

Э Ф Ф Е К Т И В Н А Я

ФАРМАКОТЕРАПИЯ

педиатрия №2, 2016



№

21

Осельтамивир
в лечении
и профилактике гриппа

18

Роль вакцинации
в снижении частоты
и тяжести острых
респираторных
заболеваний

22

Питание детей
раннего возраста:
отечественные
и зарубежные
рекомендации

32



umedp.ru

Свежие выпуски
и архив журнала



ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА 13-14 / 10 / 2016

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ, ОТЕЛЬ "ПАРК ИНН BY RADISSON ПУЛКОВСКАЯ"

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Северо-Западное отделение медицинских наук
Федеральное медико-биологическое агентство
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт детских инфекций»
Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга
Ассоциация врачей-инфекционистов Санкт-Петербурга и Ленинградской области
Санкт-Петербургская научная общественная организация «Центр изучения клещевых, новых и возвращающихся инфекций»
Общественная организация «Человек и его здоровье»

НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

Вопросы эпидемиологии и социальной значимости инфекционных болезней в педиатрии
Организация медицинской помощи при инфекционных болезнях у детей
Нейроинфекции
Вирусные инфекции
Бактериальные инфекции
Паразитарные болезни
Микозы
Госпитальная инфекция
Проблема резистентности возбудителей и рациональная антимикробная химиотерапия
Врожденные инфекции
Профилактика инфекционных заболеваний у детей

ВАЖНАЯ ДАТА

Предварительная регистрация - до 1 октября 2016 г.

В ПЕРИОД ПРОВЕДЕНИЯ КОНГРЕССА БУДЕТ ОРГАНИЗОВАНА ВЫСТАВКА
СОВРЕМЕННЫХ ОБРАЗЦОВ МЕДИЦИНСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ И ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ



«ЧЕЛОВЕК И ЕГО ЗДОРОВЬЕ»
www.congress-ph.ru
welcome@congress-ph.ru

Тел./факс: (812)380-31-52
(812)380-31-53
(812)380-31-54



XV РОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС "ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ"

с международным участием

25–27 октября 2016 года, Москва,

гостиничный комплекс "КОСМОС"
проспект Мира, 150

www.congress2016.pedklin.ru

ОРГАНИЗАТОРЫ:

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ им. Н.И. ПИРОГОВА**

**НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ПЕДИАТРИИ
им. академика Ю.Е. ВЕЛЬТИЩЕВА**

**НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ХИРУРГИИ ДЕТСКОГО
ВОЗРАСТА**

РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКИХ ЦЕНТРОВ

АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ КАРДИОЛОГОВ РОССИИ

ТВОРЧЕСКОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ ДЕТСКИХ НЕФРОЛОГОВ

НАЦИОНАЛЬНАЯ ПЕДИАТРИЧЕСКАЯ АКАДЕМИЯ НАУКИ И ИННОВАЦИЙ

РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ

НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ ДИЕТОЛОГОВ И НУТРИЦИОЛОГОВ

ОБЩЕСТВО ДЕТСКИХ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОВ

СОЮЗ ДЕТСКИХ АЛЛЕРГОЛОГОВ

РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ЛОР-ПЕДИАТРОВ

**РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ**

**МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ПИТАНИЯ РАМН

125412, г. Москва, ул. Талдомская, д. 2,

Научно-исследовательский клинический институт педиатрии

им. академика Ю.Е. Вельтищева

Оргкомитет конгресса "Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии"

Тел.: +7 (499) 487-05-69, моб. +7 (926) 525-16-82

Факс: +7 (495) 484-58-02

E-mail: congress@pedklin.ru



КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ДЕТСКОЙ АЛЛЕРГОЛОГИИ И ИММУНОЛОГИИ ДЛЯ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ

18–19 НОЯБРЯ 2016 ГОДА



*Ассоциация детских аллергологов
и иммунологов России приглашает:*

- педиатров и аллергологов-иммунологов;
- детских дерматологов;
- детских пульмонологов;
- детских оториноларингологов;
- а также всех специалистов, работающих в смежных областях

*принять участие в работе V конференции по детской
аллергологии и иммунологии для практикующих врачей*

г. Москва

По вопросам участия в программе и выставке конференции
обращаться в оргкомитет: тел. (495) 518-31-09

Информация о конференции в интернете на сайте www.adair.ru

Электронная почта: adair@adair.ru

Эффективная
фармакотерапия. 21/2016
Педиатрия. № 2

ISSN 2307-3586

Главный редактор

член-корр. РАН, 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. В.В. ЗАХАРОВ

докт. мед. наук, проф. И.Н. ЗАХАРОВА

докт. мед. наук И.А. ЛОСКУТОВ

докт. мед. наук, проф. Л.В. ЛУСС

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. В.Н. ПРИЛЕПСКАЯ

докт. мед. наук В.Р. ХАЙРУТДИНОВ

докт. мед. наук, проф. Д.Ф. ХРИТИНИН

докт. мед. наук, проф. Е.И. ШМЕЛЕВ

Научный редактор направления

«Педиатрия»

докт. мед. наук, проф. И.Н. ЗАХАРОВА

Редакционный совет направления

«Педиатрия»

М.Р. БОГОМИЛЬСКИЙ, Н.А. ГЕППЕ,

О.В. ЗАЙЦЕВА, Е.П. КАРПОВА,

И.Я. КОНЬ, А.Г. РУМЯНЦЕВ

© Агентство медицинской информации «Медфорум»
127422, Москва, ул. Тимирязевская,
д. 1, стр. 3. Тел. (495) 234-07-34

Генеральный директор

А. СЕНИЧКИН

Руководитель проекта

«Педиатрия»

В. ЛОПАТКИНА

(v.lopatkina@medforum-agency.ru)

Шеф-редактор Т. ЧЕМЕРИС

Журналисты А. ГОРЧАКОВА, С. ЕВСТАФЬЕВА

Корректор Е. САМОЙЛОВА

Дизайнер Т. АФОНЬКИН

Фотосъемка И. ЛУКЬЯНЕНКО

Отпечатано в типографии ООО «Юнион Принт»

Тираж 17 500 экз.

Выходит 6 раз в год

Свидетельство о регистрации СМИ

ПИ № ФС77-23066 от 27.09.2005

Подписной индекс

по каталогу «Роспечать» (НТИ) 57946

Бесплатная подписка на электронную версию журнала
на сайте www.umedp.ru

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.umedp.ru

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

Содержание

Люди. События. Даты

Здоровье детей – главная забота педиатров-инфекционистов 6

Клинические исследования

А.В. ГОРЕЛОВ, Е.Е. ЦЕЛИПАНОВА, И.Л. АЛИМОВА
Применение препарата Генферон® лайт у детей разного возраста с ОРВИ 12

Лекции для врачей

Т.А. РУЖЕНЦОВА
Выбор оптимального препарата для лечения больных гриппом 18

В помощь практическому врачу

Т.А. ЧЕБОТАРЕВА, Т.И. РЫЧКОВА
Эффективность форсифицированного способа профилактики гриппа
и острых респираторных инфекций у детей с бронхиальной астмой 22

Обзор

Н.В. КОЛЕСНИКОВА, Т.М. АНДРОНОВА
Клинико-иммунологическая эффективность и целесообразность
использования иммунотропной терапии при герпетической инфекции у детей 26

Медицинский форум

Питание детей раннего возраста. Все ли мы делаем правильно? 32

ISSN 2307-3586

Editor-in-Chief

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

Executive Editor

I.S. BAZIN, MD, DMSci

Editorial Board

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

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

V.R. KHAYRUTDINOV, MD, DMSci

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

I.A. LOSKUTOV, MD, DMSci

L.V. LUSS, MD, DMSci, Prof.

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

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

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

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

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

V.V. ZAKHAROV, MD, DMSci, Prof.

