

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Fahn S., Marsden C.D., Van Woert M.H.* Definition and classification of myoclonus. *Adv Neurol* 1986; 43: 1—5.
2. *Caviness J.N.* Myoclonus. *J Mayo Clinic Proceedings* 1996; 71: 7: 679—688.
3. *Toro C., Hallett M.* Pathophysiology of myoclonic disorders. *Movement Disorders: Neurologic Principles & Practice*. R.L. Watts, W.C. Koller (eds.). 2004; 1000.
4. *Assal F., Magistris M.R., Vingerhoets F.J.* Post-traumatic suppressible myoclonus of peripheral origin. *J Neurol Neurolurg Psychiat* 1998; 64: 5: 673—675.
5. *Lundemo G., Persson H.E.* Hereditary essential myoclonus. *Acta Neurol Scand* 1985; 72: 2: 176—179.
6. *Kock N., Kasten M., Schule B. et al.* Clinical and genetic features of myoclonus-dystonia in 3 cases: A video presentation. *J Mov Disord* 2004; 19: 2: 231—234.
7. *Pappert E.J., Goetz C.G., Vu T.Q. et al.* Animal model of posthypoxic myoclonus: effects of serotonergic antagonists. *J Neurology* 1999; 52: 1: 16—21.
8. *Marumoto R.R., Truong D.D., Nguyen K.D. et al.* Involvement of GABA(A) receptors in myoclonus. *J Mov Disord* 2000; 15: Suppl 1: 47—52.
9. *Pranzatelly M.R.* The pharmacology of antimyoclonic drugs. *J Clinical Neuroscience* 1995; 3: 4: 246—252.
10. *Fejerman N.* Myoclonus and epilepsies in children. *Rev Neurol (Paris)* 1991; 147: 12: 782—797.
11. *Lombroso C.T., Fejerman N.* Benign myoclonus of early infancy. *Ann Neurol* 1977; 1: 2: 138—143.
12. *Holmes G.L., Russman B.S.* Shuddering attacks. Evaluation using electroencephalo-graphic frequency modulation radiotelemetry and videotape monitoring. *Am J Dis Child* 1986; 140: 1: 72—73.

Поступила 07.11.08

## Физиология кортикостероидов и принципы терапии

### Corticosteroid physiology and principles of therapy

*P. Gupta, V. Bhatia*

*Indian J Pediat* 2008; 75: 10: 1039—1044

Как известно, кора надпочечников вырабатывает глюкокортикостероиды, минералокортикоиды и андрогены. Глюкокортикоиды поддерживают гомеостаз, минералокортикоиды регулируют баланс жидкостей и электролитов, а андрогены отвечают за развитие вторичных половых признаков. Глюкокортикотерапия часто применяется в педиатрической практике, несмотря на большое количество побочных эффектов. Длительная терапия кортикостероидами в высоких дозах оказывает супрессивное действие на продукцию эндогенных стероидов. Следовательно, терапия с использованием глюкокортикоидов должна назначаться последовательно и быть отменена в зависимости от состояния гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы. Пациентам с супрессией указанной системы необходимо заменить глюкокортикоидную терапию, кроме того, этим пациентам необходимо снижать дозировку препаратов в периоды стрессов. Ввиду иммуносупрессивного действия глюкокортикоидов в период терапии следует с большой осторожностью подходить к вопросам вакцинирования и иммунопрофилактики, тем более при использовании живых вакцин.

Референт *А.И. Асманов*