

Э Ф Ф Е К Т И В Н А Я

ФАРМАКОТЕРАПИЯ

54
2013

*эпидемиология
и инфекции № 2*

Клиническая эффективность

Выбор антимикробного препарата
при микст-инфекциях кишечника

Индукторы интерферона
в лечении гриппа и ОРВИ

Лекции для врачей

Роль лактосодержащих пробиотиков
в комплексной терапии
различных заболеваний

Медицинский форум

Современные представления о факторах
риска нарушений функции почек
у пациентов с ВИЧ-инфекцией

**Календарный план мероприятий непрерывного повышения
квалификации медицинских работников на первое полугодие 2014 года
Главное медицинское управление Управления делами Президента Российской Федерации**

5 февраля	<p>«Генитальные инфекции и патология шейки матки: клиника, диагностика, лечение»</p> <p>Председатель и научный руководитель: профессор В.Н. Прилепская, заместитель директора по научной работе, руководителя научно-поликлинического отделения ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздрава России</p> <p>Место проведения: здание Правительства Москвы (Москва, ул. Новый Арбат, д. 36/9)</p>
14 февраля	<p>Первая Российская научно-практическая конференция «Клиническая сомнология»</p> <p>Организаторы: Межрегиональная общественная организация «Ассоциация сомнологов», ФГБУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ</p> <p>Президент конференции: профессор Р.В. Бузунов, президент Межрегиональной общественной организации «Ассоциация сомнологов», заведующий отделением медицины сна ФГБУ «Клинический санаторий “Барвиха”» УД Президента РФ, кафедра медицинской реабилитации, лечебной физкультуры, физиотерапии и курортологии ФГБУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ</p> <p>Научно-консультативный совет: В.Н. Абросимов, В.Ф. Казаков, С.В. Клеменков, А.Н. Куликов, А.Ю. Литвин, О.В. Лышова, А.М. Найдич, В.Э. Олейников, И.Е. Чазова</p> <p>Место проведения: Центральный дом ученых РАН (Москва, ул. Пречистенка, д. 16)</p>
25 февраля	<p>III Научно-практическая конференция по иммунологии «Аутоиммунные и инфекционные заболевания»</p> <p>Председатель и научный руководитель: профессор Ю.П. Резников, главный внештатный специалист по клинической иммунологии Главного медицинского управления УД Президента РФ, научный руководитель по иммунологии ФГБУ «Поликлиника № 1» УД Президента РФ</p> <p>Место проведения: здание Правительства Москвы (Москва, ул. Новый Арбат, д. 36/9)</p>
12 марта	<p>XVII Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы неврологии в современном мире»</p> <p>Председатель и научный руководитель: профессор В.И. Шмырев, главный невролог Главного медицинского управления УД Президента РФ, заведующий кафедрой неврологии ФГБУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ</p> <p>Место проведения: Центральный дом ученых РАН (Москва, ул. Пречистенка, д. 16)</p>
21 марта	<p>XIX Научно-практическая конференция «Фармакотерапия болезней уха, горла, носа с позиций доказательной медицины»</p> <p>Председатели и научные руководители: профессор А.С. Лопатин, научный руководитель по оториноларингологии ФГБУ «Поликлиника № 1» УД Президента РФ, президент Российского общества ринологов; профессор В.С. Козлов, заведующий кафедрой оториноларингологии ФГБУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ; чл.-корр. РАМН Г.З. Пискунов, главный специалист по оториноларингологии ГМУ УД Президента РФ</p> <p>Место проведения: здание Правительства Москвы (Москва, ул. Новый Арбат, д. 36/9)</p>
2–5 апреля	<p>III Российский мастер-класс с международным участием «Современная функциональная ринопластика»</p> <p>Председатель и научный руководитель: профессор А.С. Лопатин, научный руководитель по оториноларингологии ФГБУ «Поликлиника № 1» УД Президента РФ, президент Российского общества ринологов</p> <p>Место проведения: ФГБУ «Клиническая больница № 1» УД Президента РФ (Вольнская)</p>
24 апреля	<p>XV Юбилейная научно-практическая конференция «Фармакотерапия аллергических заболеваний с позиций доказательной медицины»</p> <p>Председатель и научный руководитель: профессор Л.А. Горячкина, главный аллерголог Главного медицинского управления УД Президента РФ, заведующая кафедрой клинической аллергологии ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России</p> <p>Место проведения: Центральный дом ученых РАН (Москва, ул. Пречистенка, д. 16)</p>
20 мая	<p>VI научно-практическая конференция по офтальмологии</p> <p>Председатели и научные руководители: академик РАМН С.Э. Аветисов, главный офтальмолог Главного медицинского управления УД Президента РФ, директор ФГБУ «Научно-исследовательский институт глазных болезней» РАМН; профессор В.П. Еричев, заместитель директора по научной работе ФГБУ «Научно-исследовательский институт глазных болезней» РАМН; профессор И.Э. Иошин, заведующий отделением офтальмологии ФГБУ «Клиническая больница» УД Президента РФ</p> <p>Место проведения: здание Правительства Москвы (Москва, ул. Новый Арбат, д. 36/9)</p>

**Адреса проведения мероприятий
уточнять на сайте или по указанным телефонам**

Организационная поддержка:
Информационно-выставочная компания **ООО «МедЗнания»**
Тел.: +7(495) **614-40-61, 614-43-63**, e-mail: **medicinet@mail.ru**
Подробная информация о конференции на **www.medq.ru**

Эффективная
фармакотерапия. 54/2013
Эпидемиология
и инфекции. № 2

ISSN 2307-3586

Главный редактор

член-корр. РАМН, докт. мед. наук, проф. Ю.Г. АЛЯЕВ

Ответственный секретарь

докт. мед. наук И.С. БАЗИН

Редакционная коллегия:

докт. мед. наук, проф. В.Б. БЕЛОБОРОДОВ

докт. мед. наук, проф. В.А. ГОРБУНОВА

докт. мед. наук, проф. И.Н. ЗАХАРОВА

член-корр. РАМН, докт. мед. наук, проф. А.В. КАРАУЛОВ

докт. мед. наук, проф. И.М. КОРСУНСКАЯ

докт. мед. наук И.А. ЛОСКУТОВ

докт. мед. наук, проф. О.Н. МИНУШКИН

докт. мед. наук, проф. А.М. МКРТУМЯН

докт. мед. наук, проф. А.Ю. ОВЧИННИКОВ

докт. мед. наук, проф. О.Д. ОСТРОУМОВА

докт. мед. наук, проф. В.Н. ПРИЛЕПСКАЯ

докт. мед. наук, проф. Д.Ф. ХРИТИНИН

докт. мед. наук, проф. Е.И. ШМЕЛЕВ

Редакционный совет:

Н.М. БЕЛЯЕВА, Н.Н. БРИКО, В.Б. БЕЛОБОРОДОВ,

Ю.Я. ВЕНГЕРОВ, Г.Х. ВИКУЛОВ,

А.А. НОВОКШОНОВ, М.С. САВЕНКОВА,

В.Ф. УЧАЙКИН, Ф.С. ХАРЛАМОВА

© ИД ГК «Медфорум»

127422, Москва, ул. Тимирязевская,

д. 1, стр. 3. Тел. (495) 234-07-34

Генеральный директор ИД ГК «Медфорум»

А. СЕНИЧКИН

Руководитель проекта

«Эпидемиология и инфекции»

В. ЛОПАТКИНА (medbiz@webmed.ru)

Шеф-редактор О. ПАРПАРА

Выпускающий редактор Т. ЧЕМЕРИС

Корректор Е. САМОЙЛОВА

Дизайнер Т. АФОНЬКИН

Фотосъемка И. ЛУКЪЯНЕНКО

Подписка и распространение

Т. КУДРЕШОВА (podpiska@webmed.ru)

Отпечатано в типографии

ООО «Издательство Юлис»

Тираж: 17 500 экз.

Свидетельство о регистрации СМИ

ПИ № ФС77-23066 от 27.09.2005

Подписной индекс

по каталогу «Роспечать» 70271

Редакция не несет ответственности

за содержание рекламных материалов.

Любое воспроизведение материалов и их фрагментов

возможно только с письменного разрешения редакции

журнала. Мнение редакции может не совпадать

с мнением авторов.

Авторы, присылающие статьи для публикации,

должны быть ознакомлены с инструкциями

для авторов и публичным авторским договором.

Информация размещена на сайте www.efcj.ru.

Журнал «Эффективная фармакотерапия» включен
в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ).

Содержание

Клиническая эффективность

- М.А. ШЕВЯКОВ, А.В. СОБОЛЕВ, О.А. ШУРПИЦКАЯ
Применение нифуратела в лечении микст-инфекций кишечника 4
- Г.Н. КАРЕТКИНА
Грипп и ОРВИ: итоги эпидсезона 2012–2013 гг. и прогноз
на эпидсезон 2013–2014 гг. 8
- А.М. САБИТОВА, А.А. ИБРАГИМОВА
Принципы медикаментозной профилактики ОРВИ в детских коллективах 14

Лекции для врачей

- А.А. НОВОКШОНОВ, Н.В. СОКОЛОВА
Физиологические функции лактобактерий в организме
и эффективность их применения в составе пробиотиков
в педиатрической практике 20

Медицинский форум

- Научно-практическая конференция «Московская международная неделя
вирусологии»*
ВИЧ-инфекция и функция почек: факторы риска и влияние
лекарственных препаратов 28

ISSN 2307-3586

Editor-in-chief

Yu.G. ALYAYEV, MD, DMSci, Prof., RAMSci Corr. Mem.

Executive editor

I.S. BAZIN, MD, DMSci

Editorial Board

V.B. BELOBORODOV, MD, DMSci, Prof.

V.A. GORBUNOVA, MD, DMSci, Prof.

A.V. KARAULOV, MD, DMSci, Prof., RAMSci Corr. Mem.

D.F. KHRITININ, MD, DMSci, Prof.

I.M. KORSUNSKAYA, MD, DMSci, Prof.

I.A. LOSKUTOV, MD, DMSci

O.N. MINUSHKIN, MD, DMSci, Prof.

A.M. MKRTUMYAN, MD, DMSci, Prof.

A.Yu. OVCHINNIKOV, MD, DMSci, Prof.

O.D. OSTROUMOVA, MD, DMSci, Prof.

V.N. PRILEPSKAYA, MD, DMSci, Prof.

Ye.I. SHMELYOV, MD, DMSci, Prof.

I.N. ZAKHAROVA, MD, DMSci, Prof.

Editorial Council

V.B. BELOBORODOV,

N.M. BELYAYEVA,

N.N. BRIKO,

E.S. KHARLAMOVA,

A.A. NOVOKSHONOV,

M.S. SAVENKOVA,

V.F. UCHAYKIN,

Yu.Ya. VENGEROV,

G.Kh. VIKULOV

© Medforum Publishing House

ISSN 2307-3586

1/3 Timiryazevskaya Street Moscow, 127422 Russian
Federation

Phone: 7-495-2340734

www.webmed.ru

General manager

A. SINICHKIN,

sinmed1@mail.ru

Advertising manager

V. LOPATKINA,

medbiz@webmed.ru

Managing editor

O. PARPARA,

o.parpara@webmed.ru

Contents

Clinical efficacy

- M.A. SHEVYAKOV, A.V. SOBOLEV, O.A. SHURPITSKAYA
Administration of nifuratel in treatment of the mixed infections of intestine 4
- G.N. KARETKINA
Influenza and acute respiratory viral infections: outcome of 2012–2013
influenza epidemic season and prognosis for 2013–2014 epidemic season 8
- A.M. SABITOVA, A.A. IBRAGIMOVA
Principles of medicated prophylaxis of acute respiratory viral infections
in children's target audience 14

Clinical lecture

- A.A. NOVOKSHONOV, N.V. SOKOLOVA
Physiological *in vivo* functions of lactobacteria and efficacy of their
administration as probiotics in pediatric practice 20

Medical forum

- Research-to-Practice Conference Moscow International Virology Week*
HIV infection and renal function: risk factors and influence of drugs 28



XVII КОНГРЕСС ПЕДИАТРОВ РОССИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕДИАТРИИ»

III ЕВРАЗИЙСКИЙ ФОРУМ ПО РЕДКИМ БОЛЕЗНЯМ, IV ФОРУМ ДЕТСКИХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР
14–16 февраля 2014 года

г. Москва, Краснопресненская набережная, 12, Центр международной торговли, 4-й подъезд

Уважаемые коллеги!

Союз педиатров России приглашает вас принять участие в работе **XVII Конгресса педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии», III Евразийского форума по редким болезням и IV Форума детских медицинских сестер**. Программа конгресса включает вопросы организации медицинской помощи детям, охраны репродуктивного здоровья детей и подростков, питания здорового и больного ребенка, вакцинопрофилактики, высокотехнологичных методов диагностики и лечения болезней детского возраста, школьной медицины, детской хирургии и другие актуальные проблемы.

В рамках послевузовского профессионального образования педиатров будут проведены школы специалистов (повышения квалификации) с выдачей сертификатов.

На церемонии открытия конгресса – 14 февраля 2014 года в 18.00 – будут подведены итоги:

- **конкурса «Детский врач года»** (к участию приглашаются детские врачи всех звеньев системы медицинской помощи детям);
- **конкурса «Детская медицинская сестра года»** (к участию приглашаются медицинские сестры и фельдшера, оказывающие медицинскую помощь детям);
- **конкурса** на лучший художественно-исторический очерк по истории российской педиатрии (к участию приглашаются все желающие).

На церемонии закрытия конгресса – 16 февраля 2014 года – будут подведены итоги:

- **конкурса научных работ молодых ученых.**

Заявки на доклады и симпозиумы принимаются до 5 декабря 2013 г., тезисы для публикации – до 13 декабря 2013 г., заявки на участие в конкурсах «Детский врач года», «Детская медицинская сестра года» – до 16 декабря 2013 г., конкурсные работы на лучший художественно-исторический очерк по истории российской педиатрии – до 25 декабря 2013 г., работы на конкурс научных работ молодых ученых – до 10 января 2014 г., регистрация участников школ – до 19 января 2014 г.

Дополнительную информацию по вопросам участия в конгрессе, форумах и выставке, школах специалистов и публикации тезисов можно получить по телефонам в Москве: 8 (499) 134-13-08, 134-30-83, 783-27-93; 8 (495) 967-15-66, 681-76-65 и на веб-сайтах: www.pediatr-russia.ru, www.nczd.ru, www.kdcenter.ru, www.spr-journal.ru

Адрес оргкомитета конгресса: 119991, г. Москва, Ломоносовский проспект, 2, стр. 1, Научный центр здоровья детей, e-mail: orgkomitet@nczd.ru

21-я МЕЖДУНАРОДНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ВЫСТАВКА «ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА – 2014»

14–16 февраля 2014 года

г. Москва, Краснопресненская набережная, 12, Центр международной торговли, 4-й подъезд

Параллельно с XVII Конгрессом педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии», III Евразийским форумом по редким болезням и IV Форумом детских медицинских сестер пройдет **21-я Международная медицинская выставка «Здоровье матери и ребенка – 2014»**, на стендах которой будут представлены более 100 ведущих отечественных и зарубежных компаний из 30 стран. Ежегодно выставку посещают свыше 10000 человек.

Основные разделы выставки:

- Лекарственные средства
- Медицинское оборудование
- Медтехника
- Лабораторное оборудование и приборы
- Медицинские инструменты
- Медицинская мебель и оборудование для оснащения родильных домов, детских больниц, поликлиник, гинекологических кабинетов
- Витамины
- Детское питание
- Средства по уходу за детьми
- Средства гигиены для женщин
- Контрацептивы
- Специализированные издания и литература

Дополнительную информацию по вопросам участия в конгрессе и выставке можно получить по телефонам: 8 (495) 631-14-12, 681-76-65, e-mail: zmir@sumail.ru



¹ Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, кафедра клинической микологии, аллергологии и иммунологии

² НИИ медицинской микологии им. П.Н. Кашкина

Применение нифуратела в лечении микст-инфекций кишечника

М.А. Шевяков, А.В. Соболев, О.А. Шурпицкая

Адрес для переписки: Михаил Александрович Шевяков, shevyakov@inbox.ru

В рамках ретроспективного анализа нифурател продемонстрировал 95%-ную эффективность при лечении интестинального лямблиоза, сочетанного с дисбиозом кишечника, а также высокую эффективность в борьбе с условно-патогенными видами *Escherichia coli*, *Citrobacter spp.* и *Klebsiella spp.* Большинство пациентов отмечали улучшение самочувствия после лечения, что проявлялось прежде всего нормализацией частоты и оформленности стула, уменьшением флатуленции, исчезновением абдоминального дискомфорта, улучшением аппетита и снижением утомляемости. Нифурател можно считать препаратом выбора при сочетании лямблиоза с бактериальным дисбактериозом кишечника и хеликобактериозом пищеварительного тракта.

Ключевые слова: микст-инфекции, дисбактериоз кишечника, лямблиоз, нифурател

Проблема микст-инфекционных поражений кишечника в современной гастроэнтерологии весьма актуальна. Клиницистам и врачам-лаборантам приходится решать трудные задачи при диагностике и лечении заболеваний, обусловленных одновременно *Helicobacter pylori* (гастрит, язвенная болезнь, новообразования желудка и др.), *Lambliа* (астенический, аллергический и диспепсический синдромы) и другими оппортунистическими микроорганизмами, участвующими в дисбиотических состояниях кишечника, – условно-патогенными микроорганизмами родов *Candida*, *Escherichia*, *Klebsiella*, *Proteus*, *Citrobacter*, *Staphylococcus aureus*

и др. (синдром раздраженного кишечника, иммунодефицитный и аллергический синдромы). С 1981 г. Всемирной организацией здравоохранения возбудители рода *Lambliа* отнесены к безусловно патогенным кишечным простейшим [1]. Синдром дисбактериоза кишечника диагностируют у значительной части больных, обратившихся за помощью в лечебно-профилактические учреждения. В Российском отраслевом стандарте «Протокол ведения больных. «Дисбактериоз кишечника»» (ОСТ 91500.11.0004-2003) под дисбактериозом кишечника понимается клиничко-лабораторный синдром, связанный с изменением качественного и/или количествен-

ного состава микрофлоры кишечника с последующим развитием метаболических и иммунологических нарушений с возможным возникновением желудочно-кишечных расстройств. Коррекция дисбиоза кишечника предполагает применение энтеросептических средств для подавления оппортунистической микрофлоры в кишечной био пленке. Это в свою очередь создает условия для колонизации кишечника нормальной микрофлорой, преимущественно лактобациллами и бифидобактериями.