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

Scientific Editor for Pediatrics

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

Editorial Council

M.R. BOGOMILSKY,

N.A. GEPPE,

Ye.P. KARPOVA,

I.Ya. KON,

A.G. RUMYANTSEV,

O.V. ZAYTSEVA

© **Medforum Medical Information Agency**

1/3 Timiryazevskaya Street Moscow,

127422 Russian Federation

Phone: 7-495-2340734

www.medforum-agency.ru

General Manager

A. SINICHKIN

Advertising Manager

V. LOPATKINA

v.lopatkina@medforum-agency.ru

Contents

People. Events. Date

Health of Children – the Main Concern for Pediatric Infectiologists 6

Clinical Studies

A.V. GORELOV, Ye.Ye. TSELIPANOVA, I.L. ALIMOVA
Use of Genferon® Lite in Children of Various Age with ARVIs 12

Clinical Lectures

T.A. RUZHENTSOVA
Selection of Optimal Drug for Treatment of Patients with Influenza 18

Help to a Practitioner

T.A. CHEBOTAREVA, T.I. RYCHKOVA
Efficacy of a Fortified Approach for Preventing Influenza and Acute Respiratory
Infections in Children with Bronchial Asthma 22

Review

N.V. KOLESNIKOVA, T.M. ANDRONOVA
Clinical and Immunological Efficacy and Rationale
for Using Immunotropic Therapy in Herpes Infection in Children 26

Medical Forum

Nutrition of Young Children. Are We Doing Everything Right? 32



МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ СЪЕЗД ПЕДИАТРОВ

8–10 ноября 2016 года

ТРУДНЫЙ ДИАГНОЗ В ПЕДИАТРИИ Преодолевая барьеры. Мультидисциплинарный подход

Организаторы:

- правительство г. Москвы
- департамент здравоохранения г. Москвы
- ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница ДЗМ»

В рамках съезда пройдет представление педиатрических лечебно-профилактических учреждений:

- детских больниц (стационаров)
- детских поликлиник
- диспансеров
- детских отделений родильных домов
- детских санаториев

Основные темы научной программы:

Модернизация здравоохранения 2011–2014 гг. – достижения и перспективы. Новые возможности специализированной медицинской помощи детям и подросткам Москвы

Персонализированная помощь детям с хроническими, орфанными и другими редкими заболеваниями:

- ревматологические заболевания
- нарушение фосфорно-кальциевого обмена у детей
- метаболические заболевания у детей
- орфанные и другие редкие заболевания в педиатрии
- задержка физического развития у детей
- заболевания легких у детей и подростков
- клиническое значение пропедевтических основ детской кардиологии в работе педиатра
- медико-социальная экспертиза при хронических заболеваниях у детей
- трудный диагноз в педиатрии
- перинатальная специализированная помощь
- репродуктивное здоровье детей и подростков
- патология желудочно-кишечного тракта у детей
- паллиативная медицинская помощь детям и подросткам

Место проведения: конгресс-парк гостиницы «Украина», Москва, Кутузовский проспект, 2/1, стр. 1

Подробности на сайте: www.pediatr-mos.ru

Технический организатор

Организационно-технические вопросы,
участие в выставочной экспозиции

KST ООО «КСТ Интерфорум»
Москва, ул. Профсоюзная, 57
Тел./факс: +7 (495) 722-64-20, +7 (495) 518-26-70,
электронная почта: mail@interforum.pro

Научный комитет

По вопросам участия в научной программе –
Петрайкина Елена Ефимовна
Москва, 4-й Добрынинский переулок, д. 1/9,
административный корпус, кабинет 3
Тел. +7 (903) 170-23-69,
электронная почта: lepet_morozko@mail.ru



Здоровье детей – главная забота педиатров-инфекционистов

Кафедра инфекционных заболеваний у детей, которая в настоящее время носит имя ее основателя, профессора М.Г. Данилевича, была организована в 1930 г. Как и 85 лет назад, сегодня основными научными направлениями остаются эпидемиология и медико-социальная значимость инфекционных болезней в педиатрии, изучение их клинико-иммунологических особенностей у детей различного возраста, внедрение в практическое здравоохранение высокотехнологичных методов диагностики, оптимизация и разработка схем терапии с использованием новых лекарственных средств.

В нашей стране в структуре детской заболеваемости лидирующие позиции занимают инфекции. Поэтому главной задачей деятельности кафедры инфекционных заболеваний у детей Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета (СПбГПМУ) с момента ее образования является обучение будущих педиатров диагностике и лечению инфекционных болезней у детей различного возраста, а также подготовка специалистов в области инфекционной патологии как для амбулаторно-поликлинического звена, так и высококвалифицированной стационарной помощи^{1,2}. Кафедра инфекционных заболеваний у детей была сформирована в 1930 г. на базе инфекционно-профилактического отделения Ленинградского научно-практического института охраны материнства и младенчества. Основным направлением деятельности этого отделения была разработка мероприятий для профилактики внутрибольничных инфекций, а также инфекционных болезней в организованных детских коллективах. Создателем и руководителем инфекционно-профилактического отделения стал Михаил Георгиевич

ДАНИЛЕВИЧ, который и возглавил первую самостоятельную кафедру детских инфекций в России. С 1925 г. основной базой для клинической и научно-исследовательской работы стала Василеостровская детская инфекционная больница, где впервые были созданы специализированные отделения, опыт работы которых перенимали врачи всей России. Здесь же проводилась практическая подготовка педиатров – первичная специализация по детским инфекционным болезням и усовершенствование по различным разделам детской инфекционной патологии. Интенсивные научные исследования кафедры велись по трем направлениям: изучение этиологии и эпидемиологии детских инфекционных заболеваний, клинические проблемы и разработка профилактических мероприятий. В своих работах сотрудники кафедры освещали этиологическую и эпидемиологическую роль стрептококка, эпидемическое значение носительства инфекционных агентов, рассматривали патогенез и механизмы защиты при инфекционных заболеваниях (скарлатина, дифтерия, коклюш), анализировали методы специфического лечения и профилактики.

Так, понимая перспективность серопротекции кори, сотрудники кафедры наладили процесс изготовления сыворотки из крови реконвалесцентом и сами вводили ее контактными детям. Особое внимание уделялось изучению кишечных инфекций, в частности распространенной в те годы бактериальной дизентерии. По результатам исследований были разработаны конкретные мероприятия, внедрение которых в практику здравоохранения позволило значительно снизить частоту осложнений и летальность от инфекционных болезней среди детей. В 1932 г. кафедра включилась в подготовку врачей-педиатров со студенческой скамьи на базе медицинского учебного заведения, получившего в 1935 г. название Ленинградского педиатрического медицинского института. Сотрудники кафедры начали разработку программ преподавания курса детских инфекций студентам. В то же время началась подготовка научных кадров в области детских инфекций – активно функционировало студенческое научное общество, выпускники института продолжали обучение в аспирантуре. Важнейшим событием в жизни кафедры стало строительство и от-

¹ Тимченко В.Н., Микиртчан Г.Л., Головина Н.М. Страницы истории кафедры детских инфекций от истока до 70-летия. СПб., 2000.

² Тимченко В.Н., Микиртчан Г.Л., Чернова Т.М. Становление и развитие первой в России кафедры инфекционных заболеваний у детей // Журнал инфектологии. 2010. Т. 2. № 2. С. 67–72.



Кафедре инфекционных заболеваний у детей им. профессора М.Г. Данилевича СПбГПМУ – 85 лет



М.Г. Данилевич (возглавлял кафедру с 1930 по 1956 г.)



А.Т. Кузьмичева (возглавляла кафедру с 1956 по 1973 г.)



Г.А. Тимофеева (возглавляла кафедру с 1973 по 1984 г.)

крытие на территории института в 1935–1936 гг. инфекционной клиники, в разработке проекта которой принимал участие М.Г. Данилевич. Клинические исследования, проводимые на базе инфекционной и карантинной клиник, включали изучение возрастных особенностей течения инфекционных процессов, вопросов диагностики и специфического лечения. В частности, были разработаны методы специфического лечения скарлатины и коклюша, а работы по профилактике кори легли в основу комплекса современных противоэпидемических мероприятий при данной инфекции. Главным направлением оставалось изучение проблемы внутрибольничного инфицирования детей и создание системы мероприятий для его предотвращения. Профессором М.Г. Данилевичем было создано принципиально новое учение о перекрестной инфекции, а разработанная им система профилактики до настоящего времени является основой организации противоэпидемической работы в стационарах. Возглавив первую в стране специализированную кафедру, М.Г. Данилевич способствовал выделению учения о детских инфекционных болезнях в самостоятельную отрасль медицины. Он сформулировал научно-исследовательскую программу, содержа-

щую фундаментальные направления научной работы кафедры, которые сохраняются и сегодня. Важнейшее из них – комплексное изучение инфекционных болезней у детей и разработка научно обоснованных подходов к оценке возрастных особенностей патогенеза, клинических симптомов, осложнений, лечения и профилактики детских инфекций. В годы Великой Отечественной войны работа на кафедре и в инфекционных клиниках не остановилась. Сотрудники организовали курсы по инфекционным болезням, специальные бригады врачей и медсестер поддерживали противоэпидемический режим в бомбоубежищах, в полном объеме проводилась профилактика натуральной оспы, туберкулеза, дифтерии, желудочно-кишечных инфекций. В эти трудные годы сотрудники кафедры и клиники находились на казарменном положении. Приходилось самим отапливать палаты и боксы, тушить на крыше «зажигалки», эвакуировать больных детей в подвалы. Большую помощь оказывали дежурные команды студентов. Многих детей спасло организованное при клинике подсобное хозяйство. Особенности блокадного времени отразились на клинических проявлениях инфекционных болезней у детей. Основными причинами

смерти были тяжелые формы дистрофии и авитаминозов. У 70% больных отмечались осложнения в виде пролежней, язвенных стоматитов, сливных пневмоний. Итогом научных изысканий кафедры в годы войны стала докторская диссертация В.Н. Офицера «О влиянии алиментарной дистрофии на течение острых инфекционных болезней у детей». В послевоенные годы штат кафедры детских инфекций пополнился бывшими членами студенческого научного общества, клиническими ординаторами и аспирантами. Кафедра и клиника детских инфекций стали центром научно-исследовательской, учебной, лечебной и противоэпидемической работы в Ленинграде по проблеме детских инфекций. М.Г. Данилевич – крупный ученый, талантливый клиницист, замечательный человек, превосходный преподаватель. Он возглавлял кафедру 26 лет. За это время было опубликовано свыше 200 научных работ, из них четыре учебника, восемь монографий, шесть сборников научных трудов, защищены три докторские и 36 кандидатских диссертаций. В 1956 г., после смерти профессора М.Г. Данилевича, кафедру возглавила его ученица Антонина Трофимовна КУЗЬМИЧЕВА. Под ее руководством было продолжено

медиа-аудитория

Кафедре инфекционных заболеваний у детей
им. профессора М.Г. Данилевича СПбГМУ – 85 лет

А.С. Мартынкин (возглавлял кафедру с 1985 по 1997 г.)

