5 дней при острой формы симптомах ЖК и в течение 3-5 дней при амёбном абсцессе печени

# Лечение

- Вариантами препаратов для элиминации цист являются:
- Йодохинол 650 мг перорально три раза в день после еды взрослым, (10–13 мг/кг [максимум 2 г/день] перорально три раза в день детям) в течение 20 дней
- Паромомицин 8–11 мг/кг перорально три раза в день с едой в течение 7 дней
- Дилоксанида фууроат трижды в день по 500 мг перорально взрослым (7 мг/кг перорально три раза в день детям) в течение 10 дней

# Описторхоз

- Инвазия вызывается плоскими червями рода *Opisthorchis*, которым человек заражается при поедании инфицированной рыбы. На территории России и стран СНГ распространен вид *Opisthorchis felinus*, который чаще всего встречается в бассейне Оби и Иртыша. В Юго-Восточной Азии обитает гельминт *Opisthorchis viverrini*. Для Западной Европы и Северной Америки болезнь нетипична, редкие случаи заболевания детей связаны с завозом зараженной рыбы.
- Описторхисы — черви ланцетовидной формы с заостренным передним концом, которые имеют 2 присоски на теле. *Opisthorchis felinus* отличается от *Opisthorchis viverrini* более крупными размерами. Яйца гельминтов бледно-желтого цвета, по форме напоминают огуречные семена. Описторхисы имеют сложный жизненный цикл, для развития они нуждаются в 2-х промежуточных хозяевах (моллюски и рыбы), человек и разные виды млекопитающих являются окончательными хозяевами.



# Патогенез

- После употребления зараженной и недостаточно термически обработанной рыбы ребенок инфицируется метацеркариями возбудителя, которые попадают в кишечник, а затем в печень, желчные ходы и поджелудочную железу. Там гельминты достигают половой зрелости спустя 12-14 суток, после чего начинают откладывать яйца. Время развития личинки считается острой стадией инвазии, паразитирование половозрелых особей относят к хронической форме описторхоза.
- Во время острой формы у детей преобладают токсико-аллергические механизмы заболевания, которые вызваны негативными реакциями на продукты метаболизма гельминтов. На этом этапе наблюдаются микроциркуляторные нарушения в органах желудочно-кишечного тракта, эозинофильная инфильтрация печени, кишечника и легких, десквамативные процессы в желчевыводящих путях. Чем слабее иммунная защита, тем тяжелее протекает начальная стадия паразитоза.

# Патогенез

- Патогенез хронического описторхоза сложен. Основные факторы: механическое повреждение гепатопанкреатобилиарной системы присосками и шипами гельминтов, массивные скопления паразитов в пищеварительных органах, негативные нервно-рефлекторные влияния. Важную роль в механизме развития играют аутоиммунные реакции, которые возникают в ответ на разрушение собственных тканей организма.



# Клиническая картина

- Острый описторхоз
- Инкубационный период протекает бессимптомно и составляет от 2 до 4 недель, в редких случаях он удлиняется до 1,5 месяцев. Вслед за ним наступает острая фаза, проявляющаяся лихорадкой, ломотой в теле, красными зудящими высыпаниями. У части детей появляются рвота и диарея, боли и тяжесть в области живота, отсутствие аппетита. Пациенты жалуются на усталость, неспособность сконцентрироваться на учебе. Такие симптомы продолжаются 1-4 недели, однако острый период может иметь затяжное течение — до 2 месяцев.
- При тяжело протекающем остром описторхозе возможны 3 клинических варианта. Для тифоподобной формы типична лихорадка с ознобом, увеличение нескольких групп лимфоузлов, пятнистая сыпь на коже. При гепатохолангитическом варианте отмечается сильная боль в правом подреберье или в эпигастрии, сопровождающаяся повышением температуры и недомоганием.
- Течение тяжелого гастроэнтероколитического варианта описторхоза напоминает по клинике кишечную инфекцию. Дети обычно испытывают сильную болезненность в эпигастрии, реже — справа в подреберье. Аппетит снижен. Постоянно ощущается тошнота, но приступы рвоты наблюдаются реже. Стул жидкий, учащенный. Однако симптомы лихорадки и интоксикации выражены меньше

# Клиническая картина

- Хронический описторхоз
- Хроническая форма характерна для детей, проживающих в эндемичных районах. Больных беспокоят тяжесть и дискомфорт в животе, тошнота, рвота. Температура тела нормальная либо повышается до субфебрильных значений. При прогрессировании описторхоза боли в брюшной полости усиливаются, приобретают схваткообразный или опоясывающий характер. Поражение нервной системы проявляется бессонницей, частыми головными болями, беспричинными перепадами настроения.

# Диагностика

- **УЗИ гепатобилиарной системы.** При ультразвуковом исследовании специалист диагностирует воспаление желчных и панкреатических протоков, местные осложнения описторхоза. Детям старшего возраста иногда назначаются эндоскопические методы (ЭФГДС и ЭРХПГ), которые дают ценную информацию при осложненном описторхозе.
- **Рентгенологические методы.** Обзорная рентгенограмма брюшной полости необходима для быстрой диагностики осложнений гельминтоза. КТ печени и желчного пузыря рекомендована при недостаточной информативности УЗИ. На снимках можно увидеть признаки структурных изменений органов, возникшие на фоне длительного течения описторхоза.
- **Стандартный комплекс анализов.** В гемограмме обращают внимание на лейкоцитоз и эозинофилию, повышение СОЭ, снижение уровня гемоглобина и количества эритроцитов. Биохимическое исследование показывает увеличение уровней АСТ и АЛТ, прямого билирубина, щелочной фосфатазы. Результаты копрограммы указывают на мальабсорбцию и воспаление кишечника.

# Диагностика

- **Идентификация возбудителя.** Диагноз подтверждается при серологическом исследовании крови на наличие специфических антител. «Золотым стандартом» диагностики описторхоза считается наличие яиц гельминта при микроскопии дуоденального содержимого.

# Лечение

- 1 этап (подготовительный)
- Купирование аллергического синдрома: блокаторы H<sub>1</sub>-гистаминовых рецепторов, которые назначаются во время курса подготовительной терапии, при проведении специфической и по показаниям – в период реабилитации.
- Селективная спазмолитическая и желчегонная терапия осуществляться дифференцированно, с учетом типа дискинезии желчевыводящих путей: селективные спазмолитики, холекинетики, холеретик, препараты смешанного действия. Назначаются они не менее трех месяцев.
- Холестаза: препараты урсодезоксихолевой кислоты, адеметионин. По показаниям применяются прокинетики (метоклопрамид, домперидон), ферменты поджелудочной железы, пре- и пробиотики, средства эрадикационной терапии

# Лечение

- 2 этап (специфическая химиотерапия)
- Празиквантел: применяются в разных дозах: 50, 60 и 75 мг/кг массы тела в 3 приема с интервалом между приемами 4-6 часов

# Лечение

- 3 этап (реабилитацион)
- После лечения бильтрицидом особое внимание уделяется беззондовому дуоденальному
- 1) зондированию (тюбажи с ксилитом, сорбитом, серноокислым магнием, минеральной водой) 2-3 раза в течение 1-й недели, далее 1—2 раза в неделю (до 3 мес).
- 2) Эубиотики. В течение всего этого периода контролируют стул, который должен быть ежедневным (при необходимости назначают слабительные средства).
- 3) Комплекс реабилитационных мероприятий включает также прием гепатопротекторов, отваров желчегонных трав (3—4 мес), при необходимости применяют спазмолитики, антихолестатические препараты и другие патогенетические средства.)

Спасибо за внимание!