На этапе разработки тактики лечения остро стоит проблема выбора антимикробного препарата, действие которого было бы направлено против всех участников инфекционного процесса [2–4]. В этой связи актуально изучение препарата нифурател (Макмирор) – средства, характеризующегося широким спектром активности против возбудителей инфекционных поражений желудочно-кишечного тракта (в том числе бактериальных и простейших). Макмирор является препаратом стартовой терапии в лечении лямблиоза по протоколу, утвержденному на XX съезде детских гастроэнтерологов России и стран СНГ.

Материалы и методы исследования

В рамках ретроспективного исследования оценивали эффективность нифуратела (Макмирор) в лечении



интестинального лямблиоза, ассоциированного с дисбиозом кишечника, у 42 пациентов (26 женщин и 18 мужчин), наблюдавшихся в консультативно-диагностическом отделении микологической клиники Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования (СПбМАПО) в 2009–2010 гг., были проанализированы амбулаторные карты пациентов в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст 32 ± 4 года).

В исследование не включали данные амбулаторных карт пациентов, страдавших сахарным диабетом 1 и 2 типов и онкологическими заболеваниями, а также получавших одновременно другие antimicrobные и/или глюкокортикостероидные препараты.

Все пациенты с микст-инфекционным поражением кишечника отмечали симптомы раздражения кишечника, а также астенический и аллергический синдромы (с различной частотой). Симптомы раздражения кишечника (чаще неоформленный кашицеобразный стул, чередующийся с запором, вздутие живота, абдоминальный болевой синдром) отмечали 27 (64%) пациентов, астенический синдром (слабость, утомляемость, снижение аппетита) – 19 (45%) больных, аллергические заболевания в фазе обострения (крапивница или атопический дерматит) – 11 (26%) пациентов.

Диагноз лямблиоза и контроль излеченности этой инфекции основывались на результатах лабораторного паразитологического исследования кала с использованием методов обогащения – формалин-эфирное осаждение и флотация (проводились в клинической лаборатории НИИ микологии СПбМАПО). Диагноз устанавливали при обнаружении вегетативных форм и/или цист простейших с указанием числа паразитов в поле зрения. Излеченность лямблиоза подтверждали двукратным исследованием кала с промежуток 5–7 дней. Серологические методы диагностики и контроля излеченности лямблиоза не применяли.

Дисбиоз кишечника выявляли с помощью стандартных бактериологических методов исследования кала, разработанных Р.В. Эпштейн-Литвак и Ф.В. Вильшанской, с определением числа КОЕ в 1 г фекалий в пересчете на десятичный логарифм. Избыточным считали рост оппортунистической микрофлоры кишечника при значениях $\geq 10\,000$ КОЕ/г кала. Одновременно с контрольным исследованием кала на простейшие проводили контрольный анализ кала на дисбактериоз.

С обнаружением лямблий выявили избыточный рост в кале условно-патогенной кишечной палочки (гемолитической, лактозонегативной) – у 17 пациентов, грибов рода *Candida* – у 13, *Citrobacter* – у 11, *Klebsiella* – у 10, *Proteus* – у 6, *S. aureus* – у 5, другие – у 5. Контроль излеченности проводили в той же лаборатории (бактериологическая лаборатория микологической клиники).

Макмирор назначали по 400 мг (по 2 таблетки) 3 раза в день курсами по 7 дней (всего на курс 40 таблеток, или суммарно 8 г нифуратела). Одновременно всем пациентам было рекомендовано ограничить прием жирной и жареной пищи и полностью исключить прием алкогольных напитков. Большинство пациентов вместе с нифурателом получали пробиотики или пребиотики. Согласно принципам Хельсинкской декларации все пациенты получали полную информацию

о назначенном лечении и свойствах применяемых лекарственных средств. Частоту и характер побочных эффектов терапии нифурателом (Макмирор) оценивали клинически (опрос, объективный осмотр во время второго визита). Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием пакета программ SPSS, 12-я версия. Применяли параметрические и непараметрические методы сравнения исходя из характера распределения числовых данных. Частотные характеристики качественных переменных сравнивали с помощью таблиц сопряженности. Изучали корреляционную зависимость между признаками. Значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты

Результаты ретроспективного анализа амбулаторных карт пациентов, получавших лечение нифурателом, касаются изменений в клинической картине и контрольных анализов кала. При контрольном расспросе 59 (92,2%) из 64 пациентов отмечали улучшение самочувствия после проведенного курса лечения. Это проявлялось прежде всего нормализацией частоты и оформленности стула, уменьшением флатуленции и исчезновением абдоминального дискомфорта. Кроме того, большинство пациентов отмечали улучшение аппетита и снижение утомляемости. Из 16 пациентов

Таблица. Лабораторно подтвержденная эффективность нифуратела при лечении интестинального лямблиоза и избыточного микробного роста у больных ($n = 42$) микст-инфекциями кишечника

Возбудитель	Количество пациентов с выявленной инфекцией, чел. (%)		p
	до лечения	после лечения	
<i>Lamblia</i>	64 (100)	3 (4,7)	< 0,05
Условно-патогенные виды <i>E. coli</i>	27 (42,2)	0	< 0,05
Грибы рода <i>Candida</i>	21 (32,8)	15 (23,1)	> 0,05
<i>Citrobacter</i> spp.	17 (26,6)	0	< 0,05
<i>Klebsiella</i> spp.	14 (21,9)	0	< 0,05
<i>Proteus</i> spp.	9 (14,1)	6 (9,4)	> 0,05
<i>Staphylococcus aureus</i>	8 (12,5)	5 (7,8)	> 0,05
Другие оппортунистические бактерии	10 (15,6)	0	< 0,05



с явлениями атопического дерматита или крапивницы 12 (75%) сообщили о значительном уменьшении выраженности кожного зуда и высыпаний. При этом только 6 (9,4%) из 64 пациентов отмечали нежелательные побочные эффекты – ощущение дискомфорта умеренной интенсивности в эпигастральной области, возникающее натощак, и чувство тяжести – после еды. Эти симптомы были непродолжительными, не требовали прекращения терапии и самостоятельно исчезли после ее окончания. Нежелательных явлений в виде кожного зуда, высыпаний и бронхоспазма у пациентов не было.

Результаты лабораторного контроля кала (наличие лямблий при микроскопии и роста условно-патогенной бактериальной флоры) приведены в таблице. Как видим, нифурател показал 95%-ную эффективность при лечении интестинального лямблиоза, сочетанного с дисбиозом кишечника. Высокая эффективность нифуратела скорее

всего была обусловлена фармакодинамикой препарата – хорошим накоплением активного вещества как в кишечной биопленке, так и в эпителиальном слое кишечника. Нам также удалось продемонстрировать высокую (до 100%) эффективность нифуратела против условно-патогенных видов *E. coli*, *Citrobacter* spp. и *Klebsiella* spp. Согласно результатам анализа нифурател можно считать препаратом выбора при сочетании лямблиоза с бактериальным дисбактериозом кишечника и хеликобактериозом пищеварительного тракта.

В то же время эффективность нифуратела при лечении кандидозного, протейного и стафилококкового дисбиоза оказалась существенно ниже: применение нифуратела по 800 мг/сут в течение 7 дней привело к санации кишечника у 6 из 21 пациента, протее – только у 3 из 9, а золотистого стафилококка – у 5 из 8 больных. Возможно, это связано со спецификой возбудителей подобных дисбиозов. Из-

вестна широкая распространенность резистентности *Candida* spp., *Proteus* spp. и *S. aureus* ко многим антимикробным препаратам. Видимо, при лечении этих вариантов дисбиоза кишечника требуются либо пролонгированные курсы приема нифуратела, либо применение других энтеросептиков.

Выводы

На основании проведенного исследования были сделаны следующие выводы.

1. Эффективность нифуратела (Макмирор) при лечении лямблиоза у взрослых по результатам двойных контрольных проб фекалий достигает 95%.
2. Эффективность нифуратела (Макмирор) при коррекции синдрома дисбактериоза у взрослых достигает 100%.
3. Макмирор может быть рекомендован как средство выбора с хорошим профилем безопасности при интестинальном лямблиозе, ассоциированном с дисбактериозом кишечника. ☺

Литература

1. WHO Expert Committee. Intestinal protozoan and helminthic infections // WHO Tech. Rep. Ser. 1981. № 58. P. 666–671.
2. Кучеря Т.В., Макарова Т.А., Кочергина Е.А., Авдюхина Т.И. Лечение лямблиоза у детей в современных условиях: эффективность и выбор специфического препарата // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. 2002. № 3. С. 33–35.
3. Конаныхина С.Ю., Сердюк О.А. Эффективность и перспективы применения нифуратела в терапии лямблиоза у детей // Вопросы современной педиатрии. 2005. Т. 4. № 5. С. 2–6.
4. Волкова Н.Н. Кишечные инфекции: этиология, клиника, лечение // Русский медицинский журнал. 2010. Т. 18. № 6 (370). С. 376–380.

Administration of nifuratel in treatment of the mixed infections of intestine

M.A. Shevyakov, A.V. Sobolev, O.A. Shurpitskaya

¹ Saint-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Education, Chair of Mycology, Allergology and Immunology

² The Scientific Research Institute of Medical Mycology named after P.N. Kashkin

Contact person: Mikhail Aleksandrovich Shevyakov, shevyakov@inbox.ru

During a retrospective analysis nifuratel was demonstrated to have a 95% efficacy in treatment of intestinal lambliaosis combined with a gut dysbiosis as well as was highly effective in fighting against opportunistic pathogenic Escherichia coli, Citrobacter spp. and Klebsiella spp. Most of patients noted improved well-being after treatment that was primarily manifested in normalizing frequency and consistency of stool (formed stool), reduction of flatulence, disappearance of abdominal discomfort, improved appetite and decreased fatigue. Nifuratel may be considered as a drug of choice for treatment of lambliaosis combined with bacterial intestinal dysbacteriosis and Helicobacter pylori infection of the digestive tract.

Key words: mixed infections, intestinal dysbacteriosis, lambliaosis, nifuratel

ПЛАН научно-практических мероприятий на 2014 г.

24–26 февраля 2014 г.

г. Москва

Всероссийская научно-практическая конференция «Общество, государство и медицина для пожилых» и Специализированная школа повышения квалификации врачей первичного звена «Болезни пожилых людей»



24–25 марта 2014 г.

г. Москва

Первый университетский фестиваль терапевтической науки



7–8 апреля 2014 г.

г. Москва

Всероссийская конференция с международным участием «Медицина для спорта – 2014»



9 апреля 2014 г.

г. Москва

IV Научно-практическая конференция «Реабилитация при патологии опорно-двигательного аппарата»

22 мая 2014 г.

г. Бонн, Германия

Третий Российско-Германский медицинский форум



25–26 сентября 2014 г.

г. Москва

XII Международный конгресс «Реабилитация и санаторно-курортное лечение – 2014»

24–25 ноября 2014 г.

г. Москва

II Международный конгресс «Профилактика и лечение метаболических нарушений и сосудистых заболеваний. Междисциплинарный подход»



Ноябрь 2014 г.

г. Москва

Специализированная школа повышения квалификации врачей первичного звена «Болезни пожилых людей»

Декабрь 2014 г.

г. Москва

Международный медико-технический форум «Медицинские изделия – 2014»



Декабрь 2014 г.

г. Москва

Третий Российский медицинский инвестиционный форум





Московский
государственный
медико-
стоматологический
университет
им. А.И. Евдокимова,
кафедра
инфекционных
болезней
и эпидемиологии

Грипп и ОРВИ: итоги эпидсезона 2012–2013 гг. и прогноз на эпидсезон 2013–2014 гг.

Г.Н. Кареткина

Адрес для переписки: Галина Николаевна Кареткина, karetkinagn@mail.ru

По прогнозам специалистов, в отличие от эпидемического сезона 2012–2013 гг., когда заболеваемость гриппом и другими острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ) была средней интенсивности, в эпидсезоне 2013–2014 гг. ожидается более масштабная эпидемия. Именно поэтому в арсенале врачей должны быть эффективные и безопасные препараты для лечения ОРВИ и гриппа в том числе у пациентов с сопутствующими хроническими заболеваниями органов дыхания. Предпочтение следует отдавать препаратам широкого спектра противовирусного действия, к которым относятся индукторы интерферона, в том числе Эргоферон, характеризующийся противовоспалительной и антигистаминной активностью.

Ключевые слова: грипп, острые респираторные вирусные инфекции, вирус гриппа птиц, новый коронавирус, индукторы интерферона, Эргоферон

Несмотря на многочисленные достижения в создании новых противовирусных препаратов, грипп и острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) остаются одной из самых актуальных проблем здравоохранения в мире.

Впервые изолированный в 1932 г., вирус гриппа (семейство ортомиксовирусов) из года в год во всех странах вызывает сезонные вспышки или спорадическую заболеваемость. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), от гриппа ежегодно умирают от 250 до 500 тыс. человек, еще несколько миллионов переносят заболевание в тяжелой форме. Каждый год в США

в осенне-зимний сезон гриппом болеют от 5 до 20% населения. И хотя 35% жителей этой страны регулярно делают прививки от гриппа, ежегодно около 200 тыс. человек госпитализируются, от 3 до 49 тыс. умирают [1].

За последние три столетия произошло по меньшей мере 10 глобальных пандемий гриппа, три из них – в прошлом веке, в том числе испанский грипп, или «испанка» (1918–1919 гг.). Эта пандемия стала самой смертоносной в истории человечества: по разным данным, она унесла жизни от 20 до 50 млн человек.

Перспектива еще одной подобной катастрофы и тяжкое бремя сезонного гриппа делают вирус гриппа

вторым после вируса иммунодефицита человека наиболее изучаемым вирусом в мире [1, 2].

В 2012–2013 гг. по результатам мониторинга за заболеваемостью и циркуляцией респираторных вирусов в ряде стран выявлены случаи тяжелых респираторных заболеваний, вызванные вирусами, которые приобрели новые антигенные свойства вследствие реассортации.

Так, в 11 штатах США с июля 2012 г. было зарегистрировано 306 случаев заболеваний, вызванных вирусом-реассортантом А(Н3N2v), включающим ген матричного белка вируса гриппа А(Н1N1)pdm09. Как выяснилось, большинство больных контактировали с животными (свиньями) или участвовали в сельскохозяйственных ярмарках.

С марта 2013 г. в Китайской Народной Республике зарегистрировано свыше 130 лабораторно подтвержденных случаев инфицирования людей вирусом гриппа птиц А(Н7N9). В 40 случаях имел место летальный исход. По результатам эпидрасследования установлено, что источником инфекции стала инфицированная домашняя птица. Новый выделенный вирус приобрел свойства нескольких вирусов, относящихся к «птичьим» видам, ранее не вызывавшим клинической симптоматики у человека. Отмечена возможность ограниченной передачи вируса от человека человеку. В связи с ре-



гистрацией в КНР заболеваний, вызванных новым вирусом гриппа H7N9, и угрозой его заноса перелетными птицами на территорию России организован мониторинг за циркуляцией вируса в популяции диких перелетных птиц.

В сентябре 2012 г. ВОЗ информировала об обнаружении новой разновидности коронавируса, вызывающего развитие острого респираторного синдрома (БВРС-КоВ). На текущий момент зарегистрировано 136 лабораторно подтвержденных случаев заболевания новой коронавирусной инфекцией, 58 – с летальным исходом [1, 3]. Симптомы заболевания сходны с симптомами при SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome – тяжелый острый респираторный синдром): поражение дыхательных путей, лихорадка, кашель. К числу осложнений относятся тяжелая пневмония и острый респираторный дистресс-синдром, полиорганная и почечная недостаточность, коагулопатия, перикардит. Все случаи инфицирования, в частности в некоторых странах Европы (Франция, Германия, Италия, Великобритания), эпидемиологически связаны с пребыванием больных в Саудовской Аравии, Катаре, Арабских Эмиратах. Установлена способность нового коронавируса передаваться от человека человеку при близком контакте. Так, два медицинских работника заразились этим вирусом в больнице после контакта с больными, у которых было диагностировано заболевание.

В программе 66-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, состоявшейся в Женеве в мае 2013 г., не было предусмотрено обсуждение проблемы гриппа и других ОРВИ. Тем не менее генеральный директор ВОЗ Маргарет Чен (Margaret Chan) в начале своего выступления рассказала о двух новых заболеваниях и выразила обеспокоенность в связи с инфицированием человека вирусом птичьего гриппа H7N9 в Китае и появлением нового коронавируса, вызывающего у людей тяжелую острую респираторную инфек-

цию. Таким образом, угроза вновь возникающих ОРВИ, способных вызывать эпидемию, сохраняется. Кроме того, после реконструкции вируса 1918 г. центрами США по борьбе с болезнями и профилактике болезней в Атланте в 2005 г. ученые смогли выявить генетические изменения, позволившие вирусу пересечь видовой барьер между птицами и человеком, и подтвердили опасения, что однажды с птичьим штаммом H5N1, циркулирующим в Азии, произойдет то же самое.

Непрерывные мутации и реассортации служат механизмами выживания вирусов. Подтверждение тому – продолжающаяся до настоящего времени циркуляция в человеческой популяции вируса гриппа A(H1N1)pdm09, вызвавшего первую в XXI веке пандемию гриппа (2009–2010 гг.).

В результате реассортации пандемических вирусов H1N1 с вирусами H3N2 у свиней появляются отличные от этих вирусов вирусы H3N2 (H3N2v). Ими в июле 2011 г. были инфицированы 12 человек в США. Эти вирусы имеют ограниченную способность передаваться от человека человеку и представляют потенциальную пандемическую угрозу [3].

В странах Европы случаев инфицирования людей вирусом гриппа A(H3N2v) не зарегистрировано.

Несмотря на достижения, ставшие возможными благодаря новым генным технологиям, наше понимание фундаментальной эпидемиологии гриппа остается далеко не полным. «Такие общие вопросы, как вопрос о том, какие конкретные силы управляют появлением и исчезновением эпидемий, все еще представляют проблему для вирусологов и эпидемиологов», – писал в 1980 г. эпидемиолог Майкл Грэгг (Michael Gregg). Это актуально и сегодня.

В России последние три года эпидемические подъемы гриппа и ОРВИ были смешанной этиологии, средней или низкой интенсивности, начинались в январе – марте, приходились на зимне-весенние месяцы [3].

Вирус гриппа A(H1N1)pdm09 циркулировал наравне с вирусами A(H3N2) и B, утратил пандемическое значение и, как и другие вирусы гриппа, стал сезонным.