изучение проблем, заложенных в научную программу кафедры, расширились комплексные исследования. В те годы внимание уделялось клинко-лабораторной характеристике и разработке дифференциально-диагностических критериев острых кишечных инфекций у детей различного возраста. В многочисленных работах сотрудников кафедры показано, что в условиях широкого применения антибактериальных препаратов произошла смена ведущего фактора внутрибольничного инфицирования, а скарлатина как основная форма стрептококковой инфекции стала протекать значительно легче. Результатом этих исследований были разработка и внедрение рекомендаций по профилактике и совершенствованию терапии внутрибольничной стафилококковой инфекции, рекомендации по ведению больных скарлатиной в домашних условиях, издание сборника для практических врачей «Стрептококковая и стафилококковая инфекция».

Осуществлялась активная работа по изучению вирусных гепатитов: подробно описана клиника заболевания у детей различных возрастных групп, разработаны критерии тяжести и диагностики. Благодаря катamnестическому наблюдению обоснована необходимость диспансеризации



В.Н. Тимченко (возглавляет кафедру с июня 1997 г.)

реконвалесцентом вирусных гепатитов.

Результаты фундаментальных исследований, посвященных течению и активной профилактике кори и коклюша, легли в основу современного календаря профилактических прививок, а изучение поствакцинальных осложнений при прививках против натуральной оспы у детей сыграло важную роль в ликвидации этой инфекции. Особого внимания заслуживает впервые проведенное на кафедре комплексное исследование псевдотуберкулеза у детей вместе со специалистами Военно-медицинской академии и противочумной станции.

Коллектив под руководством А.Т. Кузьмичевой занимал одно из ведущих мест среди выпускающих кафедр. В целях совершенствования знаний и практической подготовки субординаторов введен цикл занятий по детским инфекциям на базе детских поликлиник города. Будущие врачи стали осваивать возможности лечения, диагностики, профилактики и особенности ведения больных в амбулаторных условиях. Началась подготовка иностранных студентов по тропической медицине. Преподавателями кафедры созданы первые в стране учебные планы по дисциплине «Инфекционные болезни у детей» и програм-

мы первичной специализации для педиатров-интернов, изданы многочисленные учебные пособия. В 1969 г. на кафедре был организован цикл факультета повышения квалификации для преподавателей медицинских вузов страны, что способствовало унификации методик обучения студентов, внедрению результатов научно-исследовательской работы, обмену опытом.

Многолетняя работа кафедры под руководством А.Т. Кузьмичевой отражена в выступлениях на конференциях и съездах детских врачей, публикациях. В частности, изданы учебник по детским инфекциям, пять сборников научных трудов, защищены три докторские и 20 кандидатских диссертаций.

С 1973 г. на протяжении 13 лет кафедрой руководила Галина Александровна ТИМОФЕЕВА. Многоплановые исследования того периода были направлены на изучение сочетанных бактериальных и вирусно-бактериальных инфекций, которые легли в основу учения о сочетанных инфекциях. Особое внимание уделялось возрастным особенностям инфекционной патологии, началось изучение неспецифической реактивности и гормональных сдвигов при разных формах инфекций у детей. Полученные результаты позволили усовершенствовать лечебные и профилактические мероприятия, резко снизить летальность и количество осложнений, организовать работу диагностических отделений.

Приоритетными стали определение механизмов и путей инфицирования при вирусных гепатитах, особенно у новорожденных, выявление клинко-лабораторных параллелей, изучение осложнений и разработка схем терапии гепатитов у детей различного возраста.

Большое внимание уделялось особенностям клинической картины, диагностике, дифференциальной диагностике и лечению респираторных инфекций у детей раннего возраста. В исследованиях показано, что острые респираторные



Кафедре инфекционных заболеваний у детей им. профессора М.Г. Данилевича СПбГПМУ – 85 лет

инфекции в этом возрасте, как правило, имеют сочетанную вирусно-бактериальную (преимущественно вирусно-стафилококковую) этиологию. Благодаря научно-исследовательской работе сотрудников в патогенетической терапии коклюша начали использовать седуксен, что позволило избежать нежелательных эффектов аминазина. Началась большая работа по изучению патогенеза и клиники сочетанных, затяжных и хронических форм кишечных инфекций у детей различного возраста, совершенствованию этиопатогенетической терапии. Материалы по интенсивной терапии острых кишечных инфекций экспонировались как стендовая литература на ВДНХ в Москве. В этот период расширялась не только клиническая база для улучшения клинической подготовки будущих врачей, но и научная тематика кафедры. Совместно с научно-исследовательским институтом детских инфекций изучались клинические формы и последствия эпидемического паротита, разрабатывались схемы противовирусной терапии. Результаты работы кафедры в эти годы отражены в многочисленных методических рекомендациях для студентов и практических врачей, публикациях в периодической печати, пяти сборниках научных трудов кафедры, четырех монографиях («Инфекционные заболевания детей первого года жизни», «Острые кишечные инфекции у детей», «Стафилококковая инфекция у детей», «Инфекционные экзантемы у детей»). Под руководством профессора Г.А. Тимофеевой защищены три докторские и 18 кандидатских диссертаций. В 1985–1997 гг. кафедру возглавлял доцент Анатолий Степанович МАРТЫНКИН. В тот период научные исследования со-

трудников кафедры были направлены на разработку и совершенствование методов диагностики, дифференциальной диагностики и катamnестического наблюдения за реконвалесцентами инфекционных заболеваний. Кафедра стала городским научно-методическим центром по изучению инфекционного мононуклеоза, псевдотуберкулеза и стрептококковой инфекции у детей. В связи с эпидемическим подъемом заболеваемости дифтерией в начале 1990-х гг. сотрудники кафедры и клиники срочно разработали дифференциально-диагностические критерии дифтерии, ангины и инфекционного мононуклеоза. Под руководством А.С. Мартынкина проводилось углубленное изучение патогенетических аспектов острых стенозов гортани при острых респираторных вирусных инфекциях, сформулированы клиничко-лабораторные критерии степеней стеноза, определены иммунологические и генетические факторы, предрасполагающие к формированию респираторных аллергозов и развитию рецидивирующих форм стенозов, изменена лечебная тактика – перешли на ингаляционный способ введения лекарственных препаратов. Результаты работ по изучению состояния иммунной и эндокринной систем при эпидемическом паротите и коклюше, катamnестического наблюдения реконвалесцентов позволили разработать схемы диспансерного наблюдения и программы реабилитации детей, перенесших эти инфекции. Кафедра продолжала поддерживать тесную связь с практическим здравоохранением. Доцент кафедры В.Г. Саргаева много лет работала в должности главного детского инфекциониста Ленинграда. Сотрудники кафедры оказывали консультативную помощь при лечении

тяжелых и неясных больных в различных стационарах города, читали лекции для врачей разных специальностей. По заданию Министерства здравоохранения РСФСР и детского фонда сотрудники кафедры выезжали в командировки для чтения лекций и выполнения практической работы в Киргизию, Дагестан и Узбекистан.

Работа кафедры в эти годы отражена в многочисленных публикациях, методических пособиях для студентов, рекомендациях для врачей, сборниках научных трудов. Получено восемь авторских свидетельств о рационализаторских предложениях (два из них всесоюзного значения), защищены одна докторская и 15 кандидатских диссертаций.

С 1997 г. кафедрой руководит профессор Владимир Николаевич ТИМЧЕНКО. Под его руководством сотрудники кафедры инфекционных заболеваний у детей успешно продолжают исследования своих учителей, которые отличались широтой интересов и глубиной знания проблемы. В настоящее время основными научными направлениями являются эпидемиология и медико-социальная значимость инфекционных болезней в педиатрии, изучение клиничко-иммунологических особенностей инфекционных болезней у детей различного возраста, особенности течения инфекционных заболеваний у детей с перинатальной ВИЧ-инфекцией, внедрение в практическое здравоохранение высокотехнологичных методов диагностики, оптимизация и разработка схем терапии с использованием новых лекарственных средств, проблемы профилактики и реабилитации реконвалесцентов инфекционных болезней³⁻⁷. Результаты работы регулярно озвучиваются на научных конференциях

неделя

³ Тимченко В.Н., Быстрякова Л.В., Павлова Е.Б. и др. Воздушно-капельные инфекции в практике педиатра и семейного врача. Руководство для врачей всех специальностей. СПб., 2007.

⁴ Тимченко В.Н., Сергеева С.А., Булина О.В. и др. Лечение и профилактика ветряной оспы у детей в современных условиях. СПб.: СпецЛит, 2008.

⁵ Тимченко В.Н., Леванович В.В., Михайлов И.Б. и др. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение детских инфекций. СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2010.

⁶ Тимченко В.Н., Леванович В.В. Острые кишечные инфекции в практике педиатра и семейного врача. СПб.: Н-Л, 2011.

⁷ Леванович В.В., Тимченко В.Н., Архипова Ю.А. и др. ВИЧ-инфекция на рубеже веков. СПб.: Н-Л, 2012.



Кафедре инфекционных заболеваний у детей им. профессора М.Г. Данилевича СПбГПМУ – 85 лет



Коллектив кафедры детских инфекций им. М.Г. Данилевича СПбГПМУ

и конгрессах. Сотрудники кафедры неоднократно награждались дипломами за победы в конкурсах молодых ученых.

Профессор В.Н. Тимченко, являясь главным специалистом по детским инфекционным болезням в Северо-Западном федеральном округе России и Санкт-Петербурге, проводит важную общественную работу по организации специализированной помощи детскому населению региона. Сотрудники кафедры участвуют в работе инфекционной комиссии при Комитете здравоохранения администрации Санкт-Петербурга, проводят экспертную оценку качества оказания медицинской помощи в лечебных учреждениях города и области, участвуют в разработке медико-экономических стандартов и национальных клинических рекомендаций по лечению детей с инфекционной патологией. На кафедре ежемесячно проводятся тематические семинары с врачами-инфекционистами детских поликлиник города, читаются лекции для врачей детских поликлиник, оказывается консультативная помощь тяжелым и диагностически неясным больным из различных медицинских учреждений города. Кафедра инфекционных заболеваний у детей занимает достойное

место среди выпускающих кафедр Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета. Обучение проводится на базе многопрофильных клиник и детских поликлиник города и направлено в первую очередь на активную самостоятельную деятельность студентов и приобретение практических навыков будущих врачей. Особое внимание на кафедре уделяется воспитанию подрастающего поколения. Студенческое научное общество кафедры детских инфекций всегда было одним из многочисленных и активных. Члены общества самостоятельно ведут исследовательскую работу, участвуют в клинических обходах, выступают с докладами на заседаниях и конференциях. Одновременно на кафедре осуществляется послевузовская подготовка специалистов по инфекционным болезням, где проходят обучение врачи из Санкт-Петербурга, регионов России и иностранных государств.

По результатам научно-исследовательской работы за последние 18 лет опубликовано свыше 300 печатных работ, в том числе четыре издания учебника «Инфекционные болезни у детей», три издания справочника для врачей «Диагностика, дифференциальная

диагностика и лечение детских инфекций», четыре руководства для врачей («Воздушно-капельные инфекции в практике педиатра и семейного врача», «Острые кишечные инфекции в практике педиатра и семейного врача», «ВИЧ-инфекция на рубеже веков», «Эволюция стрептококковой инфекции»), пять монографий («Все о детских прививках», «Эволюция коклюшной инфекции у детей», «Эпидемический паротит», «Паразитарные инвазии в практике детского врача», «Профилактические прививки детям: детские врачи и родители – „за“ и „против“?»), сборники трудов, многочисленные учебно-методические пособия для студентов и методические рекомендации для врачей. Получены два патента на изобретение, четыре свидетельства на полезную модель, защищены одна докторская и 12 кандидатских диссертаций. Как и прежде, сегодня преподаватели объединены общим профессиональным делом. Они обобщают опыт и продолжают развивать славные традиции кафедры. По ходатайству сотрудников с 1 апреля 2010 г. кафедра носит имя ее основателя и первого руководителя – профессора Михаила Георгиевича Данилевича. ✨

В.Н. Тимченко, Т.М. Чернова



Уважаемые коллеги!

Межрегиональная общественная организация
«Российское респираторное общество»
приглашает вас принять участие в работе

XXVI Национального конгресса по болезням органов дыхания

Конгресс состоится в г. Москве
с 18 по 21 октября 2016 г.

Организаторы конгресса Российское респираторное общество
Министерство здравоохранения Российской Федерации
(План научно-практических мероприятий
Министерства здравоохранения Российской Федерации на 2016 год)

Место проведения г. Москва, площадь Европы, д. 2
Деловой центр, гостиница «Славянская»

К участию в работе конгресса приглашаются пульмонологи, фтизиатры, онкологи, педиатры, врачи функциональной диагностики, рентгенологи, организаторы здравоохранения, терапевты, врачи общей практики, торакальные хирурги, преподаватели, ординаторы, аспиранты, интерны, студенты.

Президент конгресса профессор Игнатова Г.Л.

НАУЧНАЯ ПРОГРАММА КОНГРЕССА: Пути совершенствования оказания пульмонологической помощи взрослым и детям от первичного звена до высокотехнологичной медицинской помощи • Эпидемиология заболеваний органов дыхания • Инновации в диагностике, лечении и профилактике заболеваний органов дыхания • Преемственность оказания пульмонологической помощи между педиатрами и врачами взрослой сети • Порядок и стандарты оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями органов дыхания • Клинические рекомендации – ХОБЛ, бронхиальная астма, саркоидоз, тяжелая внебольничная пневмония у взрослых • Орфанные заболевания • Интервенционная пульмонология: бронхоскопия, торакоскопия, криотерапия • Профессиональные заболевания легких • Иммунологические аспекты при инфекционных заболеваниях органов дыхания • Легочная гипертензия • Функциональные методы диагностики. Кардиореспираторные нагрузочные тесты: клинические примеры • Морфология для клиницистов • Рак легких: современные рекомендации по диагностике и лечению • Медицина сна • Образовательные программы в пульмонологии • Формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации в вопросах респираторного здоровья.

Заявки на участие в научной программе необходимо оформить (не позднее 25.06.2016) **через сайт www.spulmo.ru**

Правила оформления заявки размещены на сайте www.spulmo.ru. Информация по тел. **8 (495) 940-6331**

ТЕЗИСЫ

Тезисы конгресса принимаются бесплатно. Должны быть высланы через сайт www.spulmo.ru не позднее 30 июля 2016 г. (правила оформления на сайте).

КОНКУРС МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

В конкурсе могут принять участие аспиранты, врачи и научные сотрудники в возрасте до 35 лет. Для участия в конкурсе необходимо подать заявку на участие объемом не более 2 страниц текста, состоящую из резюме с указанием работ и информации об авторе (фамилия, дата рождения, должность, организация, город, страна, номер телефона и адрес электронной почты для связи с автором), необходимо до 1 октября 2016 г. прислать по e-mail: rropulmo@mail.ru с пометкой: «Конкурс молодых ученых».

РЕГИСТРАЦИОННЫЙ ВЗНОС

Регистрационный взнос до 1 августа 2016 г. составляет 6500 рублей, после 1 августа – 7500 рублей.

Лица, оплатившие единый регистрационный взнос, имеют:

- право на участие в мероприятиях XXVI Национального конгресса по болезням органов дыхания;
- годовую подписку на журналы «Пульмонология», «Атмосфера», «Астма и аллергия»;
- монографии, подготавливаемые ежегодно ведущими экспертами в области респираторной медицины;
- доступ к закрытой части сайта www.spulmo.ru;
- электронный доступ к Европейскому респираторному журналу (ЕРЖ);
- еженедельную информационную рассылку ЕРО всем членам РРО. ЕРО предоставит всем членам РРО электронный доступ к журналу

European Respiratory Review, Breath (в обоих в настоящий момент открытый доступ) и к монографиям. ЕРО будет предлагать все свои публикации в печатном виде всем заинтересованным по специальной сниженной цене.

ПО ВОПРОСАМ РЕГИСТРАЦИИ registration@spulmo.ru

тел.: (843) 526-5332, 526-5427, 8 (917) 269-6753

БРОНИРОВАНИЕ НОМЕРОВ services@spulmo.ru

тел.: (843) 526-5332, 526-5427, 8 (917) 269-6753

ВЫСТАВКА

В рамках работы конгресса состоится выставка лекарственных препаратов, медицинского оборудования, новых технологий, информационно-издательских групп.