В России, как и в большинстве европейских стран, последний эпидемический подъем заболеваемости гриппом и ОРВИ отмечен с начала 2013 г. В целом по стране пик эпидемии пришелся на 9-ю неделю текущего года, когда было зарегистрировано наиболее широкое географическое распространение эпидемии и превышение недельных эпидемических порогов по совокупному населению на территории 53 субъектов Российской Федерации. Максимальное превышение недельных порогов в сезоне составило 237%. С 10-й недели заболеваемость гриппом и ОРВИ стала постепенно снижаться и к 17–18-й неделе года не превышала пороговых уровней практически на всей территории страны. С активизацией эпидпроцесса респираторных инфекций соотношение их долей изменилось: доля вирусов гриппа на 8-й неделе составила 24,7%, а доля вирусов негриппозной этиологии – 13,4%. Если в начале эпидсезона 2012–2013 гг. с одинаковой частотой циркулировали вирусы гриппа A(H1N1)pdm и A(H3N2) (2,6–2,7%), а на долю вирусов гриппа B приходилось 1,2%, то на пике заболеваемости вирус гриппа A(H1N1)pdm занял лидирующие позиции (14,8%). На долю вирусов гриппа A(H3N2) приходилось 6,2%, на долю вирусов гриппа B – 3,2%. На последних неделях эпидсезона доля вируса гриппа A(H1N1)pdm существенно снизилась (0,4%), в циркуляции преобладали вирусы гриппа A(H3N2) и вируса B – 1,4 и 8,5% соответственно [4].

Завершившийся эпидемический подъем заболеваемости ОРВИ и гриппом 2012–2013 гг., как и прогнозировалось, был средней интенсивности. Тем не менее, по информации управлений Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации, зарегистрировано 138 лабораторно подтвержденных случаев гриппа

Эпидемиология



с летальным исходом. У 135 умерших был выделен вирус A(H1N1)pdm09, у двух – A(H3N2), у одного – B. Это еще раз подтверждает снижение вирулентности данного вируса, для сравнения: в 2009 г. при гриппе зарегистрировано в 15 раз больше лабораторно подтвержденных летальных исходов.

На исход заболевания при тяжелых и осложненных формах гриппа влияют полнота объема и своевременность проведения лечебных мероприятий. Практически все умершие относились к группам риска (пациенты с сопутствующими заболеваниями, беременные), что предполагает неблагоприятный прогноз при заболевании гриппом и требует немедленной госпитализации при обращении за медицинской помощью. Сроки госпитализации в 52,5% случаев составили 3–11 дней с момента обращения.

Еще в 34,2% случаев с летальным исходом отмечалось позднее обращение пациентов за медицинской помощью, что свидетельствует о необходимости повышать эффективность и доступность оказания первичной медицинской помощи при гриппе [4].

Тяжелое течение гриппа чревато летальным исходом. Однако в последние годы мы наблюдали его и в случае других ОРВИ (аденовирусная, парагриппозная и респираторно-синцитиальная (РС) инфекции), протекавших в виде моно- и ко-инфекции. Это подтверждает необходимость проведения профилактики и эффективной терапии ОРВИ, включая грипп. Как известно, эффективные вакцины до настоящего времени разработаны для профилактики только гриппозной инфекции. Вакцин против ОРВИ иной этиологии не существует.

Эксперты ВОЗ внесли изменения в состав противогриппозных вакцин, рекомендуемый на сезон 2013–2014 гг. для стран Северного полушария (таблица). С учетом текущей эпидемической ситуации по заболеваемости гриппом и ОРВИ в странах Южного полушария было предложено изменить штамм вируса гриппа B. В четырехвалентные вакцины, содержащие два вируса гриппа B, целесообразно включать указанные выше три вируса, а также вирус, подобный вирусу B/Brisbane/60/2008. Рекомендуется использовать вирус A/Texas/50/2012 в связи с антигенными изменениями в более ранних вакцинных вирусах, подобного вирусу A/Victoria/361/2011, произошедшими в результате адаптации к размножению в яйцах [4]. Таким образом, ВОЗ произвела замену двух штаммов вируса гриппа, входящих в состав противогриппозных вакцин. Это означает, что ожидается активизация штаммов вируса, которые в прошлом сезоне были неактивны и иммунитет к которым у населения отсутствует. Эпидемия гриппа в эпидсезоне 2013–2014 гг. может быть особенно масштабной.

В России сезонный рост ОРВИ зарегистрирован с конца сентября 2013 г. [4]. К сожалению, в большинстве субъектов Российской Федерации остается нерешенным вопрос организации проведения диагностических исследований по этиологической расшифровке заболеваний гриппом и ОРВИ на базе клинических лабораторий лечебно-профилактических организаций. Вместе с тем клинически дифференцировать грипп и ОРВИ чрезвычайно трудно. К тому же нередко имеет место ко-инфекция разными респираторными вирусами.

Обширная группа ОРВИ включает ряд самостоятельных, сходных по клиническим проявлениям болезней. Все они вызываются вирусами (их около 300), передаются воздушно-капельным путем, поражают органы дыхания. К числу наиболее значимых ОРВИ относят грипп, аденовирусные заболева-

ния, парагрипп, РС-вирусную инфекцию, риновирусную и коронавирусную инфекции [2, 5].

Для всех ОРВИ клинически характерно сочетание общеинфекционного синдрома (лихорадка, головная боль, слабость, миалгия и др.) с признаками поражения дыхательных путей. Следует учитывать, что для гриппа в отличие от других ОРВИ типично внезапное начало болезни, выраженность интоксикации с первых часов заболевания, запаздывание катарального синдрома (может проявиться спустя часы/сутки от дебюта заболевания), преимущественно в виде трахеита (клинически проявляется чувством саднения за грудиной, сухим кашлем). При других ОРВИ синдром интоксикации обычно выражен не так резко. В клинической картине доминирует катаральный синдром. При аденовирусных заболеваниях это фарингоконъюнктивит (боль или першение в горле, резь в глазах, слезо- или гноетечение), при парагриппе – ларингит (осиплость голоса, сухой кашель, у детей возможен круп), при РС-инфекции – бронхит и/или бронхиолит (частый навязчивый кашель, бронхообструктивный синдром).

Практическим врачам зачастую трудно клинически диагностировать ОРВИ у конкретного больного, тем более что нередко имеет место смешанная инфекция (грипп и парагрипп и другие сочетания).

Существует несколько способов специфической лабораторной диагностики гриппа и ОРВИ, в том числе экспресс-тесты (иммуноферментный анализ, метод полимеразной цепной реакции (ПЦР) и др.) [2, 5]. Однако для большинства врачей, особенно работающих в амбулаторной сети, они пока недоступны.

Из сказанного следует, что в распоряжении клиницистов должны быть препараты, одинаково эффективные для лечения как гриппа, так и других ОРВИ.

Сегодня эпидемиологическая ситуация в России такова, что одновременно циркулируют несколько

Таблица. Штаммовый состав противогриппозных вакцин в сезоны 2012–2014 гг.

Эпидсезон 2012–2013 гг.	Эпидсезон 2013–2014 гг.
A/California/7/2009 (H1N1)pdm09	A/California/7/2009 (H1N1)pdm09
A/Victoria/361/2011 (H3N2)	A/Victoria/361/2011 (H3N2)
B/Wisconsin/1/2010 (линия Ямагата)	B/Massachusetts/2/2012 (линия Ямагата)



подтипов вируса гриппа А (включая пандемический), типа В и множество возбудителей ОРВИ (аденовирусы, вирусы парагриппа, РС-вирусы и др.).

Чрезвычайно актуальны вопросы терапии и профилактики гриппа и других ОРВИ с учетом ранее накопленного опыта, особенно в 2009–2011 гг. В настоящее время для лечения и профилактики гриппа и других ОРВИ используются противовирусные препараты нескольких групп, в частности ингибиторы нейраминидазы, интерфероны (ИФН), индукторы ИФН, а также Арбидол, Ингавирин, Эргоферон [2, 5, 6].

Ингибиторы нейраминидазы, например осельтамивир (Тамифлю), эффективны для лечения гриппа (в том числе пандемического) при назначении не позднее 48 часов от начала проявления клинических симптомов заболевания, но не применяются для лечения других ОРВИ, поскольку оказывают селективное действие только на нейраминидазу вируса гриппа. Назначать Тамифлю в качестве профилактики не рекомендуется во избежание распространения устойчивых к нему штаммов вируса гриппа.

Применение ИФН при ОРВИ (включая грипп) обосновано полученными в ходе научных исследований данными о тормозящем влиянии вирусов гриппа, адено- и РС-вирусов на продукцию ИФН инфицированными клетками, что приводит к распространению инфекции и усугублению тяжести заболевания. Однако применение препаратов ИФН может сопровождаться рядом нежелательных явлений. В связи с этим обоснованным считается использование индукторов ИФН, свойства которых хорошо изучены [5, 6].

В распоряжение практических врачей поступил отечественный препарат Эргоферон с принципиально новым, комбинированным механизмом действия – противовирусным, противовоспалительным и антигистаминным.

Основные требования, предъявляемые к такому препарату, – эффек-

тивность в отношении широкого спектра вирусных и микст-инфекций, а также наличие комплексного действия, позволяющего не только подавлять возбудителей инфекции, но и влиять на основные симптомы заболевания [7–10]. Тройной эффект Эргоферона обеспечивают релиз-активные формы антител к ИФН-гамма, к CD4-рецептору и гистамину, входящие в состав препарата. Релиз-активные модификаторы активности биологических молекул обуславливают не только эффективность, но и высокую безопасность Эргоферона. Благодаря подобной комбинации препарат можно использовать в качестве универсального противовирусного средства независимо от этиологии вирусной инфекции, а наличие противовоспалительной и антигистаминной активности позволяет применять Эргоферон как патогенетическое и симптоматическое средство при лечении острых респираторных инфекций, включая грипп.

Эффективность и безопасность препарата Эргоферон была изучена в многоцентровом двойном слепом плацебоконтролируемом рандомизированном клиническом исследовании [7]. В исследовании, которое проводили в 8 медицинских центрах на территории Российской Федерации, участвовали амбулаторные пациенты в возрасте от 18 до 60 лет с ОРВИ. Полученные результаты свидетельствуют о безопасности и эффективности Эргоферона в лечении ОРВИ у взрослых пациентов. Эргоферон обеспечивал эффективную противовирусную защиту, сокращал длительность периода лихорадки и способствовал более быстрому купированию основных клинических симптомов ОРВИ. Данные терапевтические эффекты обусловлены влиянием препарата на основные звенья противовирусной резистентности и иммунного ответа, а также на гистаминопосредованный компонент воспалительного процесса дыхательных путей у пациентов с ОРВИ.

Эффект лечения Эргофероном проявлялся уже с первых суток

приема препарата, а к исходу трех суток терапии у подавляющего большинства больных ОРВИ температура тела нормализовалась. Неудивительно, что в течение пяти дней терапии Эргофероном пациенты реже использовали жаропонижающие препараты. Кроме того, в группе Эргоферона эффективность лечения выражалась купированием основных катаральных и общеинтоксикационных проявлений ОРВИ в более короткие сроки у большего процента больных по сравнению с группой плацебо. Отчетливый клинический эффект препарата отмечен и в отношении астенического синдрома (слабость, недомогание, сонливость) и симптомов со стороны верхних дыхательных путей (заложенность носа, выделения из носа, чихание). Лечение Эргофероном предупреждало развитие бактериальных осложнений, требующих применения антибиотиков. В группе Эргоферона не было зарегистрировано связанных с его применением нежелательных явлений, препарат не оказывал отрицательного влияния на показатели общего и биохимического анализов крови и клинического анализа мочи.

Аналогичные данные получены в сравнительных рандомизированных клинических исследованиях, проведенных в ведущих научно-исследовательских центрах Урала с этиологической верификацией диагноза методом ПЦР [8, 9]. Согласно результатам исследований, Эргоферон является средством выбора для лечения ОРВИ в амбулаторных условиях.

Пульмонологам, терапевтам, инфекционистам хорошо известно, что ОРВИ часто становятся причиной обострения хронических заболеваний легких. Несмотря на то что 90–95% инфекций верхних дыхательных путей вызываются вирусами, в 75% случаев лечения ОРВИ в амбулаторных условиях необоснованно назначают антибиотики [10]. Между тем в соответствии с современными стандартами лечения респираторных вирусных инфекций больным, страдающим хроническими

Эпидемиология



заболеваниями органов дыхания, с первых часов заболевания следует назначать этиотропную терапию противовирусными препаратами. Кроме того, у данной категории пациентов с учетом тяжести фоновой патологии необходимо на ранних этапах начинать противовоспалительное лечение [10].

Клиническая эффективность Эргоферона в лечении ОРВИ у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и бронхиальной астмой была изучена в ходе сравнительного рандомизированного клинического исследования в параллельных группах, которое проводилось на базе аллергологического отделения ГКБ № 57 г. Москвы в ноябре 2011 г. – марте 2012 г. В исследование было включено 66 госпитализированных больных, страдавших

ХОБЛ, в возрасте от 19 до 75 лет (средний возраст $43,2 \pm 8,2$ года) с симптомами ОРВИ (лихорадка, признаки интоксикационного и катарального синдромов). У пациентов, использовавших для лечения ОРВИ Эргоферон, купирование основных катаральных и общеинтоксикационных проявлений ОРВИ происходило значительно быстрее, чем у не принимавших этот препарат, и необходимости назначать антибиотики не было. У пациентов, принимавших Эргоферон, не наблюдалось аллергических реакций и других побочных эффектов. Исследователи подчеркивают хорошую переносимость и высокую эффективность Эргоферона у пациентов аллергологического про-

филя, что делает его применение перспективным направлением в лечении ОРВИ в клинике респираторных заболеваний [10].

Таким образом, появление новых патогенов, вызывающих ОРВИ и грипп, многообразие уже известных возбудителей ОРВИ, высокая изменчивость антигенной структуры вирусов гриппа, сходство клинических проявлений гриппа с таковыми других ОРВИ, частота микст-инфекций, недоступность в широкой клинической практике методов экспресс-диагностики обосновывают необходимость применения препаратов широкого спектра противовирусного действия. К ним относится Эргоферон, дополнительно обладающий противовоспалительной и антигистаминной активностью. ☉

Литература

1. <http://www.who.int/ru>
2. Грипп: эпидемиология, диагностика, лечение, профилактика / под ред. О.И. Киселева, Л.М. Цыбаловой, В.И. Покровского. М.: Медицинское информационное агентство, 2002. 496 с.
3. Бюллетень Всемирной организации здравоохранения. 2012. Выпуск 90. № 4.
4. <http://gospotrebnadzor.ru/new>.
5. Кареткина Г.Н. Инфлюэнца, испанка, ОРВИ... // Современный журнал поликлинического врача iDOCTOR. 2012. № 12. С. 10–15.
6. Еришов Ф.И., Киселев О.И. Интерфероны и их индукторы (от молекул до лекарств). М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. 356 с.
7. Костинов М.П. Новый препарат для лечения гриппа и острых респираторных вирусных инфекций // Инфекционные болезни. 2011. Т. 9. № 4. С. 29–34.
8. Веревищikov В.К., Борзунов В.М., Шемякина Е.К. Оптимизация этиопатогенетической терапии гриппа и ОРВИ у взрослых при применении эргоферона // Антибиотики и химиотерапия. 2011. Т. 56. № 9–10. С. 23–26.
9. Степанищева Л.А., Сосновских И.В., Кучина Т.Ф. и др. Эргоферон в лечении острых респираторных вирусных инфекций у взрослых. XIX Российский национальный конгресс «Человек и лекарство», 23–27 апреля 2012 г. // Доктор.Ру. 2012. С. 31–38.
10. Княжеская Н.П. Новые эффективные методы лечения ОРВИ у пациентов с сопутствующей патологией респираторной системы / Поликлиника. 2012. № 3. С. 92–95.

Influenza and acute respiratory viral infections: outcome of 2012–2013 influenza epidemic season and prognosis for 2013–2014 epidemic season

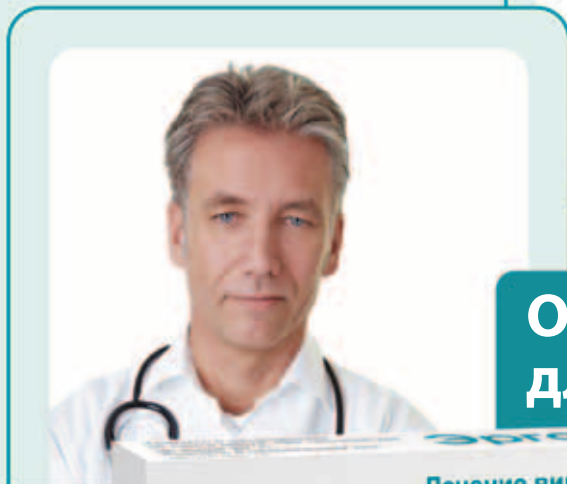
G.N. Karetkina

Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov,
Chair of Infectious Diseases and Epidemiology

Contact person: Galina Nikolayevna Karetkina, karetkinagn@mail.ru

Specialists predict that a large-scale influenza epidemic will develop during 2013–2014 influenza epidemic season compared to epidemic season that was characterized by modest morbidity rate of influenza and acute respiratory viral infections (ARVI). It explains why effective and safe medicinal preparations should be used for treatment of ARVI and influenza, including patients with concomitant chronic respiratory diseases. Broad spectrum antivirals, in particular, interferon inducers should be preferred. The latter also includes Ergoferon that has anti-inflammatory and anti-histamine activity.

Key words: influenza, acute respiratory viral infections, avian influenza virus, novel coronavirus, interferon inducers, Ergoferon



**Обоснованный выбор
для лечения ОРВИ и гриппа**



информация для специалистов

Per. № 007362/10
реклама

Эргоферон

Новый препарат для лечения ОРВИ и гриппа обеспечивает три основных эффекта: противовирусный, противовоспалительный и антигистаминный.



ООО «НПФ «Матери Медика Холдинг»
Тел./факс (495) 684-43 33
Россия, 127473, г. Москва
3-ий Самотечный пер., дом 9
www.materiamedica.ru
Лицензия № 99-04-000422 от 10.12.07



¹ Казанский
государственный
медицинский
университет

² Детская городская
поликлиника № 11,
г. Казань

Принципы медикаментозной профилактики ОРВИ в детских коллективах

А.М. Сабитова¹, А.А. Ибрагимова²

Адрес для переписки: Альбина Альбертовна Ибрагимова, kbkbzf6@mail.ru

В статье приведен обзор данных литературы и результатов собственных исследований по профилактике острых респираторных вирусных инфекций и гриппа у детей, посещающих образовательные учреждения. Проанализирована эффективность различных групп препаратов, наиболее часто используемых у данной группы пациентов.