Заявки на участие в выставке принимаются до 25 сентября 2016 г. тел.: (495) 730-5649, 8 (910) 465-1906, exhibition@spulmo.ru



¹ Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии

² Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского

³ Смоленская государственная медицинская академия

Применение препарата Генферон® лайт у детей разного возраста с ОРВИ

А.В. Горелов¹, Е.Е. Целипанова², И.Л. Алимova³

Адрес для переписки: Елена Евгеньевна Целипанова, elena-tselip@yandex.ru

Представлены обобщенные результаты многоцентровых открытых сравнительных рандомизированных проспективных исследований клинической эффективности и безопасности препарата Генферон® лайт в комплексном лечении 302 детей разного возраста (102 ребенка от нуля до шести месяцев, 200 детей от шести месяцев до семи лет) с острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ). Исследователи методом полимеразной цепной реакции определяли наличие респираторных вирусов в мазке с носоглотки в динамике. В мультипараметрической таблице фиксировалась выраженность основных симптомов ОРВИ. Полученные результаты подтвердили сопоставимую клинико-лабораторную эффективность препарата Генферон® лайт 125 000 МЕ и рекомбинантного человеческого интерферона альфа-2b 150 000 МЕ в отсутствие побочных и аллергических реакций.

Ключевые слова: дети, симптомы, острые респираторные вирусные инфекции, интерфероны, Генферон лайт

Несмотря на то что вопросы профилактики и лечения гриппа и острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) не раз становились предметом клинических исследований, данная проблема не утрачивает актуальности и сегодня. Разработку профилактических средств и специфического лечения затрудняют этиологическая гетерогенность

ОРВИ, высокая контагиозность возбудителей, изменчивость антигенных свойств вирусов, прежде всего гриппа [1, 2].

У детей первого года жизни имеют место высокий уровень заболеваемости ОРВИ, повышенный риск развития осложнений. Кроме того, весьма значителен удельный вес этих инфекций в структуре летальных исходов у детей раннего воз-

раста [3]. Сказанное подтверждает актуальность вопросов рациональной терапии ОРВИ у детей данной возрастной группы [4].

В силу ряда факторов, прежде всего физиологической незрелости иммунной системы, организм новорожденного подвергается воздействию различных инфекционных агентов [5]. Слизистые оболочки респираторного тракта на первых месяцах жизни практически лишены локальной защиты, поскольку секреторный иммуноглобулин А к моменту рождения не вырабатывается. В сыворотке крови циркулирует значительное количество «ранних» интерферонов (ИФН). «Ранние» ИФН отличаются от интерферонов, синтезируемых клетками взрослого организма, физико-химическими и биологическими свойствами: они более гидрофобны, характеризуются сниженным противовирусным, антипролиферативным и иммуномодулирующим действием [6].

Трудности этиологического лечения респираторных вирусных инфекций у новорожденных обусловлены также ограничениями в применении специфических противовирусных средств.

Эффективное и безопасное лечение ОРВИ у детей раннего возраста



та ассоциировано с применением рекомбинантных ИФН. ИФН оказывают прямое противовирусное воздействие и эффективны против респираторных вирусов любой этиологии [7, 8]. Суппозитории – оптимальная лекарственная форма ИФН для детей, позволяющая использовать относительно низкие дозы ИФН и избежать типичных для инъекционных препаратов ИФН побочных явлений благодаря постепенному проникновению в системный кровоток [9–11].

Одним из современных препаратов рекомбинантного человеческого интерферона (рчИФН) альфа-2b является Генферон® лайт (российская биотехнологическая компания «БИОКАД», номер регистрационного удостоверения ЛСР–005614/09, дата регистрации – 13 июля 2009 г.). В состав препарата входит аминокислота таурин, оказывающая положительный эффект при воспалительных процессах. Таурин в виде глазных капель широко применяется при ряде заболеваний, входит в состав растворов для парентерального питания у новорожденных. Таурин оказывает антиоксидантный эффект, непосредственно взаимодействуя с активными формами кислорода, избыточное накопление которых способствует развитию патологических процессов (воспаление, интоксикация и т.д.) [12, 13].

Целью исследования была оценка клиничко-лабораторной эффективности препарата Генферон® лайт в комплексном лечении ОРВИ у детей разного возраста.

Материал и методы исследования

Рандомизированное сравнительное клиническое исследование эффективности и безопасности препарата Генферон® лайт проводилось в нескольких лечебных учреждениях: Московском областном научно-исследовательском клиническом институте им. М.Ф. Владимирского, Центральном научно-исследовательском институте эпидемиологии Роспотребнадзора (Москва), НИИ гриппа, Детской городской поликлинике № 35 (Санкт-Петербург), Смоленской государственной медицинской ака-

демии, Саратовском государственном медицинском университете им. В.И. Разумовского.

Всего в исследование было включено 302 ребенка: 102 пациента в возрасте от нуля до шести месяцев и 200 – от шести месяцев до семи лет. Дети находились на стационарном лечении с диагнозом ОРВИ, установленным на основании клинических данных. Продолжительность катаральных явлений на момент включения в исследование не превышала 48 часов.

Критериями исключения служили:

- установленная ВИЧ-инфекция или любой иной подтвержденный иммунодефицит;
- наличие любых сопутствующих заболеваний, которые, по мнению исследователей, могли повлиять на течение ОРВИ и оценку результатов лечения;
- гиперчувствительность к ИФН и другим компонентам исследуемых препаратов;
- необходимость применения глюкокортикостероидов;
- использование иммуномодулирующей терапии в течение месяца, предшествовавшего включению в исследование;
- одновременное участие в других клинических исследованиях.

Для проведения суммарного анализа эффективности и безопасности лечения пациенты были разделены на две возрастные группы. Первую составили 102 ребенка в возрасте от нуля до шести месяцев, вторую – 200 детей в возрасте от шести месяцев до семи

лет. Каждая группа подразделялась на две подгруппы – основную и сравнения.

Пациенты основной подгруппы получали препарат Генферон® лайт в суппозиториях 125 000 МЕ ректально два раза в сутки в течение пяти дней одновременно с симптоматической и антибактериальной терапией при наличии соответствующих показаний. В подгруппе сравнения схема лечения включала суппозитории рчИФН альфа-2b 150 000 МЕ, аскорбиновую кислоту, токоферола ацетат ректально два раза в сутки в течение пяти дней в сочетании с симптоматическим лечением и антибактериальной терапией при наличии соответствующих показаний.

До начала лечения и на шестой-седьмой день у всех больных методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) выявлены респираторные вирусы в мазке с носоглотки (определены антигены/генетический материал вируса гриппа А и В, аденовирусов, респираторно-синцитиального вируса, вирусов парагриппа 1, 2 и 3 типов, риновируса, метапневмовируса и бокавируса). Кроме того, были проведены клинический анализ крови и мочи, тщательный общий осмотр, оценка состояния верхних дыхательных путей. Зарегистрированы случаи развития осложнений и нежелательных явлений. На протяжении всего периода лечения (пять дней) в мультипараметрической таблице фиксировалась

Таблица. Клиническая характеристика больных при поступлении

Симптомы ОРВИ	Первая группа (n = 102)		p	Вторая группа (n = 200)		p
	основная подгруппа (n = 51)	подгруппа сравнения (n = 51)		основная подгруппа (n = 108)	подгруппа сравнения (n = 92)	
	абс. (%)	абс. (%)		абс. (%)	абс. (%)	
Общие симптомы (вялость, снижение аппетита, головная боль, сонливость)	51 (100)	51 (100)	> 0,05	83 (76,9)	65 (70,7)	> 0,05
Лихорадка	51 (100)	51 (100)	> 0,05	93 (86,1)	72 (78,3)	> 0,05
Ринит, заложенность носа	50 (98,03)	47 (92,2)	> 0,05	87 (80,6)	74 (80,4)	> 0,05
Гиперемия зева	46 (90,2)	47 (92,2)	> 0,05	105 (97,2)	89 (96,7)	> 0,05
Увеличение миндалин	13 (25,5)	14 (27,5)	> 0,05	67 (62)	69 (75)	> 0,05
Кашель, жесткое дыхание	32 (62,7)	28 (54,9)	> 0,05	89 (82,4)	68 (73,9)	> 0,05

Примечание. Различия в частоте признака между группами считались достоверными при $p < 0,05$.