Ключевые слова: острые респираторные вирусные инфекции, производные адамантана, интерфероны, терпеноидные соединения, Абисил

Распространенность заболеваний гриппом и острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ) остается высокой. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно ОРВИ и гриппом болеют 25% населения земного шара. Доля этих заболеваний в общей структуре инфекционных болезней превышает 90%. От гриппа и его осложнений ежегодно в мире погибают до 500 тыс. человек. В России в год регистрируется от 27,5 до 33,3 млн больных гриппом и другими ОРВИ. В большей

степени таким инфекциям подвержены дети – от 20 до 22,6 млн случаев в год [1]. Массовая заболеваемость детей регистрируется в организованных коллективах. Обширная группа ОРВИ включает ряд самостоятельных, сходных по клиническим проявлениям болезней. Они вызываются вирусами, передаются воздушно-капельным и контактным путем, характеризуются поражением органов дыхания. Для всех ОРВИ типично сочетание общего инфекционного синдрома (лихорадка, головная боль, слабость, миалгия

и др.) и поражения дыхательных путей (катаральный и респираторный синдромы) [2]. Профилактика этих заболеваний достаточно сложна. Причин несколько: широкая циркуляция многочисленных представителей респираторных вирусов, большое число источников инфекции, легкая реализация механизмов передачи возбудителя и т.д. Основной способ предупреждения респираторных инфекций – повышение резистентности восприимчивого контингента. В первую очередь сказанное относится к детям, посещающим образовательные учреждения, и лицам, страдающим хроническими заболеваниями.

Особую роль в профилактике ОРВИ у детей в организованных коллективах играет соблюдение санитарно-гигиенических норм и правил. Скученность, нарушение воздушного и температурного режимов – главные факторы быстрого распространения инфекции – неизбежно сказываются на росте



заболеваемости. Как известно, у детей, находящихся в небольших помещениях, уровень заболеваемости возрастает в 1,5–2,5 раза. Передача инфекций практически прекращается во время прогулок, а также во время сна в хорошо проветриваемом помещении (оптимальная температура – 20–24 °С, влажность – 30–35%) [3, 4].

В детских больницах и дошкольных образовательных учреждениях доминирует контактный способ передачи возбудителя. Именно поэтому очень важно формировать гигиенические навыки у детей с самого раннего возраста. В ряде исследований было показано, что частое мытье рук с мылом не только сокращает, но и предотвращает заболеваемость респираторными инфекциями в период эпидемиологического неблагополучия [5–7]. В настоящее время наиболее эффективным и научно-обоснованным методом предупреждения инфекционных заболеваний является специфическая иммунопрофилактика. Эффективность вакцинации против гриппа (а она достигает 70–90%) доказана многолетним мировым опытом и признана основным методом предупреждения инфекции.

Генеральная стратегия ВОЗ по гриппу предусматривает ежегодную вакцинопрофилактику, позволяющую снижать уровень заболеваемости прежде всего тяжелыми формами гриппа, предупреждать развитие осложнений и ограничивать циркуляцию вируса в популяции [8].

В последние годы появились сообщения о разработке и проведении клинических испытаний вакцины против респираторно-синцитиальной инфекции [9].

В России зарегистрировано четыре типа гриппозных вакцин – цельновирионные (живые и инактивированные), сплит-вакцины, субъединичные и субъединичные адъювантные (отличаются степенью очистки вирусных антигенов и показателями эффективности и безопасности) [10].

Эффект вакцинации определяется числом иммунизированных детей.

Так, 85%-ная вакцинация способствует более чем восьмикратному снижению уровня заболеваемости гриппом и ОРВИ. В тех случаях, когда вакцинировано 90% детей, уровень заболеваемости снижается более чем в 16 раз [11–14]. Кроме того, частота респираторных эпизодов уменьшается в среднем на 13% [15–18].

Существует мнение, что максимальный эффект достигается при комбинации вакцинации с другими иммунопрофилактическими средствами [19, 20]. В частности, доказана эффективность использования вакцин против гриппа у детей на фоне проведения рибосомальной иммунизации. По данным В.Ф. Учайкина и соавт. (2000), подобная комбинация позволяет снизить уровень заболеваемости ОРВИ в 2,5 раза и предотвратить обострение ряда хронических заболеваний [21].

Только специфическая профилактика не способна полностью защитить от ОРВИ и гриппа. Существующие противопоказания, низкая приверженность населения лечению, нецелесообразность применения вакцин в разгар эпидемии – факторы, не позволяющие использовать в должной мере мощный профилактический потенциал вакцинации.

В настоящее время для профилактики гриппа и других ОРВИ используются препараты нескольких групп – противогриппозные средства, интерфероны и индукторы интерферонов.

Противогриппозные средства, производные адамантана (амантадин, ремантадин) эффективны в отношении вирусов штаммов гриппа А. Однако, по последним данным, во многих странах отказались рассматривать препараты адамантанового ряда в качестве средств для лечения и профилактики гриппа в связи с развившейся в большинстве случаев (96%) резистентностью вирусов штаммов гриппа А.

Ингибиторы нейраминидазы избирательно подавляют активность нейраминидаз вирусов гриппа, что блокирует процесс выхода вирио-

на из клетки по окончании цикла его размножения. В клинической практике обычно используются два препарата данной группы – осельтамивир и занамивир. К ингибиторам нейраминидазы, как и многим другим противoinфекционным средствам, развивается резистентность микроорганизмов. Во избежание распространения устойчивых штаммов вируса гриппа ВОЗ не рекомендует широко использовать названные препараты. Одно из современных направлений в профилактике респираторных инфекций – применение средств, повышающих функциональную активность факторов врожденного иммунитета. Систематический обзор 35 исследований, проведенных в различных странах, показал, что частота заболеваемости респираторными инфекциями у детей, получавших профилактические курсы с использованием таких препаратов, на 39% ниже, чем в группе плацебо [22].

Особого внимания заслуживают интерфероны. Образование и действие интерферона в организме можно рассматривать как важнейший компонент врожденного иммунитета. Выработка интерферона предшествует формированию специфических Т- и В-лимфоцитов. Интерферонопрофилактику рекомендуется проводить во время эпидемического подъема заболеваемости. По мнению ряда авторов, остановить распространение гриппа среди детей удается уже через 24–48 часов от начала проведения интерферонопрофилактики [23, 24].

После того как в 1980 г. американским ученым У. Гилберту, П. Бергу, Ф. Сэнджеру была присуждена Нобелевская премия по химии за успешную разработку технологии синтеза рекомбинантного интерферона, этот препарат стали широко применять в клинической практике для лечения и профилактики вирусных инфекций [25–28]. Между тем препараты интерферона не лишены недостатков: эффективность не всегда однозначна, результат появляется

инфекции



при сравнительно длительном использовании, применение в ряде случаев приводит к обострению хронических заболеваний и т.п.

Индукторы интерферона имеют ряд преимуществ перед экзогенными интерферонами. В частности, образование эндогенного интерферона в ответ на введение индуктора является более физиологичным процессом, чем повторное введение экзогенных интерферонов, которые к тому же быстро выводятся из организма и угнетают образование собственных (аутологичных) интерферонов по принципу отрицательной обратной связи [29].

Как показали результаты исследований, уровень заболеваемости школьников первых классов при использовании индукторов интерферонов снижался в 7,2 раза. Частота заболеваемости детей старшего возраста (10–16 лет), получавших эти препараты, была в 2,9 раза ниже таковой в группе плацебо [30–33].

Препараты, содержащие сверхмалые дозы антител к гамма-интерферону, могут быть использованы в детских коллективах для предупреждения ОРВИ и гриппа [34–36].

Одна из ведущих патофизиологических причин частых заболеваний у дошкольников – снижение эффективности факторов местной защиты. Потенциально эффективной в этом плане считается методика аппликации антисептических, противовирусных, бактерицидных и противовоспалительных средств на поверхность слизистых оболочек верхних дыхательных путей. В последние годы особую популярность приобрела ирригационная терапия полости носа и носоглотки изотоническим раствором природной минеральной соли [37]. У детей, которым проводили ирригацию слизистых оболочек солевыми растворами, значительно снижался уровень заболеваемости уже в первый месяц применения процедур и оставался стабильно низким на протяжении всего неблагоприятного эпидемиологического периода. Таким обра-

зом, дополнение вакцинопрофилактики гриппа в осенний период полным объемным промыванием полости носа и носоглотки повышает эффективность профилактических мероприятий в среднем в 2 раза [38].

К настоящему времени накоплен большой объем информации о лечебных свойствах природных терпеноидов, синтезируемых различными растениями. Терпеноидные соединения выполняют защитную функцию, обеспечивая выживание растений при контакте с бактериями, вирусами, грибами, насекомыми и воздействием неблагоприятных условий окружающей среды. По числу отдельных представителей с установленной химической структурой терпеноиды как вещества вторичного обмена растений превосходят другие классы природных соединений (сегодня их насчитывается более 10 тыс.). У терпеноидных соединений выявлен широкий спектр биологической активности. Установлено, что они оказывают обезболивающее, противовоспалительное, ранозаживляющее, антимикробное, антивирусное, антигистаминное, иммуномодулирующее, противоопухолевое, спазмолитическое, успокаивающее действие. Этот перечень важных для человека биологических свойств терпеноидов постоянно расширяется [39].

Особый интерес у исследователей вызывают природные терпеноиды хвойных пород деревьев, характеризующиеся высокой реакционной способностью и наиболее выраженным многонаправленным действием на организм человека. По количественному содержанию и качественному составу терпеноидных соединений хвойные породы деревьев (сосна, ель, пихта, кедр, лиственница) многократно превосходят другие виды лекарственных растений. Соединения группы терпеноидов, полученные из хвойных пород деревьев, благодаря своим уникальным фармакологическим свойствам находят все более широкое применение при лечении различных патологических состояний [40].

В исследовании Н.Л. Черной и соавт. (2012) для оздоровления детей с заболеваниями носоглотки и частыми острыми респираторными инфекциями в условиях дошкольного образовательного учреждения использовали ингаляции эфирными маслами. Положительное влияние процедур выразилось в снижении кратности и длительности ОРВИ. На фоне ароматерапии индекс острой заболеваемости снижался в 1,5 раза, средняя длительность заболевания – в 2,1 раза по сравнению с периодом, предшествовавшим исследованию ($p < 0,05$). В группе сравнения значимого отличия анализируемых показателей ОРВИ в эти периоды не наблюдалось [41].

В ряде исследований подтверждена эффективность природного препарата Абисил. Абисил представляет собой 20%-ный масляный раствор для местного и наружного применения, содержащий терпены пихты сибирской и борнилацетат [42, 43]. Методика профилактического применения Абисила очень проста: с помощью ватных тампонов препаратом обрабатывают носовые ходы 1–2 раза в день. Использовать Абисил можно в течение 2 месяцев и более. Из побочных явлений отмечалось (крайне редко) только кратковременное жжение в месте нанесения препарата.

Проведенное нами исследование показало высокую профилактическую эффективность препарата Абисил у детей, посещающих дошкольные учреждения. Под нашим наблюдением находилось 110 детей в возрасте от 3 до 7 лет. Детям основной группы Абисил наносили на слизистую оболочку носовых ходов ватной палочкой 2 раза в день в течение 1 месяца. В результате частота заболеваемости ОРВИ снизилась в среднем на 14,5%. Наибольшую эффективность препарат Абисил продемонстрировал при профилактическом использовании у детей младшей группы (3–4 года) (уровень заболеваемости ОРВИ снизился на 17,5%) и у детей с хрони-

АБИСИЛ

сильный от природы

АКТИВИРУЙ ЗАЩИТНЫЕ СИЛЫ ОРГАНИЗМА

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕЙСТВИЯ:

ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ
АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЕ
АНТИЭКСУДАТИВНОЕ
РАНОЗАЖИВЛЯЮЩЕЕ
ОБЕЗБОЛИВАЮЩЕЕ

АБИСИЛ ПРИМЕНЯЕТСЯ:

В ОБЩЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: при гнойно-воспалительных заболеваниях кожи и мягких тканей (трофические язвы и длительно незаживающие гнойные послеоперационные и посттравматические раны, ожоги и обморожения, свищи, пролежни, абсцессы и флегмоны, в том числе челюстно-лицевой области).

В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ: АБИСИЛ рекомендуется применять при отите, синусите, фарингите, ларингите, тонзиллите, состоянии после гнойно-воспалительных ЛОР-заболеваний.

В СТОМАТОЛОГИИ: стоматиты, пародонтоз, осложнения при протезировании зубов.

В ДЕРМАТОЛОГИИ: рожистое воспаление, угревая сыпь, при микозах



Реклама

Производитель: ОАО «Татхимфармпрепараты». Адрес: г. Казань, ул. Беломорская, д. 260

Тел./факс: (843)526-98-88, 517-85-28

СПРАШИВАЙТЕ В АПТЕКАХ ГОРОДА

Региональный представитель по Татарстану: тел. 8 (987) 265-48-65. E-mail: dev69@inbox.ru

НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА



ческими заболеваниями (уровень заболеваемости снизился более чем на 31,6%). Местная и общая безопасность препарата расценивалась нами как хорошая [44].

На основании проведенного исследования мы считаем целесообразным использование препарата Абисил – одного из наиболее эффективных и безопасных средств

профилактики гриппа и ОРВИ – в период эпидемического подъема у детей дошкольного возраста, посещающих организованные коллективы. ☺

Литература

1. Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Архив отдела обеспечения эпиднадзора РФ // <http://fcgsen.ru>.
2. Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2001. 824 с.
3. Методические рекомендации «Профилактика острых респираторных вирусных инфекций в детских дошкольных учреждениях», утвержденные Минздравом СССР 12 июня 1980 г. № 08-14/4-14.
4. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 22 июля 2010 г. № 91 «Об утверждении СанПиН 2.4.1.2660-10 “Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы в дошкольных организациях”».
5. *Suess T., Remschmidt C., Schink SB. et al.* The role of facemasks and hand hygiene in the prevention of influenza transmission in households: results from a cluster randomised trial; Berlin, Germany, 2009–2011 // *BMC Infect. Dis.* 2012. Vol. 12. № 26.
6. *Luby S., Agboatwalla M., Feikin D. et al.* Effect of handwashing on child health: a randomised controlled trial // *Lancet.* 2005. Vol. 366. № 9481. P. 225–233.
7. *Luby S.P., Halder A.K.* Associations among handwashing indicators, wealth, and symptoms of childhood respiratory illness in urban Bangladesh // *Trop. Med. Int. Health.* 2008. Vol. 13. № 6. P. 835–844.
8. *Harper S.A., Fukuda K., Uyeki T.M. et al.* Prevention and control of influenza: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) // *MMWR. Recom. Rep.* 2004. Vol. 53 (RR-6). P. 1–40.
9. *Alexander P.M., Eastaugh L., Royle J. et al.* Respiratory syncytial virus immunoprophylaxis in high-risk infants with heart disease // *J. Paediatr. Child. Health.* 2012. Vol. 48. № 5. P. 395–401.
10. *Таточенко В.К., Озерецковский Н.А., Федоров А.М.* Иммунопрофилактика-2011. Справочник. М., 2011. 198 с.
11. *Некрасов А.В., Пучкова Н.Г.* Стратегия совершенствования и методы оценки гриппозных вакцин. Гриппол плюс – современная защита от гриппа // *Русский медицинский журнал.* 2008. № 23 (16). С. 1–4.
12. Отчет «Клинические испытания вакцины гриппозной инактивированной субъединичной адьювантной Гриппол® ТС» (I фаза). СПб.: НИИ гриппа, 2007.
13. *Войцеховская Е.М., Вакин В.С., Васильева А.А. и др.* Иммуногенность новой гриппозной вакцины // *Лечащий врач.* 2009. № 10. С. 77–79.
14. *Лусс Л.В.* Современные подходы к терапии и профилактике гриппа и ОРВИ // *Поликлиника.* 2011. № 4 (1). С. 22–27.
15. *Митюшин И.Л., Таточенко В.К., Бурцева Е.И. и др.* Эпидемиологическая эффективность инактивированной субъединичной гриппозной вакцины Инфлювак у детей // *Детский доктор.* 2001. № 5–6. С. 39–44.
16. *Jansen A.G., Sanders E.A., Hoes A.W. et al.* Effects of influenza plus pneumococcal conjugate vaccination versus influenza vaccination alone in preventing respiratory tract infections in children: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial // *J. Pediatr.* 2008. Vol. 153. № 6. P. 764–770.
17. *Сабитова А.М., Авзалова Л.Р.* Оценка профилактической эффективности вакцины «Гриппол» у детей дошкольного возраста // Тезисы докладов Всероссийской научно-практической конференции «Высокотехнологичные виды медицинской помощи при инфекционных болезнях у детей». СПб., 2009. С. 45.
18. *Сабитова А.М., Сачкова О.Г., Ахмадиева Р.С., Садыкова С.С.* Оценка эффективности вакцины «Гриппол» у детей в период пандемии гриппа А(Н1N1) 2009 года // Тезисы докладов Всероссийской научно-практической конференции «Высокотехнологичные виды медицинской помощи при инфекционных болезнях у детей». СПб., 2010. С. 35.
19. Современные подходы к лечению и реабилитации часто болеющих детей / под ред. Л.С. Балевой, Н.А. Коровиной. М.: Агентство медицинского маркетинга, 2006. 53 с.
20. *Коровина Н.А., Заплатников А.Л., Бурцева Е.И.* Оптимизация профилактики и лечения вирусных инфекций у детей // *Поликлиника.* 2007. № 2. С. 8–11.
21. *Учайкин В.Ф., Шамшева О.В., Новикова И.Н., Арзамасцева Е.Ю.* Использование рибомунила в комбинированной профилактике гриппа и острых респираторных заболеваний у детей // *Педиатрия.* 2000. № 6. С. 50–52.
22. *Del-Rio-Navarro B.E., Espinosa Rosales F., Flenady V., Sienra-Monge J.J.* Immunostimulants for preventing respiratory tract infection in children // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2006. № 4. CD004974.
23. *Ершов Ф.И., Киселев О.И.* Интерфероны и их индукторы (от молекул до лекарств). М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. 356 с.
24. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика. Научно-практическая программа Союза педиатров России. М.: Международный фонд охраны здоровья матери и ребенка, 2002. 69 с.
25. *Макарова З.С., Доскин В.А., Малиновская В.В.* Эффективность применения мази Виферон при реабилитации часто болеющих детей // *Лечащий врач.* 2006. № 1. С. 86–87.



26. *Таргонский С.Н., Усова С.В., Мухина О.Н., Шарыпова М.Г.* Применение препарата «Реаферон-ЕС-Липинт» для профилактики и лечения гриппа и других острых вирусных заболеваний // Поликлиника. 2011. № 1. С. 82–84.
27. *Гапонюк П.Я., Дорошенко Е.М.* Роль российского препарата Гриппферон в лечении и профилактике гриппа и других ОРВИ // Поликлиника. 2008. № 5. С. 22–26.
28. *Лыткина И.Н.* Опыт применения препарата Гриппферон для профилактики острых респираторных инфекций в детских дошкольных учреждениях // Материалы VIII съезда Всероссийского общества эпидемиологов, микробиологов и паразитологов. М., 2002. С. 64–65.
29. *Ершов Ф.И., Тазулахова Э.Б.* Индукторы интерферона – новое поколение иммуномодуляторов // Terra Medica. 1998. № 2. С. 2–7.
30. *Романцов М.Г., Селькова Е.П., Гаращенко М.В. и др.* Повышение естественной резистентности детей с целью профилактики гриппа и ОРВИ (результаты многоцентровых рандомизированных исследований) // Антибиотики и химиотерапия. 2009. № 9–10. С. 37–41.
31. *Шульдяков А.А., Петленко С.В.* Эффективность циклоферона при проведении экстренной профилактики острых респираторных вирусных инфекций в организованных коллективах. Методические рекомендации для врачей. СПб., 2007.
32. *Петров В.А.* Вопросы профилактики респираторных инфекций у детей в амбулаторно-поликлинических условиях // Клиническая практика. 2011. № 1. С. 84–89.
33. *Харламова Ф.С., Бевза С.Л., Нестеренко В.Г. и др.* Профилактическая эффективность Кагоцела при острых респираторных заболеваниях у детей // Детские инфекции. 2009. Т. 8. № 4. С. 34–40.
34. *Перевозицкова Н.К., Басманова Е.Д., Казанская Т.В.* Анаферон детский в программе реабилитации детей, часто болеющих ОРВИ на фоне патологии лимфоузлов // Педиатрия. 2003. № 6. С. 65–69.
35. *Куприна Н.П., Кокорева С.П., Семенченко Л.В. и др.* Клинико-лабораторная эффективность препарата «Анаферон детский» в комплексном лечении часто болеющих детей // Детские инфекции. 2005. № 3. С. 54–57.
36. *Петров В.А.* Практическое применение препаратов, влияющих на синтез и рецепцию интерферонов (по материалам X конгресса детских инфекционистов) // Поликлиника. 2012. № 1 (1). С. 70–73.
37. *Гаращенко Т.И.* Сезонная ирригационная терапия как метод профилактики респираторных заболеваний в условиях мегаполиса у детей школьного возраста с патологией ЛОР-органов // Российская оториноларингология. 2007. № 5. С. 47–49.
38. *Киселев А.Б., Чаукина В.А.* Отчет о проведении многоцентрового, клинического, открытого, рандомизированного исследования клинической эффективности полного объемного промывания полости носа средством и устройством «Долфин» («Динамика», Россия) в профилактике сезонной заболеваемости острыми респираторными инфекциями у детей. Новосибирск, 2010.
39. *Николаевский В.В., Еременко А.Е., Иванов И.К.* Биологическая активность эфирных масел. М.: Медицина, 1987. 144 с.
40. *Хисматулина И.М., Абдрахманов Р.М., Никитина Л.Е., Лисовская С.А.* Перспективы использования терпеноидов и их серосодержащих производных // Тезисы докладов научно-практической конференции «Современные методы диагностики и лечения кожных болезней и инфекций, передаваемых половым путем». Казань, 2008. С. 80–81.
41. *Черная Н.Л., Шубина Е.В., Ганузина Г.С. и др.* Ингаляции эфирными маслами как метод оздоровления детей в условиях детского дошкольного учреждения // Поликлиника. 2012. № 4 (1). С. 91–94.
42. *Лацерус Л.А.* Применение терпеноидсодержащего препарата Абисил в лечении и профилактике хирургической инфекции // Российский биотерапевтический журнал. 2010. Т. 9. № 1. С. 39–41.
43. *Пинигина Н.М., Лацерус Л.А., Брайн Э.В. и др.* Средство Абисил, обладающее противовоспалительной, антибактериальной и ранозаживляющей активностью // Патент РФ № 2054945 от 27.02.1996.
44. *Анохин В.А., Сабитова А.М., Ибрагимова А.А.* Оценка эффективности препарата Абисил в профилактике гриппа и ОРВИ у детей дошкольного возраста // Медицинский. 2013. № 4. С. 43–44.

инфекции

Principles of medicated prophylaxis of acute respiratory viral infections in children's target audience

A.M. Sabitova¹, A.A. Ibragimova²

¹ Kazan State Medical University

² Children's Municipal Polyclinic No. 11, City of Kazan

Contact person: Albina Albertovna Ibragimova, kbbz6@mail.ru

In the current paper the data from available literature as well as data of personal studies on prophylaxis of acute respiratory viral infections and influenza in children admitting educational institutions are reviewed. Efficacy of different drug groups most frequently administered for prophylaxis of respiratory diseases is being analyzed.

Key words: acute respiratory viral infections, adamantane derivatives, interferons, terpenoids, Abisil



Физиологические функции лактобактерий в организме и эффективность их применения в составе пробиотиков в педиатрической практике

А.А. Новокшенов, Н.В. Соколова

Адрес для переписки: Алексей Амосович Новокшенов, alex.novocshonov@yandex.ru

В статье представлены физиологические функции лактобактерий в организме человека, даны краткая характеристика лактосодержащих пробиотиков и продуктов функционального питания и оценка эффективности их использования в клинической педиатрической практике при различных патологических состояниях.

Ключевые слова: лактобактерии, пробиотики, микробиоценоз

Лактобактерии (*Lactobacillus*) – это род молочнокислых бактерий, насчитывающий 130 различных видов. Лактобактерии – это непатогенные грамположительные облигатные или факультативные анаэробы с высокой ферментативной активностью. Многие виды лактобактерий входят в состав нормальной микрофлоры желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Наибольшее количество лактобактерий находится в толстом отделе кишечника (10^6 – 10^7 КОЕ/г фекалий). Они представлены главным образом *L. acidophilus*, *L. casei*, *L. bulgaricus*, *L. plantarum*, *L. salivarius*, *L. reuteri* и *L. rhamnosus*. Количество лактобактерий в испражнениях во многом зависит от характера питания. У здоровых детей, находящихся на грудном вскармливании, лактобактерии обнаруживаются в кале в количестве 10^6 – 10^7 КОЕ/г, в то время как

у детей, находящихся на искусственном вскармливании, этот показатель выше – 10^8 КОЕ/г исследуемого материала [1].

Лактобактерии представляют меньшую часть микрофлоры кишечника, однако выполняют не менее важные метаболические функции, чем основной представитель нормальной микрофлоры толстого кишечника – бифидобактерии. Лактобактерии угнетают в кишечнике рост гнилостных и условно-патогенных микроорганизмов (УПМ) за счет способности образовывать такие вещества, как молочная кислота, лизоцим, бактериоцины (лактоцины В, F, J, M, лактобревин, плантарицин и др.). Эти продукты жизнедеятельности лактобактерий обладают выраженным антибактериальным эффектом, а также влияют на мембраны эпителиоцитов, ДНК-синтез и синтез протеина в слизистой оболочке кишечника.

В ходе клинических и экспериментальных исследований установлено, что лактобактерии подавляют размножение патогенной микрофлоры и УПМ – *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus vulgaris*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Salmonella typhosa*, *S. schottmuelleri*, *Sarcina lutea*, *Shigella dysenteriae*, *Sh. paradysenteriae*, *Serratia marcescens*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus faecalis*, *S. lactis*, *Vibrio comma* и др. [2–4].

Лактобактерии обладают способностью активировать клеточный иммунитет и подавлять продукцию иммуноглобулинов (Ig) класса E. Иммуномодулирующее действие лактобактерий связывают с присутствием в их клеточной стенке пептидогликанов и тейхоевых кислот, известных поликлональных индукторов и иммуномодуляторов. Показано также, что введение внутрь мышам лактобактерий сопровождалось увеличением количества плазматических клеток, усилением синтеза антител к вирусу гриппа и ротавирусу, а также увеличением синтеза IgA и IgM клетками слизистых оболочек бронхов. Защитные свойства секреторных IgA (sIgA) связаны с их способностью предупреждать адгезию и инвазию патогенных бактерий, а также проникать в энтероциты кишечника и воздействовать на репликацион-



ный цикл внутриклеточных вирусов. В отличие от остальных иммуноглобулинов, sIgA выполняют функции специфического иммунологического барьера, связывая антигены на поверхности эпителия и препятствуя их проникновению внутрь организма, и тем самым уменьшают вероятность как воспалительных, так и аллергических процессов [5–9].

В ходе клинических исследований установлено, что разные виды лактобактерий оказывают различный по степени выраженности иммуномодулирующий эффект. Например, *L. casei* служат мощным стимулятором продукции интерлейкинов (ИЛ) 6 и 12, фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа) и экспрессии маркеров созревания различными клетками. В то же время *L. reuteri* являются слабым индуктором ИЛ-12 и подавляют секрецию цитокинов и экспрессию маркеров созревания, вызванную другими видами лактобактерий. Пероральная бактериотерапия *L. rhamnosus* GG (ATCC 53103) у детей с atopическим дерматитом и непереносимостью коровьего молока приводила к увеличению выработки противовоспалительного цитокина ИЛ-10 и ослаблению клинических проявлений заболевания. Одновременно снижался и характерный для таких больных высокий уровень провоспалительного цитокина – ФНО-альфа [10]. Установлено, что ингибирование этими бактериями лимфоцитов периферической крови приводит к снижению выброса провоспалительных цитокинов (ФНО-альфа, ИЛ-2 и др.) и повышению уровня регуляторных цитокинов – TGF-бета (transforming growth factor beta, трансформирующий ростовой фактор бета) и ИЛ-10 [11, 12].

Лактобактерии активно участвуют в процессах пищеварения, превращая протеин в легкоусвояемые компоненты. По результатам доклинических и клинических исследований установлено, что *L. acidophilus* могут расщеплять холестерин в липидах сыворотки. Они также способствуют снижению холестерина за счет

блокировки фермента гидроксиметил-глутарат-СоА-редуктазы, ограничивающей скорость синтеза холестерина. Лактобактерии принимают активное участие в метаболизме лактозы [13, 14], вырабатывая ферменты: В-галактозидазы, гликолазы и молочные дегидрогеназы. Это имеет большое клиническое значение у детей с врожденной, а также развивающейся после перенесенных кишечных инфекций или курсов антибиотикотерапии лактазной недостаточностью. Патогенетически обоснованным считается включение в состав комплексной терапии вирусных диарей биопрепаратов или лечебно-профилактических детских смесей, обогащенных лактобактериями, поскольку основным «пусковым» механизмом диареи и инфекционного процесса при вирусных диареях (ротавирусной инфекции и др.) является дисахаридазная недостаточность.

В настоящее время лактобактерии широко применяются в клинической практике в составе различных пробиотиков, биологически активных добавок к пище (БАД) и пробиотических продуктов функционального питания. Пробиотики – это препараты из живых микроорганизмов, которые при введении в организм человека оказывают благотворный эффект за счет восстановления кишечной микрофлоры [15]. Лактобактерии – международное непатентованное наименование (МНН) лекарственного средства. По фармакологическому указателю лактобактерии входят в группу «Средства, нормализующие микрофлору кишечника». По анатомо-терапевтической классификации лактобактерии отнесены:

а) к группе «Микроорганизмы, продуцирующие молочную кислоту», код А07FA01;

б) группе «Лактобациллы», код G01AX14.

В клинической практике в качестве пробиотиков используются различные виды и штаммы лактобактерий. Лактосодержащие пробиотики можно условно разделить на две группы:

✓ первая – в качестве основного действующего вещества используется один или несколько видов (штаммов) лактобактерий;

✓ вторая – в состав входят и другие представители нормальной микрофлоры кишечника.

К лактосодержащим пробиотикам первой группы относятся:

✓ Лактобактерин (*L. plantarum* штаммы 38, 8Р-А3 или *L. fermentum* штамм 90Т-С4);

✓ Ацилакт (*L. acidophilus* штаммы НК1, 10Оаш и КЗШ24);

✓ Биобактон (*L. acidophilus* штамм 126);

✓ Наринэ (*L. acidophilus* штамм 317/402);

✓ Аципол (*L. acidophilus* штаммы НК1, НК2, НК5 и НК12);

✓ Нутролин В (*L. sporogenses*);

✓ Гастрофарм (*L. bulgaricus* штамм 51);

✓ БАД Нормофлорин Л (*L. acidophilus*);

✓ БАД Витанар (*L. acidophilus* штамм КА R-08);

✓ БАД Эуфлорин Л (*L. acidophilus* и *L. plantarum*).

Вторая группа на отечественном рынке представлена главным образом БАДами, широко используемыми в клинической практике не только для профилактики и коррекции дисбактериозов различной этиологии, но и в лечебных целях. Среди них заслуживают внимания Полибактерин (в состав которого входят *L. acidophilus*, *L. plantarum*, *L. fermentum* и *Bifidobacterium bifidum*, *B. longum*, *B. adolescentis*, *B. breve*), Нормофлорин Д (*L. casei*, *L. rhamnosus* и *B. bifidum*, *B. longum*), Биовестин-лакто (*L. plantarum* и *B. bifidum*, *B. adolescentis*), Нормоспектрум (*L. acidophilus*, *L. plantarum*, *L. casei* и *B. bifidum*, *B. infantis*, *B. breve*, *B. longum*), Бифиформ Малыш (*Lactobacillus* GG и *B. lactis* BB-12), Бифиформ комплекс (*Lactobacillus* GG, *L. acidophilus*, *B. lactis*, инулин), Примадофилус Детский (*L. acidophilus*, *L. rhamnosus* и *B. infantis*, *B. longum*), Примадофилус Джуниор (*L. acidophilus*, *L. rhamnosus* и *B. infantis*, *B. longum*, *B. breve*).

Лактобактерин и Ацилакт – пробиотики первого поколения, применяются для коррекции

инфекции



дисбактериоза кишечника, с заместительной и лечебной целью. Клиническая эффективность этих препаратов установлена при стафилококковой и клебсиеллезной инфекции, энтеритах и гастроэнтеритах, протекающих с явлениями броидильной диспепсии, и при ротавирусной инфекции. В исследованиях А.И. Грудянова и соавт. [16] было изучено влияние этих пробиотиков на изменение клинического состояния тканей пародонта и микрофлоры полости рта при различных стадиях патологического процесса. Выявлено, что Ацилакт и Лактобактерин оказывают выраженное коррекционное воздействие на микрофлору полости рта при пародонтите, восстанавливая ее до показателей физиологической нормы на более длительный период времени, чем при использовании антисептических средств. Лечебно-профилактическая эффективность этих препаратов подтверждена также во многих клинических исследованиях. Так, по данным Н.М. Грачевой и соавт. [17, 18], при включении Лактобактерина и Ацилакта в комплексную терапию 1189 больным шигеллезом, сальмонеллезом, ротавирусным гастроэнтеритом, эшерихиозами отмечены выраженный клинический эффект и отчетливая нормализация микробиоценоза кишечника.

Штаммы *L. acidophilus*, входящие в состав пробиотиков Биобактон, Наринэ и Аципол, имеют высокую антагонистическую активность в отношении широкого круга патогенных микроорганизмов и УПМ (шигеллы, сальмонеллы, эшерихии, стрептококки, стафилококки, протей и др.), повышают устойчивость к инфекционным и другим неблагоприятным факторам, нормализуют микрофлору кишечника. Пробиотик Наринэ используется также при аллергических поражениях кожи и слизистых оболочек (диатез, дерматит и др.), воспалительных заболеваниях органов дыхания (бронхит, пневмония и др.), гинекологических заболеваниях (аднексит, оофорит, сальпингит), маститах, лучевой болезни, кишеч-

ных инфекциях и дисбактериозах различной этиологии.

Преимущества применения лактобактерий перед бифидобактериями заключаются в том, что лактобактерии устойчивы к разрушающему действию желудочного сока, желчных кислот и панкреатических ферментов. Наиболее резистентными являются *L. acidophilus*, *L. plantarum* и *L. casei*. Они сохраняют жизнеспособность в кислой среде желудка в течение 3 часов, в то время как *L. bulgaricus*, присутствующие в йогурте, очень чувствительны к кислотности желудочного сока и к желчи и погибают уже через час при инкубации в желудочном соке [19–22]. В отличие от бифидобактерий, лактобактерии обладают большей резистентностью к антибиотикам, их можно применять на фоне антибиотикотерапии [23, 24]. Так, в исследованиях Е.В. Олейниченко и соавт. [25] было показано, что включение в терапию 120 детей, больных острой пневмонией, лактосодержащего пробиотика снижает частоту развития дисбиотических изменений и уменьшает степень дисбактериоза на фоне приема антибиотиков и предупреждает антибиотик-ассоциированную диарею. При изучении динамики микрофлоры ротоглотки и кишечника у пациентов с различной респираторной патологией (микоплазменная и хламидийная инфекция, острая респираторная вирусная инфекция, осложненная ангиной, отитом), получавших антибиотики (макролиды, цефалоспорины), было выявлено в большей степени снижение общего количества лактобактерий, чем бифидобактерий. Нередко имела место ассоциация грибов рода *Candida* с грамположительной и грамотрицательной флорой (*S. aureus*, *Escherichia coli* и др.) как на слизистой оболочке ротоглотки, так и в кишечнике. Дополнительное включение в терапию Аципола предотвращало отрицательное воздействие антибиотиков на микробиоценоз кишечника и клинические проявления дисбактериоза [26]. При лечении острых кишечных инфекций (ОКИ) бактериальной этиологии инвазивного

типа Невиграмоном в комбинации с Ациполом сокращалась длительность симптомов интоксикации (анорексия, лихорадка) и снижались гастроинтестинальные нарушения – диарея и патологические примеси в стуле [27].