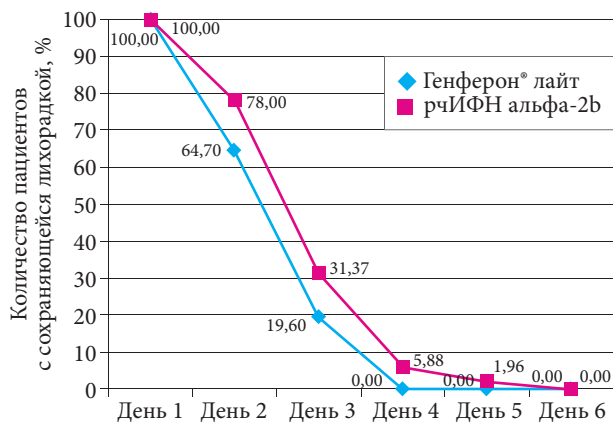


Рис. 1. Динамика купирования лихорадки в первой группе детей, получавших и не получавших Генферон® лайт

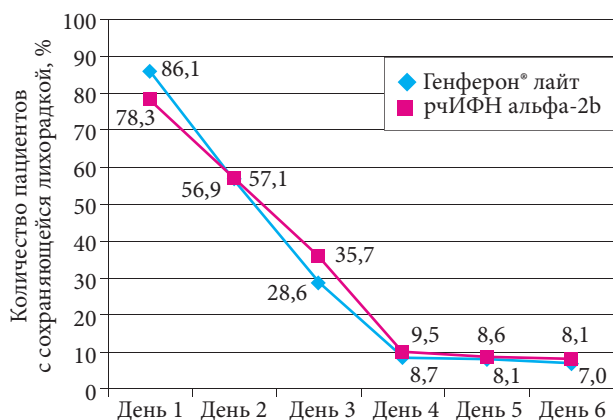


Рис. 2. Динамика купирования лихорадки во второй группе детей, получавших и не получавших Генферон® лайт

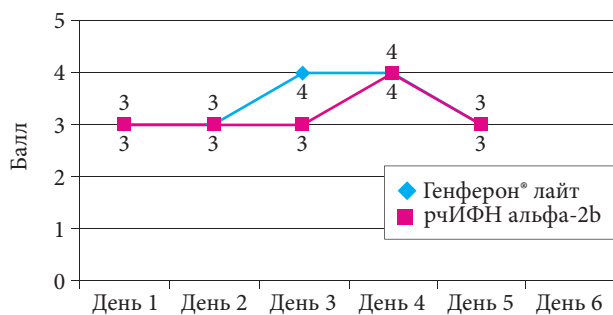


Рис. 3. Динамика медианы итогового балла общих симптомов ОРВИ в первой группе

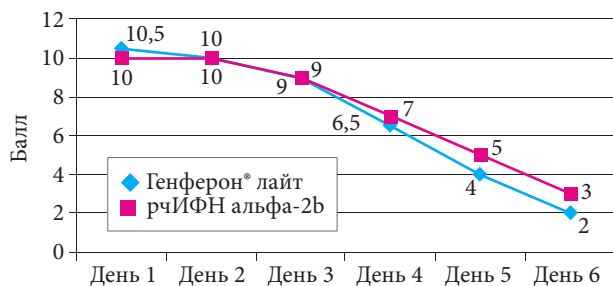


Рис. 4. Динамика медианы итогового балла общих симптомов ОРВИ во второй группе

выраженность основных симптомов ОРВИ (лихорадка, интоксикация, катаральные изменения со стороны респираторного тракта). На 30-й день был запланирован телефонный контакт с родителями детей с целью выявления повторных эпизодов ОРВИ, случаев возникновения иных заболеваний и нежелательных явлений. Эффективность терапии оценивали по срокам купирования симптомов ОРВИ, элиминации возбудителя по данным ПЦР, отсутствию осложнений.

Статистическая обработка данных выполнена с использованием программ Microsoft Office, Excel 2003 с определением критериев Стьюдента, Шапиро – Уилка, Фишера, непараметрических критериев Манна – Уитни и Вилкоксона. Клинические симптомы, наблюдавшиеся у больных при поступлении, отражены в таблице.

Результаты и их обсуждение

Симптомы интоксикации

В первый день наблюдения симптомы интоксикации отмечались у всех детей первой группы и 74% пациентов – второй. Среднее время до купирования симптомов интоксикации в основных подгруппах обеих групп составило $3,23 \pm 0,92$ дня (медиана – 3,00 дня [3,00–4,00]), в подгруппах сравнения – $3,19 \pm 0,80$ дня (медиана – 3,00 дня [3,00–4,00]) ($p > 0,05$). На шестой-седьмой день исследования, по окончании приема препаратов, симптомы интоксикации отсутствовали у пациентов основных подгрупп обеих групп. В подгруппе сравнения первой группы указанные симптомы имели место у 1 (1,96%) ребенка ($p > 0,05$).

Результаты статистического анализа, частота и сроки купирования интоксикации в исследуемых группах не имели достоверных отличий, характеризовались одновекторной направленностью и сопоставимой динамикой.

Лихорадка

На момент включения пациентов в исследование лихорадка наблюдалась в 100% случаев в первой группе и 82,5% случаев – во второй.

Длительность лихорадочного синдрома в основных подгруппах первой и второй групп составила в среднем $2,88 \pm 0,73$ дня и $2,79 \pm 1,4$ дня, в подгруппах сравнения – $3,17 \pm 0,88$ дня и $2,7 \pm 1,5$ дня соответственно ($p > 0,05$).

К четвертому дню исследования лихорадка отсутствовала у детей основной подгруппы первой группы (рис. 1), а в подгруппе сравнения наблюдалась у 3 (5,88%) пациентов ($p > 0,05$). На шестой-седьмой день, по окончании приема исследуемых препаратов, лихорадка отсутствовала у всех пациентов раннего возраста ($p > 0,05$).

Во второй группе по окончании лечения субфебрильная температура ($37,0$ – $37,2$ °С) сохранялась у 7% больных (у 7 из 100 детей с лихорадкой) основной подгруппы и 8,1% (у 5 из 74 детей с лихорадкой) подгруппы сравнения ($p > 0,05$) (рис. 2).

Общая динамика симптомов ОРВИ

Для оценки общей динамики симптомов ОРВИ (затруднение носового дыхания, гиперемия слизистой оболочки ротоглотки, кашель) проанализированы результаты итогового балла – суммы баллов по каждому симптому, согласно данным мультипараметрической таблицы (рис. 3 и 4).

В среднем срок купирования катаральных явлений ОРВИ в основной подгруппе первой группы составил $3,67 \pm 1,14$ дня, медиана – 4,00 дня [3,00; 5,00], в подгруппе сравнения – $3,71 \pm 1,09$ дня, медиана – 4,00 дня [3,00; 4,00] ($p > 0,05$). До лечения в основной подгруппе итоговый балл составил 3 [2–3], в подгруппе сравнения – 3 [3–4] (критерий Манна – Уитни, $p > 0,05$). На пятый день от начала терапии медиана итогового балла достигла 3 [0–4] в обеих подгруппах (критерий Манна – Уитни, $p > 0,05$) (рис. 3).

До лечения в основной подгруппе второй группы (рис. 4) итоговый балл составил 10,5 [8–12], в подгруппе сравнения – 10 [8–12], что не имело статистически значимых различий (критерий Манна – Уитни, $p > 0,05$). К шестому дню от



начала терапии медиана итогового балла в основной подгруппе достигла 2 [0–6], в подгруппе сравнения – 3 [0–7] (критерий Манна – Уитни, $p > 0,05$).

Важный момент: регресс некоторых симптомов ОРВИ во второй группе наблюдался у достоверно большего числа детей, получавших препарат Генферон® лайт (рис. 5). На фоне лечения купирование заложенности носа зарегистрировано у 78,9% пациентов основной подгруппы и 58,5% – подгруппы сравнения ($p < 0,05$), регресс отечности миндалин – у 76,8 и 59,0% больных соответственно (точный критерий Фишера, $p < 0,05$).

Элиминация возбудителя

По данным проведенного на скрининге ПЦР-исследования в отношении возбудителей ОРВИ (вирусы гриппа А и В, парагриппа, аденовирус, риновирус, респираторно-синцитиальный вирус, бокавирус и метапневмовирус), вирусы выявлены у равного числа детей первой группы обеих подгрупп (по 20–39,2%) ($p > 0,05$).

Доля пациентов, у которых на шестой-седьмой день от начала терапии установлена элиминация возбудителя, в основной подгруппе составила 60% (12 из 20 случаев), в подгруппе сравнения – 40% (8 из 20 случаев, выявленных методом ПЦР до лечения) ($p > 0,05$).

Во второй группе до начала лечения вирусы обнаружены у 62% пациентов основной подгруппы и 58,7% подгруппы сравнения ($p > 0,05$). Элиминация вирусов зафиксирована у 70,1% пациентов (47 из 67 случаев) основной подгруппы и 64,8% (35 из 54 случаев) – подгруппы сравнения ($p > 0,05$).

У детей обеих групп, получавших препарат Генферон® лайт, элиминация возбудителей ОРВИ регистрировалась несколько чаще, без достоверной разницы с группой сравнения (рис. 6).

Достижение критериев реконвалесценции к шестому-седьмому дню исследования

Пациент считался реконвалесцентом в случае отсутствия лихорадки (температура тела, измеренная

в подмышечной впадине, не выше 37,2 °С), признаков интоксикации, осложнений ОРВИ и полного отсутствия катаральных явлений или остаточных проявлений ОРВИ, выраженность которых, согласно итоговому баллу, не превышала 2.

К шестому-седьмому дню исследования в отношении количества детей обеих подгрупп первой и второй групп, достигших реконвалесценции, статистически значимые различия не установлены ($p > 0,05$).