Положительное воздействие на динамику клинических симптомов и микробиоценоз кишечника наблюдалось при включении лактосодержащих пробиотиков Линекс и Флорин форте в состав базисной терапии ротавирусной инфекции у детей [28–30]. В отличие от групп сравнения, в основных группах эти пробиотики способствовали более быстрому купированию симптомов интоксикации и диарейного синдрома. Во всех группах больных снижалось содержание в испражнениях грибов рода *Candida*, *S. aureus*, лактозонегативной *E. coli*. Изучение элиминации ротавирусов в зависимости от лечения показало, что у детей, получавших Флорин форте, элиминация и снижение титра антител в копрофильтратах происходили в 1,4 раза чаще, чем у пациентов группы сравнения, получавших Линекс.

Эффективным оказалось использование в комплексной терапии ротавирусной инфекции у детей и пробиотика Бифилактрин, в состав которого входят *L. plantarum* и *B. bifidum*. В исследованиях Е.Ю. Серединой и соавт. [31, 32] Бифилактрин был применен в составе комплексной терапии ротавирусной инфекции, а также в качестве этиотропной монотерапии среднетяжелых форм ОКИ бактериальной этиологии. Установлено, что Бифилактрин способствует нормализации изменений ферментовыделительной функции кишечника, всасывания и нарушений жизнедеятельности нормальной микрофлоры кишечника, оказывает быстрое (в отличие от антибиотиков) выраженное положительное воздействие на купирование основных симптомов заболевания. Лактосодержащие пробиотики второй группы, в состав которых входят различные виды бифидобактерий, оказались высокоэффективными в составе комплексной



терапии как средства альтернативной антибиотикам этиотропной монотерапии среднетяжелых форм ОКИ бактериальной этиологии, а также при ротавирусной инфекции. Из них заслуживает внимания пробиотик БАД Полибактерин.

Нами было проведено исследование клинической эффективности и воздействия на микробиоценоз кишечника Полибактерина у 50 больных среднетяжелыми формами ОКИ вирусной и бактериальной этиологии в возрасте от 6 месяцев до 14 лет. Показано, что дополнительное включение в базисную терапию ОКИ вирусной этиологии этого пробиотика достоверно сокращает продолжительность острого периода заболевания ($с\ 4,1 \pm 0,18$ до $2,7 \pm 0,12$ дня). Клиническая и санирующая эффективность Полибактерина как средства альтернативной этиотропной терапии ОКИ бактериальной и вирусно-бактериальной этиологии существенно выше, чем фуразолидона (или гентамицина при пероральном приеме). Полибактерин, в отличие от антибактериальных препаратов, оказывает выраженное нормализующее воздействие на количественный и качественный состав микрофлоры кишечника и способствует сокращению средней продолжительности острого периода заболевания при ОКИ бактериальной этиологии с $6,3 \pm 0,22$ до $3,6 \pm 0,12$ дня. Клиническое выздоровление по окончании 5-дневного курса лечения независимо от типа диареи наступает у всех больных, в то время как в группах сравнения лишь в 50–60% случаев [33].

В клинической практике при дисбактериозах различной этиологии хорошо зарекомендовали себя поликомпонентные пробиотики Линекс, Бифиформ Малыш, Нормофлорин Л и Д, Нормоспектрум. Линекс – комплексный препарат, в состав которого входят *L. acidophilus*, *B. infantis v. liberorum* и *Enterococcus faecium*. Штаммы микроорганизмов, входящие в состав препарата, специально выведены. Они являются антибиотикоустойчивыми. То есть Линекс можно назначать и на фоне проводимой антибиотикотерапии. Входящие

в состав Линекса живые бифидобактерии, лактобациллы и нетоксигенный кисломолочный стрептококк группы D (выделенные из кишечника здорового человека) поддерживают и регулируют физиологическое равновесие кишечной микрофлоры во всех отделах кишечника. При приеме препарата создаются неблагоприятные условия для развития патогенной микрофлоры и УПМ, тем самым улучшаются условия жизнедеятельности нормальной микрофлоры кишечника.

Бифиформ Малыш (таблетки жевательные) содержит бактерии двух видов – *B. lactis* BB-12 и *Lactobacillus* GG, витамины В₁ и В₆. Лактобациллы GG поддерживают естественную защиту человека, стимулируют специфический и неспецифический иммунный ответ, поддерживают барьерную функцию кишечника, снижают риск проникновения антигенов во внутреннюю среду организма, стимулируют выработку секреторных и сывороточных IgA-антител. Включение в комплексную терапию ОКИ вирусной этиологии пробиотика Бифиформ Малыш способствует сокращению продолжительности острого периода, оказывает положительное влияние на показатели клеточного звена иммунитета – повышение фагоцитарного индекса, фагоцитарного числа и уровня IgA в крови. Назначение пробиотиков на основе *L. rhamnosus* (LGG) приводит также к переключению дифференцировки Th₂- на Th₁-иммунный ответ, что усиливает противоинфекционный иммунитет и способствует профилактике атопии. Именно поэтому пробиотики следует назначать больным не только для коррекции дисбактериоза кишечника различной этиологии, но и для лечения гастроинтестинальных проявлений пищевой аллергии [34–36].

Жидкие концентраты лактосодержащих пробиотиков Нормофлорин Л и Нормофлорин Д содержат *L. acidophilus* (L), *L. casei*, *B. longum*, *B. bifidum* (D) и их метаболиты, незаменимые аминокислоты, органические кислоты, витамины С, Е, РР, Н, витамины группы В,

микроэлементы. В состав Нормоспектрума входят *L. plantarum* 8-РА-3, *L. acidophilus* NK-1, *L. casei* КНМ-12, *B. bifidum* 1, *B. bifidum* 791, *B. longum* В379М, *B. breve* 79–88, *B. infantis* 79–43; витамины и минералы С, Е, В₁, рибофлавин, В₆, В₁₂, фолиевая и пантотеновая кислоты, ниацинамид, биотин, цинк, селен; пищевые волокна – инулин, микрокристаллическая целлюлоза. Эти препараты при пероральном приеме подавляют активность патогенной микрофлоры и УПМ, препятствуют проникновению в организм эндотоксинов, восстанавливают моторику кишечника, снижают уровень холестерина и оксалатов, расщепляют лактозу, стимулируют выработку интерферонов и поддерживают общий пул иммуноглобулинов, улучшают метаболические процессы в организме. Положительное действие этих препаратов на нарушенный микробиоценоз и клиническую симптоматику подтверждено результатами клинических исследований при различных патологических состояниях [37, 38], в том числе при острой (шигеллез, сальмонеллез, ротавирусная инфекция и др.) и хронической гастроэнтерологической патологии (гастроудоденит, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, панкреатит, холецистит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и др.).

Лактобактерии содержатся в грудном молоке, вызывают молочно-кислое брожение и благодаря этому качеству широко используются при изготовлении кисломолочных продуктов питания. В последние годы пробиотикотерапия получила новое развитие в плане создания современных продуктов питания, обогащенных пробиотиками, – продуктов функционального питания. На отечественном рынке как с профилактической, так и с лечебной целью широко используются лактосодержащие молочнокислые продукты: «Актигель», в состав которого входят *L. bulgaricus* и *L. casei* DN114-001, «Имунел» (*L. casei* – Россия или *L. rhamnosus* – США), «Биомакс» (*L. acidophilus*), а также детские смеси «Агуша кисломо-

инфекции



лочная» (*L. acidophilus* и *B. bifidum*) для детей 0–5 и 6–12 месяцев, сухие молочные смеси «Нестле» (*L. rhamnosus* и *B. longum*), а также смеси «НАН 2» и «НАН 3».

В исследованиях А.В. Горелова и соавт. [38] изучалась эффективность кисломолочного продукта «Актимель» в коррекции микробиологических нарушений у 50 детей, больных ОКИ вирусной и бактериальной этиологии. Показано, что включение в питание детей этого продукта 1 раз в день по 100 мл курсом 14 дней способствует нормализации уровня лактобактерий и энтерококков в 30% случаев, бифидобактерий – в 13,3%, а также снижению *S. aureus* и грибов рода *Candida*. Кроме того, установлено, что в остром периоде ОКИ имеют место значительные изменения профиля короткоцепочечных жирных кислот (КЖК) в кале. Методом газожидкостной хроматографии выявлено повышение абсолютного и относительного содержания пропионовой и масляной кислот при

одновременном снижении уксусной кислоты (по сравнению с группой здоровых лиц). Эти изменения свидетельствовали о нарушении утилизации данных кислот колоноцитами, а также о повышении численности и активности анаэробного звена микрофлоры. После проведенного курса лечения с использованием пробиотического продукта «Актимель» отмечалась тенденция к нормализации абсолютного содержания уксусной, пропионовой и масляной кислот, а также достоверное повышение относительного содержания пропионовой и масляной кислот при снижении доли уксусной кислоты. Эти изменения свидетельствовали о восстановлении функциональной активности и численности толстокишечной микрофлоры и утилизации КЖК на фоне купирования диарейного синдрома.

Таким образом, лактосодержащие пробиотики, БАД и продукты функционального питания могут быть использованы в педиатри-

ческой практике не только для профилактики дисбактериозов различной этиологии, но и с лечебной целью в составе комплексной терапии различных заболеваний, прежде всего острой и хронической гастроэнтерологической патологии. Клиническая эффективность и нормализующее действие лактобактерий на микробиоценоз кишечника обусловлены их многочисленными полезными физиологическими функциями. Различные виды и штаммы, входящие в состав пробиотиков, обладают высокой антагонистической активностью в отношении патогенных микроорганизмов и УПМ, активно участвуют в пищеварительном процессе, выполняют важную иммуномодулирующую функцию. Лактосодержащие пробиотики могут быть использованы как средства этиопатогенетической терапии вирусной, а также легких и среднетяжелых форм ОКИ бактериальной этиологии вместо антибиотиков при среднетяжелых формах заболевания. ☺

Литература

1. Finegold S.M., Sutter V.L., Sugihara P.T. et al. Fecal microbial flora in Seventh Day Adventist populations and control subjects // *Am. J. Clin. Nutr.* 1977. Vol. 30. № 11. P. 1781–1792.
2. Кафарская Л.И., Инжеваткина С.М., Володин Н.Н., Ефимов Б.А. Терапевтический потенциал пробиотиков: оптимизация иммунного ответа и восстановление экосистемы кишечника // *Вопросы детской диетологии.* 2005. Т. 3. № 1. С. 72–75.
3. Ленцнер А.А., Ленцнер Х.П., Микельсаар М.Э. и др. Лактофлора и колонизационная резистентность // *Антибиотики и химиотерапия.* 1987. Т. 32. № 3. С. 173–179.
4. Ершова И.Б., Гаврыш Л.И., Кунегина Е.Н., Мочалова А.А. Значение лактобактерий в организме человека и тактика правильного выбора эубиотиков // *Новости медицины и формирования.* 2007. № 17 (224).
5. Хромова С.С., Шкопоров А.Н., Ефимов Б.А. и др. Микрофлора кишечника и механизмы иммунорегуляции // *Вопросы детской диетологии.* 2005. Т. 3. № 1. С. 92–96.
6. Smeyanov V.V., Korschunov V.V., Bossart W. et al. Experimental and clinical immunomodulation activity of inactivated *Lactobacillus acidophilus* 'Solco' preparations // *J. Chemotherapy.* 1993. Vol. 5. Suppl. 1. P. 250–252.
7. Lamt M.E. Current concepts in mucosal immunity. IV. How epithelial transport of IgA antibodies relates to host defense // *Am. J. Physiol.* 1998. Vol. 274. № 4. Pt. 1. P. G614–617.
8. Cross M.L., Mortensen R.R., Kudsk J., Gill H.S. Dietary intake of *Lactobacillus rhamnosus* HNOO1 enhances production of both Th1 and Th2 cytokines in antigen-primed mice // *Med. Microbiol. Immunol.* 2002. Vol. 191. № 1. P. 49–53.
9. Пинегин Б.В., Кориунов В.М., Шкарунета М.М., Мальцева Н.Н. Индигенные микроорганизмы как иммуномодуляторы // *Иммуномодуляторы.* М., 1987. С. 149–156.
10. Neutra M.R., Kraehenbuhl J.P. Regional Immune Response to microbial pathogens // Ed. by S.H.T. Kaufman, A. Sher, R. Ahmed. *Immunology of Infections Disease.* ASM Press USA Washington, 2002. 495 p.
11. Mercenier A., Foligne B., Dennini V. et al. Selection of candidate probiotic strains protecting against murine acute colitis. ESPGHAN abstracts, 2006.
12. Kekkonen R.A., Lummela N., Karjalainen H. et al. Probiotic intervention has strain-specific anti-inflammatory effects in healthy adults // *World J. Gastroenterol.* 2008. Vol. 14. № 13. P. 2029–2036.
13. Shah N. *Lactobacillus acidophilus* and lactose intolerance: a review // *ASEAN Food J.* 1994. Vol. 9. № 2. P. 5–12.
14. Tannock G.W. The normal micro flora: new concepts in health promotion // *Microbiol. Sciences.* 1998. Vol. 5. P. 10–18.
15. Fuller R. Probiotics in man and animals // *J. Appl. Bacteriol.* 1989. Vol. 66. № 5. P. 365–378.
16. Грудянов А.И., Дмитриева Н.А., Фоменко Е.В. Обоснование целесообразности применения пробиотиков в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта // *Тезисы докладов 3-й Международной ассамблеи «Новые медицинские технологии».* М., 2001. С. 133.
17. Грачева Н.М., Чупрынина Р.П., Мацулевич Т.В. и др. Дифференцированное применение биологических бактериальных препаратов (пробиотиков) при острых кишечных



- инфекциях вирусно-бактериальной природы в современных условиях. Пособие для врачей. М., 1999. 24 с.
18. Грачева Н.М., Ющук Н.Д., Чупринина Р.П. и др. Дисбактериозы кишечника, причины возникновения, диагностика, применение бактериальных биологических препаратов. Пособие для врачей и студентов. М., 1999. 45 с.
 19. Gilliland S.E., Staley T.E., Bush L.J. Importance of bile tolerance of *Lactobacillus acidophilus* used as a dietary adjunct // *J. Dairy Sci.* 1984. Vol. 67. № 12. P. 3045–3051.
 20. Marteau P., Pochart P., Bouhnik Y. et al. Survival of *Lactobacillus acidophilus* and *Bifidobacterium* sp. in the small intestine following ingestion in fermented milk. A rational basis for the use of probiotics in man // *Gastroenterol. Clin. Biol.* 1992. Vol. 16. № 1. P. 25–28.
 21. Goldin B.R., Gorbach S.L., Saxelin M. et al. Survival of *Lactobacillus* species (strain GG) in human gastrointestinal tract // *Dig. Dis. Sci.* 1992. Vol. 37. № 1. P. 121–128.
 22. Alm L., Pelterson L. Survival rate of *Lactobacilli* during digestion. A *in vitro* study // *Am. J. Clin. Nutr.* 1980. Vol. 33. P. 2543–2550.
 23. Patel R., Cockerill F.R., Porayko M.K. et al. *Lactobacillemia* in liver transplant patients // *Clin. Infect. Dis.* 1994. Vol. 18. № 2. P. 207–212.
 24. Griffiths J.K., Daly J.S., Dodge R.A. Two cases of endocarditis due to *Lactobacillus* species: antimicrobial susceptibility, review, and discussion of therapy // *Clin. Infect. Dis.* 1992. Vol. 15. № 2. P. 250–255.
 25. Олейниченко Е.В., Митрохин С.Д., Новиков В.Е., Минаев В.И. Эффективность Аципола в профилактике дисбактериоза кишечника при антибактериальной терапии // *Антибиотики и химиотерапия.* 1999. № 1. С. 23–25.
 26. Савенкова М.С., Афанасьева А.А. Лечение инфекций: антибактериальное и пробиотическое воздействие // *Consilium medicum. Педиатрия.* 2008. № 1. С. 38–40.
 27. Бармина О.С., Горелов А.В., Усенко Д.В., Ардатская М.Д. Клинико-лабораторная эффективность мультипробиотического препарата Аципол в комплексной терапии «инвазивных» ОКИ у детей // *Инфекционные болезни.* 2009. Т. 7. № 1. С. 76–79.
 28. Буланова И.А., Титова Л.В., Феклисова Л.В. Динамика изменения микрофлоры у детей с водянистыми диареями в зависимости от вида терапии // *Материалы VIII Конгресса детских инфекционистов России «Актуальные вопросы инфекционной патологии и вакцинопрофилактика у детей».* М., 2009. С. 24.
 29. Феклисова Л.В., Казакова С.П. Оценка клинико-лабораторных показателей у детей раннего возраста, больных ротавирусной инфекцией, при использовании пробиотиков // *Материалы VIII Конгресса детских инфекционистов России «Актуальные вопросы инфекционной патологии и вакцинопрофилактика у детей».* М., 2009. С. 140.
 30. Буланова И.А., Феклисова Л.В., Титова Л.В. Результаты применения лактосодержащих пробиотиков при вирусных диареях у детей раннего возраста // *Детские инфекции.* 2009. Т. 8. № 2. С. 58–60.
 31. Середина Е.Ю., Феклисова Л.В., Куприна П.П., Золотухина М.А. Новый отечественный комбинированный пробиотик из бифидо- и лактобактерий в терапии детей, больных острыми кишечными инфекциями // *Тезисы докладов Третьей международной ассамблеи «Новые медицинские технологии».* М., 2001. С. 53.
 32. Середина Е.Ю., Феклисова Л.В., Куприна Н.П. и др. Коррекция мальдигестивных нарушений у детей с диареями // *Материалы VII Конгресса педиатров России «Детская гастроэнтерология: настоящее и будущее».* М., 2002. С. 272.
 33. Тихонова О.Н., Новокионов А.А., Соколова Н.В. и др. Клиническая эффективность пробиотика Полибактерин в комплексной терапии кишечных инфекций бактериальной и вирусной этиологии у детей // *Детские инфекции.* 2006. Т. 5. № 1. С. 48–51.
 34. Ботвиньев В.В. Физиология роста и развития детей и подростков / под ред. А.А. Баранова и Л.А. Щеплягиной. М., 2000. С. 79–82.
 35. Мазанкова Л.Н., Чеботарева Т.А., Брагина Г.С. Пробиотики и интерфероны – новые возможности комбинированной терапии острых кишечных инфекций у детей // *Детские инфекции.* 2008. № 4. С. 47–50.
 36. Ильенко Л.И., Демин В.Ф., Холодова И.Н. Новые аспекты диагностики и коррекции дисбактериоза кишечника у детей // *Вестник РГМУ.* 2006. № 4 (51). С. 53–58.
 37. Минушкин О.Н., Ардатская М.Д., Чеботарева А.И. и др. Клинические испытания синбиотика Нормоспектрум // *Поликлиника.* 2008. № 2. С. 46–50.
 38. Горелов А.В., Карасева Е.А., Ардатская М.Д. и др. Использование лактосодержащего пробиотического продукта в коррекции постинфекционных микробиологических нарушений у детей // *Consilium medicum. Педиатрия.* 2008. № 1. С. 33–37.