Осложнения ОРВИ и потребность в антибактериальной терапии

Доля пациентов, у которых к шестому-седьмому дню от начала терапии зарегистрировано развитие осложнений ОРВИ, и доля пациентов в исследуемых группах, которые нуждались в назначении системной антибактериальной терапии в течение пяти дней применения исследуемого препарата, не имели достоверных различий ($p > 0,05$).

Анализ изменений гемограммы

В клиническом анализе крови не выявлено достоверной отрицательной динамики по всем исследуемым параметрам (уровни гемоглобина, эритроцитов, лейкоцитов, нейтрофилов, лимфоцитов, тромбоцитов, скорость оседания эритроцитов), кроме незначительного увеличения процентного соотношения лимфоцитов, не выходящего по значению медиан за пределы нормы. По окончании лечения (шестой-седьмой день исследования) прослеживалась тенденция к увеличению числа пациентов с нормализацией показателей клинического анализа крови. Различий между группами детей, получавших и не получавших препарат Генферон® лайт, не зафиксировано ($p > 0,05$).

Безопасность препаратов

Ректальное введение суппозиторов не вызывало у детей побочных и аллергических реакций, как местных, так и общих. Не зарегистрировано ни одного случая

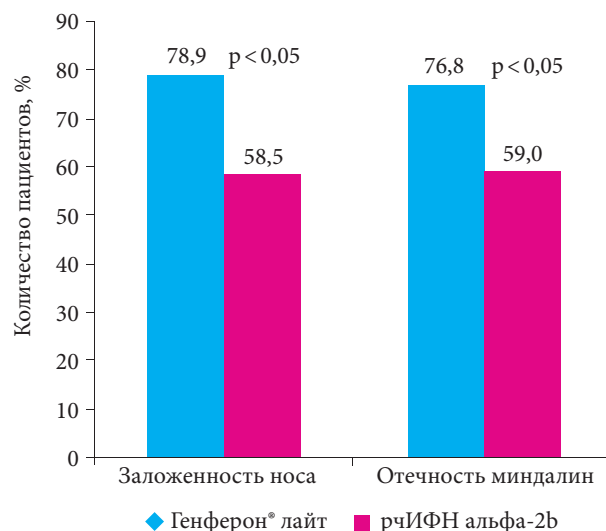


Рис. 5. Динамика заложенности носа и отечности миндалин у пациентов второй группы

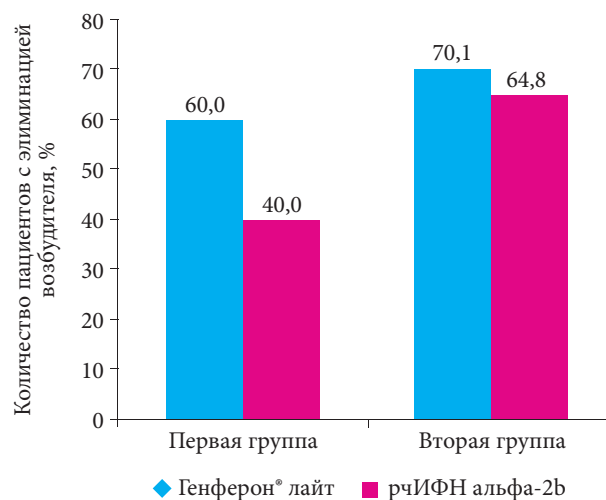


Рис. 6. Частота элиминации выявленных возбудителей у детей первой и второй групп по данным ПЦР-диагностики

развития нежелательных явлений, связанных с исследуемыми препаратами.

Заключение

Результаты многоцентровых открытых сравнительных рандомизированных проспективных исследований показали, что лечение ОРВИ у детей разного возраста с использованием препаратов Генферон® лайт и рекомбинантного человеческого интерферона альфа-2b в дозе 150 000 МЕ одинаково эффективно по клинико-лабораторным параметрам в отсутствие побочных и аллергических реакций.



У детей в возрасте от шести месяцев до семи лет на фоне применения препарата Генферон® лайт регресс симптомов ОРВИ (заложенность носа, отечность миндалин) наблюдался достоверно чаще, чем в группе сравнения. После лечения у детей (особенно в возрасте до шести месяцев), получавших Генферон® лайт, отмечалась тенденция к более высокой

элиминационной активности в отсутствие статистически значимых различий.

Полученные данные подтвердили хорошую переносимость и безопасность препарата Генферон® лайт на фоне ОРВИ как у детей от ноля до шести месяцев, так и у детей от шести месяцев до семи лет. Это свидетельствует в пользу применения данного препа-

рата в педиатрической практике у детей разного возраста.

Использование меньшей дозы ИФН альфа-2b в составе препарата Генферон® лайт 125 000 МЕ по сравнению с препаратом рЧИФН альфа-2b 150 000 МЕ позволяет достичь сопоставимого терапевтического действия при снижении количества вводимого экзогенного ИФН. ✨

Литература

1. Ерофеева М.К., Позднякова М.Г., Максакова В.Л. Применение новых препаратов для профилактики гриппа и других ОРВИ // Русский медицинский журнал. 2011. Т. 19. № 8. С. 508–512.
2. Маркова Т.П. Профилактика и лечение респираторных инфекций // Русский медицинский журнал. 2010. Т. 18. № 2. С. 77–81.
3. Урсова Н.И., Гуров А.Н. Анализ заболеваемости, госпитализации, летальности и смертности детского населения Московской области в 2014 г. и совершенствование системы оказания медицинской помощи детям // Альманах клинической медицины. 2015. № 42. С. 6–11.
4. Зайцев А.А., Клочков О.И., Горелов А.В. Острые респираторные вирусные инфекции: перспективы противовирусной терапии // Вестник семейной медицины. 2009. № 5. С. 2–8.
5. Вельтищев Ю.Э., Длин В.В. Развитие иммунной системы у детей. М., 2005.
6. Щеплягина Л.А., Круглова И.В. Возрастные особенности иммунитета у детей // Русский медицинский журнал. 2009. Т. 17. № 23. С. 1564–1569.
7. Зарубаев В.В., Слута А.В., Калинина Н.А. и др. Протективная активность интерферона в комбинации с различными антиоксидантами в отношении экспериментальной летальной гриппозной инфекции // Русский медицинский журнал. 2012. Т. 20. № 28. С. 1416–1420.
8. Феклисова Л.В., Мескина Е.Р., Галкина Л.А. и др. Оптимизация результатов лечения вирусно-бактериальных инфекций у детей: алгоритм применения суппозиториев Кипферона // Русский медицинский журнал. 2009. Т. 17. № 7. С. 468–472.
9. Горелов А.В., Грачева Н.М., Феклисова Л.В., Погорелова О.О. Результаты сравнительного исследования эффективности и безопасности препаратов интерферона-альфа в суппозиториях у детей, больных острыми респираторными вирусными инфекциями // Инфекционные болезни. 2009. Т. 7. № 3. С. 40–47.
10. Горелов А.В., Феклисова Л.В., Грачева Н.М. и др. Иммуноотропная терапия острых респираторных вирусных инфекций в педиатрической практике: опыт клинического применения препаратов интерферона-альфа // Педиатрия. Приложение к журналу Consilium Medicum. 2010. № 1. С. 72–80.
11. Горелов А.В., Алимova И.Л., Феклисова Л.В. и др. Препараты интерферона в терапии острых респираторных вирусных инфекций и гриппа у новорожденных и детей первых месяцев жизни // Лечащий врач. 2015. № 1. С. 7–13.
12. Lambert I.H., Kristensen D.M., Holm J.B., Mortensen O.H. Physiological role of taurine – from organism to organelle // Acta Physiol. (Oxf.). 2015. Vol. 213. № 1. P. 191–212.
13. Marcinkiewicz J., Kontny E. Taurine and inflammatory diseases // Amino Acids. 2014. Vol. 46. № 1. P. 7–20.

Use of Genferon® Lite in Children of Various Age with ARVIs

A.V. Gorelov¹, Ye.Ye. Tselipanova², I.L. Alimova³

¹ Central Research Institute of Epidemiology

² Moscow Regional Research and Clinical Institute MONIKI

³ Smolensk State Medical Academy

Contact person: Yelena Yevgenyevna Tselipanova, elena-tselip@yandex.ru

Here we present summarized results from multi-center, open, comparative, randomized, prospective studies on clinical efficacy and safety of Genferon® Lite in a combination therapy of 302 children of various age (102 children aged 0-six months, 200 – six months-seven years) with acute respiratory viral infections (ARVIs). By using polymerase chain reaction, several respiratory viruses were examined dynamically in nasopharyngeal swabs. Intensity of major ARVI symptoms were recorded in multi-parameter table. Study results confirmed that Genferon® Lite 125 000 ME exhibited clinical and laboratory efficacy comparable to recombinant human interferon alpha-2b 150 000 ME, and lacked side and allergic reactions.