инфекции

Physiological *in vivo* functions of lactobacteria and efficacy of their administration as probiotics in pediatric practice

A.A. Novokshonov, N.V. Sokolova

Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov, Moscow

Contact person: Aleksey Amosovich Novokshonov, alex.novokshonov@yandex.ru

Physiological *in vivo* functions of *Lactobacteria* residing in the humans are discussed. Briefly, lactocontaining probiotics and dietary products of functional food as well as their efficacy in clinical pediatric practice under different pathological conditions are presented.

Key words: *Lactobacteria*, probiotics, microbiocenosis



SAM
SYMPOSIUM

XIII МЕЖДУНАРОДНЫЙ СИМПОЗИУМ ПО ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ

22 ЯНВАРЯ

СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ ЛАТОГЕНЕЗА СТАРЕНИЯ ЛИЦА. АНАТОМИЧЕСКИЙ БАЗИС ДЛЯ ANTI-AGE ТЕРАПИИ. Модератор: Губинев Е.И., д.м.н.

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ И ТЕХНОЛОГИИ В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ. КЛЕТОЧНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ, ПЕПТИДНАЯ БИОРЕГУЛЯЦИЯ, БИОРЕВИТАЛИЗАЦИЯ, ВИКРЕПАРАЦИЯ, ФАКТОРЫ РОСТА. Модератор: Коркина П.Г., д.м.н., проф.

NEW! ПАРАД ЗВЕЗД ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Фах Бенслиман (Марокко) – пластический хирург, специалист в области инъекционной хирургии лица и мезотерапии. Выбор техники инъекционной хирургии лица в зависимости от индивидуальных особенностей пациента. Подробный разбор особенностей методики, клинические результаты и основные осложнения.

23 ЯНВАРЯ

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОКОСМЕТОЛОГА: ФИЛПЕРЫ, МЕТОДЫ НИТЕВОГО ЛИФТИНГА, ЛИПОФИЛЛИНГ, ИНЪЕКЦИОННЫЙ ЛИПОЛИПАЗ – РЕАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ И ПРОБЛЕМЫ. СОЧЕТАНИЕ С ФИЛЛТЕРАМИ. Модераторы: Сурианидзе М.А., в.м.н., Станько А.Г., д.м.н.

NEW! ПАРАД ЗВЕЗД ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Роберто Пизцанцито (Италия) – разработчик и ведущий специалист в области нитевого лифтинга. Выбор методов нитевого лифтинга в зависимости от типа нитей, индивидуальных особенностей пациента. Комбинирование различных видов нитей. Сочетание нитевого лифтинга с другими методами терапевтической косметологии.

24 ЯНВАРЯ

ПРОГРЕСС СОВРЕМЕННЫХ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИХ АППАРАТОВ: РАСШИРЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ, ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ. Модератор: Шептия О.В., в.м.н.

ИНЪЕКЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ И ЭСТЕТИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ: КОНТУРНАЯ ПЛАСТИКА, БОТУЛОТОКСИН, СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ. Модератор: Орлова О.Р., д.м.н., проф.

NEW! ПАРАД ЗВЕЗД ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Бенжамин Ашер (Франция) – ведущий специалист в области эстетической медицины, пластический хирург, организатор и модератор основного профессионального мероприятия – IMCAS. Ботулинотерапия и криолиполиз. Сочетание с инъекционными методами. Волнометрическая коррекция лица и тела.

22-24 ЯНВАРЯ 2014

VIII ФОРУМ «ИСКУССТВО ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ»

22 ЯНВАРЯ

Тема дня – «Современная продвинутая пластика носа»

Модераторы: П.П. Павлюк-Павлюченко, д.м.н., проф., Ив Сабан, MD (Франция), Пьетро Пальма, MD (Италия), С.В. Прокудин

К УЧАСТИЮ ПРИГЛАШЕНЫ:

Pietro Palma (Пьетро Пальма)

проф., пластический хирург, президент Европейской академии лицевой пластической хирургии (European Academy of Facial Plastic Surgery (EAFPS)), вице-президент Международной Федерации обществ лицевой пластической хирургии (International Federation of Facial Plastic Surgery Societies (IFFPSS)) (Италия)

Yves Saban (Ив Сабан)

пластический хирург, челюстно-лицевой хирург, вице-президент Французского общества челюстно-лицевой хирургии, национальный делегат от Франции в Европейской академии пластической хирургии лица, член EAFPS, ESGS, ERS, руководитель курса «Хирургическая анатомия лица и шеи для пластических хирургов» Парижского медицинского университета, Миланского медицинского университета.

Леонид Павлюченко

д.м.н., проф., пластический хирург, заведующий кафедрой пластической эстетической хирургии РУДН, главный врач клиники «Хирургия Красоты».

Кирилл Пшенищев

д.м.н., проф., пластический хирург, кафедра пластической и реконструктивной хирургии, косметологии и клеточных технологий РНИМУ им. Н.И.Пирогова, директор Ярославского «Центра пластической хирургии», руководитель отделения реконструктивной и пластической хирургии в госпитале EMC (Москва), действительный член Международного общества эстетических пластических хирургов (ISAPS), Международного общества по реконструктивной микрохирургии (WSRM), член-корреспондент Американского общества пластических хирургов (ASPS), член Совета ОНРЭХ.

23 ЯНВАРЯ

Тема дня – «Липофилинг и стволовые клетки»

Модераторы: А.М.Боровиков, д.м.н., проф., Бенжамин Ашер, MD (Франция), В.И. Мапаховская, д.м.н., проф.

К УЧАСТИЮ ПРИГЛАШЕНЫ:

Benjamin ASCHER (Бенжамин Ашер)

доктор медицины, пластический хирург, руководитель международного мастер-курса по старению кожи IMCAS (International Master Course on Aging Skin) (Франция)

Fahd Benslimane (Фах Бенслиман)

доктор медицины, хирург, специалист в области пластической, восстановительной и реконструктивной хирургии, национальный секретарь Международного общества эстетических пластических хирургов (ISAPS), член Марокканского общества реконструктивных и эстетических хирургов (SMCPRE) (Марокко).

Наталья Мантурова

д.м.н., пластический хирург, главный специалист-эксперт пластический хирург департамента здравоохранения г. Москвы, заведующая кафедрой пластической и реконструктивной хирургии, косметологии и клеточных технологий РНИМУ им. Н.И.Пирогова, член Российского общества пластических, реконструктивных и эстетических хирургов – член Общества эстетической медицины.

Алексей Боровиков

д.м.н., проф., пластический хирург, научный редактор журнала «Пластическая хирургия и косметология», действительный член Международного общества эстетических пластических хирургов (ISAPS), Международного общества реконструктивной микрохирургии (WSRM), член Международной конфедерации пластических, реконструктивных и эстетических хирургов (IPRAS), член Совета ОНРЭХ.

МОСКВА, ЦЕНТР МЕЖДУНАРОДНОЙ
ТОРГОВЛИ НА КРАСНОЙ ПРЕСНЕ



SAM
EXPO

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА

BEAUTY TOP MEETING III АССАМБЛЕЯ ВЛАДЕЛЬЦЕВ И РУКОВОДИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ КЛИНИК И ЦЕНТРОВ КРАСОТЫ >

КЛЮЧЕВАЯ ТЕМА АССАМБЛЕИ: АЛГОРИТМ СОЗДАНИЯ
КОМПЛЕКСНЫХ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОГРАММ.
ЭФФЕКТИВНЫЕ БИЗНЕС-СТРАТЕГИИ

24 ЯНВАРЯ

- Одна услуга vs комплексная программа. За и против.
- Оснащение клиники косметологии, предоставляющей комплексные программы.
- Взаимоотношения и зоны ответственности персонала.
- Медицинская документация, сопровождающая комплексную программу.
- Ценообразование комплексных программ.

КОНФЕРЕНЦИЯ «ГОРМОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЛИШНЕГО ВЕСА И МЕТОДЫ ЕГО ЛЕЧЕНИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ»

22 ЯНВАРЯ

Лекционный цикл специалистов терапевтов, эндокринологов, врачей anti-age медицины для координации терапии пациентов с лишним весом в практике врача эстетической медицины.
Модераторы: Иповайская И.А., к.м.н., МОНИКИ; Мойсенко Р.В., к.м.н., главный врач клиники «Риммарита»

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КУРС «ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СТАРЕНИЯ»

23 ЯНВАРЯ

УЧАСТНИКАМ МЕРОПРИЯТИЙ >

- ✓ бесплатный вход на специализированную выставку
- ✓ сертификат и официальный каталог
- ✓ подписка на журнал «Эстетическая Медицина» в подарок

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ СКИДКА 10% ЧЛЕНАМ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ АССОЦИАЦИЙ И ОБЩЕСТВ

РАЗДЕЛЫ ВЫСТАВКИ >

- Косметологическое оборудование и профессиональная косметика
- Медицинские лазерные системы
- Аппараты для коррекции фигуры
- Оборудование и инструменты для пластической хирургии и физиотерапии
 - Препараты для мезотерапии, контурной пластики и пилингов
- Препараты ботулинического токсина
- Косметические средства коррекции инволюционных изменений кожи
 - Шовные и расходные материалы
- Имплантаты для пластической хирургии
 - Препараты для пред- и послеоперационного ухода
- Фармацевтические препараты и БАД

ПРОДАЖА БИЛЕТОВ :

Ольга Емельяненко,
emel@cosmopress.ru

УЧАСТИЕ В ВЫСТАВКЕ:

Юлия Венедиктова
sam-expo@cosmopress.ru

+7 (495) 228-70-72/74



ОРГАНИЗАТОРЫ:

Эстетическая
Медицина
ООО «БьютиЭстетикаПресс»

Старая
крепость
20 ЛЕТ

СПОНСОРЫ:

СОЛИНГ

Micro

Стомат Мед Школа

PHITOGEN



ВИЧ-инфекция и функция почек: факторы риска и влияние лекарственных препаратов

В ходе научно-практической конференции «Московская международная неделя вирусологии» (Москва, 8–12 сентября 2013 г.) особое внимание было уделено вопросам разработки наиболее рациональных подходов к диагностике и лечению больных ВИЧ-инфекцией с такими сопутствующими заболеваниями, как сахарный диабет, вирусные гепатиты, лимфомы, вызванные вирусом Эпштейна – Барр, туберкулез, нарушения функции почек. Внедрение в клиническую практику комбинированной антиретровирусной терапии позволило снизить распространенность ВИЧ-ассоциированной нефропатии. В то же время была выявлена нефротоксичность ряда препаратов. В связи с этим особый интерес представляет выступление д-ра Пэдди МЕЛЛОНА (Paddy MALLON), специалиста в области ВИЧ-инфекции, заместителя декана по инновациям и развитию Университетского колледжа в Дублине. В своем докладе д-р П. Меллон изложил современные представления о факторах риска нарушений функции почек у пациентов с ВИЧ-инфекцией. Акцент был сделан на безопасности антиретровирусных препаратов у таких больных.



Доктор П. Меллон

Успехи последних лет в лечении больных с ВИЧ-инфекцией позволили значительно улучшить прогноз и увеличить продолжительность жизни пациентов. Все больше людей не только живут, но и стареют с ВИЧ. Кроме того, риск заразиться ВИЧ-инфекцией в возрасте старше 50 лет высок и приближается к таковому среди молодежи. Так, в 2005 г. в США около 15% случаев впервые диагностированной ВИЧ-инфекции пришлось на лиц старше 50 лет¹. По мере увеличения доли лиц с ВИЧ в старших возрастных

группах возрастает интерес исследователей к геронтологическим аспектам антиретровирусной терапии (АРВ-терапия). У пожилых пациентов на фоне АРВ-терапии взаимное влияние процессов старения и ВИЧ-инфекции увеличивает риск развития сопутствующих заболеваний, в том числе поражений почек. Согласно данным ряда авторов, снижение функции почек отмечается у 4–7% пациентов с ВИЧ^{2–4}. Врач, ведущий пациента с ВИЧ-инфекцией, должен учитывать влияние традиционных факторов риска, связанных с пожилым возрастом^{5,6}. Это артериальная гипертония, сахарный диабет, факторы, связанные с ВИЧ-инфекцией, – снижение количества CD⁴⁺-Т-лимфоцитов⁵, а также возможное влияние АРВ-препаратов^{4–6}. Комбинированная терапия, включающая АРВ-препараты с различным механизмом действия, позволила значительно снизить частоту развития ВИЧ-ассоциированной нефропатии. Тем не менее, поскольку пациенты принимают АРВ-препараты пожизненно, вопросы безопасности крайне актуальны.

Последние несколько лет особый интерес вызывает влияние АРВ-терапии на функцию почек. Д-р П. Мэллон проанализировал возможную нефротоксичность, связанную с приемом АРВ-препаратов, основываясь на данных международных исследований. Как было показано в ходе международного многоцентрового 96-недельного рандомизированного клинического исследования CASTLE, применение АРВ-терапии у большинства ВИЧ-инфицированных пациентов не вызывало развития значимых нежелательных явлений со стороны почек. Терапия комбинацией тенофовира и эмтрицитабина в сочетании с бустированными атазанавиром (n = 440) или лопиновиром (n = 443) привела к развитию нежелательных явлений со стороны почек лишь у 2% пациентов. При этом прекратили терапию из-за таких нежелательных явлений менее 1% пациентов (табл. 1)⁷.



Научно-практическая конференция «Московская международная неделя вирусологии»

В исследовании ACTG 5142 отдельно оценивалось влияние схем АРВ-терапии на изменение клиренса креатинина. Наиболее выраженное его снижение было отмечено у пациентов, получавших комбинацию липинавира (LPV/r) и тенофовира (TDF) (рис. 1). Этот эффект объясняется повышением концентрации тенофовира при совместном применении с ингибиторами протеазы. Аналогичные данные были получены для других ингибиторов протеазы, например атазанавира (ATV/r) в исследовании ACTG 5202.

В других исследованиях изучалась частота развития и причины таких тяжелых поражений почек, как ХБП (хроническая болезнь почек) и терминальная стадия почечной недостаточности у пациентов с ВИЧ-инфекцией. Так, в ходе проспективного когортного исследования EuroSIDA изучали частоту развития хронической болезни почек у ВИЧ-инфицированных пациентов, определяли факторы риска развития ХБП на фоне терапии различными АРВ-препаратами⁴. В анализ были включены 6843 пациента, средняя продолжительность наблюдения составила 3,7 года. Диагноз ХБП ставили при уровне скорости клубочковой фильтрации (СКФ) < 60 мл/мин/1,73м², зарегистрированном не менее 2 раз с промежутком ≥ 3 месяцев, либо при снижении СКФ на 25% и более у больных с исходной СКФ, равной 60 мл/мин/1,73м². Факторы риска ХБП определяли посредством многофакторного анализа с помощью метода регрессии Пуассона. Исследование продемонстрировало, что ХБП развивается у небольшого числа ВИЧ-инфицирован-

ных. Диагноз ХБП был поставлен 225 пациентам (3,3%), что составило 1,05 случая на 100 пациенто-лет. Причем только у 27 больных имело место снижение уровня СКФ с ≥ 90 мл/мин/1,73м² до 60 мл/мин/1,73м² или ниже. Остальные пациенты имели исходно пониженное значение СКФ. Развитие ХБП происходило постепенно. Так, через 24 месяца наблюдения ХБП была диагностирована у 1,48% больных, а через 36 – у 2,97%.

Была выявлена связь между риском развития ХБП и приемом тенофовира, индинавира, атазанавира и лопинавира. Однако при проверке стойкости, длительности и обратимости нефротоксического эффекта АРВ-препаратов было установлено, что у пациентов, прекративших прием атазанавира, через 12 месяцев риск развития ХБП возвращался к исходному значению. Таким образом, нефротоксические реакции, связанные с терапией атазанавиром, обратимы и функция почек быстро восстанавливается при отмене препарата. Обратимость же нефротоксичности тенофовира остается под вопросом.

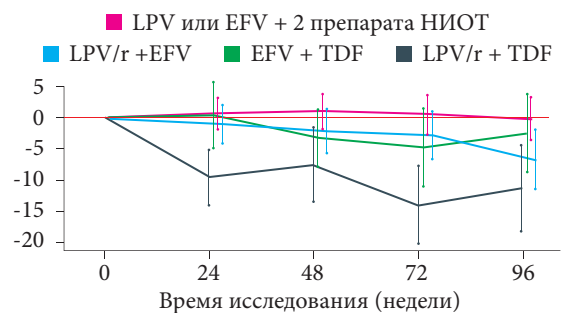
При анализе традиционных факторов риска развития ХБП было показано, что по сравнению с приемом АРВ-препаратов большее влияние на изменения функции почек оказывали такие факторы, как артериальная гипертензия, сахарный диабет, возраст (риск значительно возрастал каждые 10 лет), ко-инфекция гепатитом С. Также риск развития ХБП значительно повышается при наличии диагноза СПИД (табл. 2)⁴.

Д-р П. Мэллон подчеркнул, что исследование EuroSIDA имеет оп-

Таблица 1. Влияние АРВ-терапии на развитие почечной недостаточности: данные исследования CASTLE*

Параметр	Группа приема атазанавира и ритонавира (n = 440)	Группа приема лопинавира и ритонавира (n = 443)
Все нежелательные явления со стороны почек любой степени, абс. (%)	11 (2%)	9 (2%)
Выбывание в связи с нежелательным явлением со стороны почек, абс. (%)	1 (< 1%)	1 (< 1%)
Нефролитиаз, абс. (%)	2 (< 1%)	1 (< 1%)
Повышение уровня креатинина в крови 3–4-й степени, абс. (%)	1 (< 1%)	1 (< 1%)
Среднее изменение креатинина сыворотки крови (от исходного уровня до значения в конце 96-й недели исследования), мг/дл	≤ 0,04	≤ 0,04
Среднее значение клиренса креатинина (% изменения от исходного уровня)	-1%	-2%
Снижение клиренса креатинина > 50%, %	0%	< 1%

* Адаптировано по [7].



LPV – липинавир. EFV – эфавиренз. НИОТ – нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы. TDF – тенофовир.

Рис. 1. Влияние АРВ-терапии на уровень клиренса креатинина: данные исследования ACTG 5202

¹ HIV/AIDS among Persons Aged 50 and Older. CDC HIV/AIDS Facts. February 2008 // www.cdc.gov/hiv/pdf/library_factsheet_HIV_among_PersonsAged50andOlder.pdf.

² Fernando S.K., Finkelstein F.O., Moore B.A., Weissman S. Prevalence of chronic kidney disease in an urban HIV infected population // Am. J. Med. Sci. 2008. Vol. 335. № 2. P. 89–94.

³ Lucas G.M., Mehta S.H., Atta M.G. et al. End-stage renal disease and chronic kidney disease in a cohort of African-American HIV-infected and at-risk HIV-seronegative participants followed between 1988 and 2004 // AIDS. 2007. Vol. 21. № 18. P. 2435–2443.

⁴ Mocroft A., Kirk O., Reiss P. et al. Estimated glomerular filtration rate, chronic kidney disease and antiretroviral drug use in HIV-positive patients // AIDS. 2010. Vol. 24. № 11. P. 1667–1678.

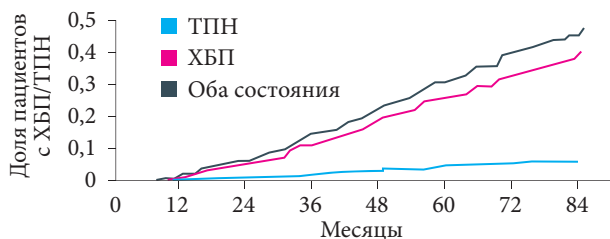
⁵ Flandre P., Pugliese P., Cuzin L. et al. Risk factors of chronic kidney disease in HIV-infected patients // Clin. J. Am. Soc. Nephrol. 2011. Vol. 6. № 7. P. 1700–1707.

⁶ Fux C.A., Simcock M., Wolbers M. et al. Tenofovir use is associated with a reduction in calculated glomerular filtration rates in the Swiss HIV Cohort Study // Antivir. Ther. 2007. Vol. 12. № 8. P. 1165–1173.

⁷ Molina J.M., Andrade-Villanueva J., Echevarria J. et al. Once-daily atazanavir/ritonavir compared with twice-daily lopinavir/ritonavir, each in combination with tenofovir and emtricitabine, for management of antiretroviral-naïve HIV-1-infected patients: 96-week efficacy and safety results of the CASTLE study // J. Acquir. Immune Defic. Syndr. 2010. Vol. 53. № 3. P. 323–332.



Научно-практическая конференция «Московская международная неделя вирусологии»



ТПН – терминальная почечная недостаточность.
ХБП – хроническая болезнь почек.

Рис. 2. Прогрессирование заболевания до ХБП/ТПН по методу Каплана – Майера

Таблица 2. Факторы, влияющие на развитие ХБП

Фактор	ОР	95% ДИ	p
Диагноз СПИД	2,22	1,14–4,32	0,019
Гепатит С	1,98	1,44–2,71	< 0,0001
Злокачественные заболевания, не связанные с ВИЧ	1,72	1,10–2,70	0,018
Артериальная гипертензия	1,69	1,26–2,27	0,0005
Женский пол	1,68	1,22–2,30	0,0013
Возраст (каждые 10 лет)	1,54	1,31–1,80	< 0,0001
Диабет	1,5	1,05–2,16	0,028
Прием тенофовира	1,16	1,06–1,25	< 0,0001

ОР – отношение рисков. ДИ – доверительный интервал. p – различия.

ределенные ограничения. Прежде всего это связано с дизайном исследования. В когортных исследованиях отсутствует рандомизация и, как следствие, нельзя полностью исключить влияние гетерогенности популяции (сопутствующих факторов риска). Среди прочих ограничений исследования EuroSIDA – небольшой период наблюдения и невозможность оценить влияние на функцию почек сравнительно новых препаратов (дарунавир, этравирин, ралтегравир).

В крупном исследовании оценивались предикторы развития хронической болезни почек у пациентов с ВИЧ-инфекцией с исходно нормальной функцией почек. Результаты исследования D:A:D были представлены в 2013 г. на 20-й конференции по ретровирусам и оппортунистическим

инфекциям (CROI 2013)⁸. В анализ были включены 22 603 пациента, получавшие АРВ-терапию в течение 2,7–6,1 года (медиана времени наблюдения – 4,5 года). Целью исследования стала оценка частоты развития и факторов риска, связанных с более тяжелыми формами заболевания почек (снижение уровня СКФ до < 30 мл/мин/1,73м²) или развитием терминальной стадии почечной недостаточности, требующей проведения гемодиализа. Как показали данные многофакторного анализа, наиболее значимыми факторами риска тяжелого поражения почек являются артериальная гипертензия и сахарный диабет. Статистический анализ проводили методом Каплана – Майера. За время наблюдения снижения уровня СКФ и развитие терминальной стадии почечной недостаточности было отмечено у небольшого числа пациентов (рис. 2). Кроме того, были получены неожиданные данные о том, что в реальной клинической практике врачи прерывали терапию при снижении уровня СКФ до 60–70 мл/мин/1,73м² у пациентов, получавших тенофовир, значительно чаще, чем у пациентов, находившихся на комбинированной терапии (бустированные атазанавир или лопиновир). Докладчик представил результаты исследования K. Wever и соавт., в котором была проанализирована динамика показателей функции почек после отмены тенофовира. В исследовании были включены 24 ВИЧ-позитивных пациента, которым тенофовир был отменен из-за нефротоксичности⁹. В среднем уровень СКФ снизился с 74 мл/мин/1,73м² до начала лечения тенофовиром до 51 мл/мин/1,73м² в момент отмены препарата. В среднем через 13 месяцев после отмены тенофовира уровень СКФ возрос

до 58 мл/мин/1,73м², а до исходного уровня восстановился у 42% пациентов. При этом более высокие показатели восстановления уровня СКФ наблюдались у пациентов, получавших тенофовир более продолжительное время, а также у пациентов, принимавших тенофовир в комбинации с ингибитором протеазы. Эти данные следует учитывать при подборе индивидуальных схем АРВ-терапии.

В связи с увеличением возраста и продолжительности жизни ВИЧ-инфицированных пациентов проблема поражения почек у них становится все более актуальной. Учитывая, что особенностью большинства заболеваний почек является бессимптомное начало, необходимо, следуя последним рекомендациям EACS (European AIDS Clinical Society), проводить больным ВИЧ-инфекцией каждые 3–6 месяцев мониторинг уровня СКФ и ежегодно определять соотношение белка мочи к креатинину¹⁰. Д-р П. Меллон сформулировал следующие выводы:

- нарушение функции почек нередко встречается у пациентов с ВИЧ-инфекцией;
- продвинутые стадии заболевания почек встречаются редко, однако риск их развития с возрастом увеличивается;
- диабет и артериальная гипертензия – важные клинические предикторы прогрессирования заболевания почек до стадии ХБП и терминальной стадии почечной недостаточности;
- при развитии ХБП врачи, как правило, меняют схему АРВ-терапии, исключая потенциально нефротоксичные препараты;
- на сегодняшний день не выявлено связи между концентрацией атазанавира в плазме крови и развитием ХБП или терминальной стадии почечной недостаточности. ☺

⁸ Ryom L., Mocroft A., Kirk O. et al. Exposure to Antiretrovirals (ARVs) and Risk of Renal Impairment among HIV-positive Persons with Normal Baseline Renal Function: the D:A:D study // J. Infect. Dis. 2013. Vol. 207. № 9. P. 1359–1369.

⁹ Wever K., van Agtmael M.A., Carr A. Incomplete reversibility of tenofovir-related renal toxicity in HIV-infected men // J. Acquir. Immune Defic. Syndr. 2010. Vol. 55. № 1. P. 78–81.

¹⁰ <http://www.europeanaidscinicalsociety.org/images/stories/EACS-Pdf/EacsGuidelines-v6.1-2edition.pdf>.



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
имени И.М. СЕЧЕНОВА

КАФЕДРА КОЖНЫХ И ВЕНЕРИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ имени В.А. РАХМАНОВА



XXXI Научно-практическая конференция с международным участием, посвященная памяти члена-корреспондента АМН СССР, заслуженного деятеля науки, профессора Виктора Александровича Рахманова

«РАХМАНОВСКИЕ ЧТЕНИЯ: ИММУНОЗАВИСИМЫЕ ДЕРМАТОЗЫ»

и специализированная выставка

«ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ:
ДИАГНОСТИКА И ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ»

24 января 2014 г.

Цель: обмен научно-практическим опытом, знакомство с новыми передовыми достижениями в диагностике, лечении, реабилитации пациентов с кожными и венерическими болезнями, повышение эффективности лечебных мероприятий, улучшение качества жизни пациентов, налаживание междисциплинарных контактов специалистов.

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Сопредседатель организационного комитета конференции:
заведующая кафедрой кожных и венерических болезней имени В.А. Рахманова,
профессор Олисова Ольга Юрьевна,
тел. +7 (916) 514 51 90

Ответственный секретарь организационного комитета конференции:
профессор кафедры кожных и венерических болезней имени В.А. Рахманова
Кочергин Николай Георгиевич,
тел. +7 (916) 171 69 29; e-mail: nkocha@yandex.ru

Организация участия в специализированной выставке
«ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ»:
Егорова Тамара Александровна,
тел. +7 (906) 069 66 29, тел./факс: (499) 248-50-16; e-mail: ta.egorova@mma.ru

МЕСТО И АДРЕС ПРОВЕДЕНИЯ

Гостиничный комплекс «ЗОЛОТОЕ КОЛЬЦО» г. Москва, ул. Смоленская, д. 5 (проезд до станции м. «Смоленская»)

Подробная информация о тематических направлениях работы конференции представлена на сайтах: <http://www.mma.ru> и <http://www.dermatology.ru>

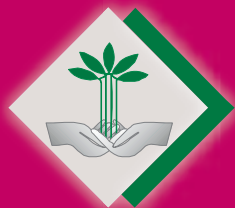


МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
«Человек и его здоровье»

План конференций и выставок на первое полугодие 2014 года

ДАТА	МЕРОПРИЯТИЕ	ОРГАНИЗАТОРЫ	МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ
27–28 февраля	VII Российская конференция «ГЛАУКОМА: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА»	<ul style="list-style-type: none">■ Комитет по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга■ Российское глаукомное общество■ МОО «Ассоциация врачей-офтальмологов»■ СЗГМУ им. И.И. Мечникова■ МОО «Человек и его здоровье»	Санкт-Петербург, отель «Парк Инн Пулковская» (пл. Победы, д. 1)
15–18 апреля	XIII Всероссийская научно-практическая конференция «ПОЛЕНОВСКИЕ ЧТЕНИЯ» с обучающим курсом WFNS	<ul style="list-style-type: none">■ РНХИ им. проф. А.Л. Поленова■ ВмедА им. С.М. Кирова■ СЗГМУ им. И.И. Мечникова■ Ассоциация нейрохирургов России■ МОО «Человек и его здоровье»	Санкт-Петербург, отель «Парк Инн Прибалтийская» (ул. Кораблестроителей, д. 14)
28–30 апреля	Международная научно-практическая конференция «ТОРАКАЛЬНАЯ РАДИОЛОГИЯ»	<ul style="list-style-type: none">■ Минздрав России■ Медицинская академия последипломного образования■ Российское общество торакальных радиологов■ Санкт-Петербургское радиологическое общество■ МОО «Человек и его здоровье»	Москва, отель «Рэдиссон САС Славянская» (пл. Европы, д. 3)
11–18 мая	Международный образовательный проект Всероссийской Гильдии протезистов-ортопедов с посещением профильных учреждений и выставки «OTWorld»	<ul style="list-style-type: none">■ ВОО «Гильдия протезистов-ортопедов»■ Российское отделение ISPO■ МОО «Человек и его здоровье»	Германия, Лейпциг
19–23 мая	14-й Конгресс Ассоциации франкоязычных ортопедов (AOLF)	<ul style="list-style-type: none">■ Российская группа Ассоциации франкоязычных ортопедов■ Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» имени академика Г.А. Илизарова■ МОО «Человек и его здоровье»	Санкт-Петербург, отель «Парк Инн Пулковская» (пл. Победы, 1)
28–31 мая	Научно-практическая конференция с международным участием «Женщина и ВИЧ», посвященная 135-летию Республиканской клинической инфекционной больницы	<ul style="list-style-type: none">■ Научно-практический центр профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у беременных женщин и детей Республиканской клинической инфекционной больницы■ Правительство Санкт-Петербурга■ Комитет по здравоохранению Ленинградской области	Санкт-Петербург, отель «Парк Инн Пулковская» (пл. Победы, 1)
5–6 июня	Обучающий курс EASL «Белые ночи гепатологии – 2014»	<ul style="list-style-type: none">■ Международная ассоциация EASL■ МОО «Человек и его здоровье»	Санкт-Петербург, отель «Парк Инн Пулковская» (пл. Победы, 1)

**ВО ВРЕМЯ МЕРОПРИЯТИЙ БУДУТ ОРГАНИЗОВАНЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ ВЫСТАВКИ.
ПРИГЛАШАЕМ КОМПАНИИ К УЧАСТИЮ!**



XXI РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС «ЧЕЛОВЕК И ЛЕКАРСТВО»

7–11 апреля 2014 года • Москва

ОСНОВНЫЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНГРЕССА:

▪ Мораль современного врачебного сообщества. Врачебные ошибки. Этика, деонтология ▪ Современная стратегия Министерства здравоохранения России по диспансеризации населения и профилактике заболеваемости ▪ Трансляционная медицина: внедрение достижений фундаментальных исследований в клиническую практику ▪ Клинические рекомендации научно-практических медицинских сообществ России по наиболее распространенным заболеваниям человека ▪ Неотложные состояния в клинике внутренних болезней. Высокие медицинские технологии диагностики и лечения ▪ Клинический диагноз с позиции врача-генетика. Рекомендации по профилактике генетических заболеваний ▪ Редкие болезни. Особенности диагностики и лечения ▪ Современные методы диагностики и терапии инфекционных заболеваний ▪ Репродуктивное здоровье: проблемы, достижения и перспективы ▪ Рациональная фармакотерапия хронических заболеваний у детей. Здоровье детей, рожденных в результате ЭКО ▪ Терапия депрессивных расстройств в общемедицинской практике ▪ Расстройства аутистического спектра: междисциплинарный подход к оказанию медицинской помощи

Организационные формы: пленарные доклады, актовые лекции, пленумы, конференции, телеконференции, научные симпозиумы, дискуссии, совещания, деловые встречи, клинические разборы, лекции для практикующих врачей, образовательные семинары, школы для практикующих врачей, конкурсы научных работ молодых ученых, конкурс студенческих научных работ

ШКОЛЫ ДЛЯ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ:

- Кардиология (аритмии)
- Кардиология (актуальные вопросы)
- Гастроэнтерология
- Внутренние болезни
- Дерматовенерология
- Инфекционные болезни
- Провизор
- Клиническая фармакология
- Психиатрия
- Педиатрия (гастроэнтерология)
- Педиатрия (догопитальная помощь)
- Педиатрия (кардиология)
- Педиатрия (антибактериальная терапия)
- Педиатрия (скорая и неотложная помощь)

КОНКУРСЫ НАУЧНЫХ РАБОТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ:

- Кардиология
- Внутренние болезни
- Гастроэнтерология
- Клиническая фармакология

КОНКУРС СТУДЕНЧЕСКИХ НАУЧНЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ:

- «Новое в фармакотерапии основных заболеваний человека»

В рамках конгресса проходит выставка современных лекарственных средств, новых информационных технологий, изделий медицинского назначения и специализированных изданий

К конгрессу готовится *Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (XV выпуск)*

ПРИЕМ ДОКУМЕНТОВ	Дата начала	Дата окончания
Заявки на симпозиум, телеконференцию, семинар, дискуссию, лекцию (доклад) и проч.	01.09.13	27.12.13
Тезисы с подтверждением факта оплаты за публикацию	01.09.13	16.12.13
Конкурсные работы	01.09.13	19.01.14
Регистрационные карты	01.09.13	01.04.14
Заявки на участие в выставке	01.09.13	07.03.14

КОНТАКТЫ:

Тел./факс: (499) 267-50-04, (499) 261-22-09 (секретарь)

Тел.: (495) 785-62-72 (научная программа), (495) 785-62-71 (выставка и реклама)

E-mail: publish@medlife.ru (тезисы)

reg@medlife.ru (регистрационные карты)

trud@medlife.ru (заявки на участие в научной программе, конкурсные работы)

stend@medlife.ru (заявки на участие в выставке)

Официальный сайт конгресса: <http://www.medlife.ru>

Адрес для переписки: 109153, Москва, а/я № 52. Секретариат оргкомитета конгресса «Человек и лекарство»

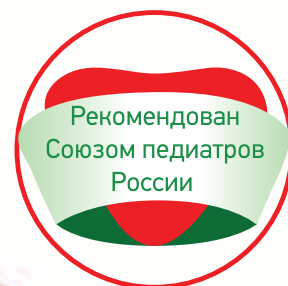
МАКМИРОР®

таблетки 200 мг

нифурател

Высокая эффективность в лечении пациентов с лямблиозом без побочных эффектов при сохранении нормальной флоры кишечника

- ✓ Обеспечивает высокую эффективность 97-100% в лечении лямблиоза¹
- ✓ Повышает эффективность схем терапии язвенной болезни до 92-96% благодаря низкой резистентности *H.pylori* к нифурателу²
- ✓ Обладает высокой эффективностью в элиминации условно-патогенной и патогенной флоры кишечника³
- ✓ Стимулирует рост лактобактерий и бифидобактерий⁴
- ✓ Без аллергических реакций и токсического воздействия на печень^{1,3,4}



БАКТЕРИИ

- *Helicobacter pylori*
- Грамотрицательные
 - *E. coli*, *Shigella spp.*, *Salmonella spp.*, *Proteus spp.*, *Klebsiella spp.*
- Грамположительные
 - *Staphylococcus spp.*, *Streptococcus spp.*

ПРОСТЕЙШИЕ

- *Lamblia intestinalis*
- *Trichomonas vaginalis*
- *Entamoeba histolytica*

ПАТОГЕННЫЕ ГРИБЫ

- *Candida albicans*
- *Microsporum spp.*
- *Trichophyton spp.*

1. Конаныхина С.Ю. и др., Эффективность и перспективы применения нифуратела в терапии лямблиоза у детей, Вопросы современной педиатрии, 2005, т.4, №5
2. Щербаков П.Л., 2002, VII Конгресс Педиатров РФ
3. Горелов А.В. И др., Макмирор в лечении острых кишечных инфекций у детей, Инфекционные болезни, 2006, т.4, №2
4. Конаныхина С.Ю. и др., Эффективность применения нифуратела при лечении дисбактериоза у детей, Вопросы практической педиатрии, 2006, т.1, №4