Key words: children, symptoms, acute respiratory viral infections, interferons, Genferon Lite




Генферон® лайт


Интерферон альфа-2b
Таурин


Лечение вирусных инфекций с первого дня жизни

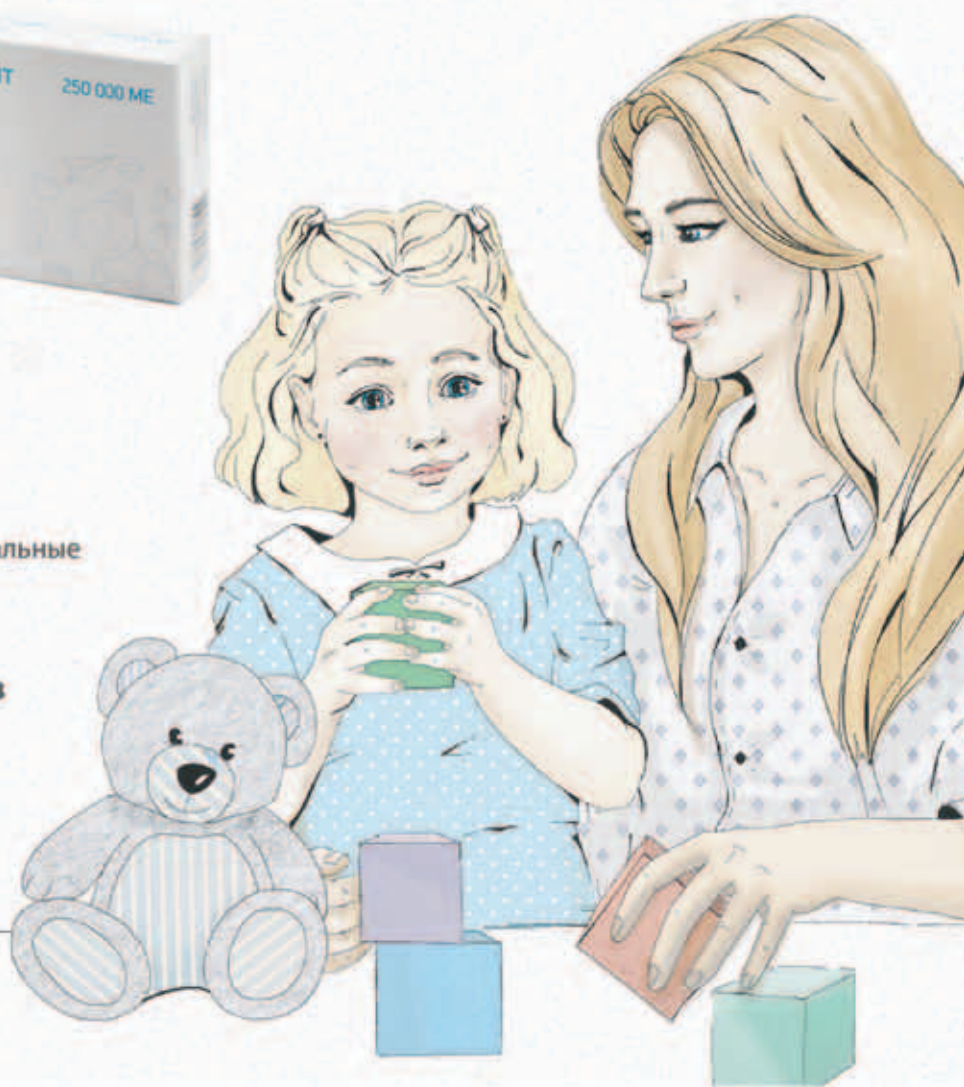






суппозитории вагинальные и ректальные
125 000 ME и 250 000 ME

 **Гипоаллергенный состав**

 **Удобство применения у детей**

 **Уникальная комбинация активных компонентов**



198515, Санкт-Петербург, п. Стрельна, ул. Связи, д. 34, А  biocad@biocad.ru 
Телефон: +7 (812) 380 49 33  www.biocad.ru 

BIOCAD
Biopharmaceutical Company

ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ. О ВОЗМОЖНЫХ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯХ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ



Выбор оптимального препарата для лечения больных гриппом

Т.А. Руженцова

Адрес для переписки: Татьяна Александровна Руженцова, ruzhencova@gmail.com

Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, только ингибиторы нейраминидазы обладают противовирусной активностью, подтвержденной результатами многоцентровых исследований. Наиболее изученным, эффективным и безопасным признан осельтамивир, выпускаемый под торговыми названиями Тамифлю и Номидес.

Ключевые слова: грипп, противовирусная терапия, ингибиторы нейраминидазы, Номидес, осельтамивир

Острые респираторные инфекции (ОРИ) остаются наиболее распространенной патологией как среди взрослого населения, так и среди детей [1, 2]. Каждый ребенок переносит в среднем по пять – восемь случаев ОРИ в год [1]. По официальной статистике, взрослые заболевают значительно реже. Однако реальную заболеваемость оценить сложно, поскольку во многих случаях происходит самолечение без обращения в медицинские учреждения. У большинства пациентов ОРИ протекает в легкой форме. Выраженность симптоматики, длительность течения и риск развития осложнений зависят от особенностей возбудителя, его количества, а также от ответной реакции им-

мунной системы пациента, наличия хронических заболеваний и проводимой терапии. Вирусы гриппа в этиологической структуре ОРИ составляют 10–15% [3]. При эпидемических вспышках их доля достигает 50% и более [4, 5]. С гриппом связано наибольшее число тяжелых гипертоксических форм, сердечно-сосудистых и легочных осложнений, в том числе завершившихся летальными исходами [6–8]. Так, в 1918–1919 гг. при отсутствии на то время возможностей этиотропной противовирусной терапии пандемия гриппа, распространившегося по многим странам, унесла около 40 млн жизней. В наше время уже при наличии большого выбора лекарственных средств пандемия «свиного» гриппа, начавшая рас-

пространение в 2009 г., стала причиной 18 000 летальных исходов среди заболевших [9].

Грипп – острое вирусное заболевание верхних и нижних отделов дыхательных путей, которое поражает все возрастные группы человеческой популяции. Заражение чаще происходит воздушно-капельным путем, реже – контактно-бытовым [1, 2, 5, 8]. Восприимчивость населения, не имеющего типоспецифичных антител к конкретному штамму вируса, высока. Инкубационный период обычно составляет один-два дня. Заболевание начинается остро, с быстрого повышения температуры до 38–40 °С, головной боли, выраженной слабости, мышечных и суставных болей, озноба или жара. Несколько позднее, как правило спустя сутки, присоединяются першение или боли в горле, сухой кашель. Достаточно быстро, особенно в отсутствие адекватной терапии, при гриппе могут развиваться осложнения: пневмония, менингит, арахноидит, миокардит, нефрит и др. [8].

Диагноз гриппа может быть поставлен на основании лабораторных данных исследования мазка из носоглотки, по нарастанию титра антител в сыворотке крови или по эпидемическим данным. Для



Таблица. Основные противовирусные препараты, применяемые для лечения больных гриппом

Группа по механизму действия	Препараты	Рекомендация ВОЗ для применения против гриппа
Ингибиторы М2-каналов вируса гриппа	Амантадин Римантадин	Нет
Ингибиторы нейраминидазы	Осельтамивир (Тамифлю, Номидес) Занамивир (Реленза)	Рекомендованы
Ингибиторы фузии (слияния)	Умифеновир (Арбидол)	Нет
Ингибиторы нуклеопротеида (ингибиторы репликации)	Ингавирин	Нет
Интерфероны	Гриппферон Виферон Генферон	Нет
Индукторы интерферонов	Тилорон (Амиксин, Лавомакс) Циклоферон Кагоцел	Нет
Препараты с комбинированным механизмом действия	Изопринозин (Гроприносин) Амизон	Нет
Препараты с иным механизмом действия	Триазавирин Анаферон Инфлюцид Оциллококцидум	Нет

сокращения продолжительности болезни и успешной профилактики осложнений лечение необходимо начинать уже при первом осмотре пациента, то есть в возможно более ранние сроки, до 48 часов от момента начала заболевания. Поэтому в повседневной практике врачу следует ориентироваться на типичную клиническую симптоматику. При определении схемы терапии врачу нужно учитывать сведения о характере циркулирующих в данный момент штаммов вируса на конкретной территории. Оценка чувствительности и резистентности возбудителей к применяемым препаратам проводится регулярно. Для лечения гриппа назначают противовирусную терапию, местные антисептики и жаропонижающие. Иногда при наличии соответствующих показаний рекомендуют иммуномодулирующие и антигистаминные препараты [1, 2, 10, 11]. В связи с высоким риском неблагоприятного течения заболевания при гриппе необходимость применения этиотропной противовирусной терапии не вызывает сомнений.

В настоящее время имеется большой выбор препаратов, рекомен-

дуемых производителями для лечения и профилактики гриппа. Однако далеко не все соответствуют международным стандартам и имеют доказанную на сегодняшний день в многоцентровых рандомизированных исследованиях клиническую эффективность.

Используемые в терапии гриппа противовирусные лекарственные средства по механизму действия можно разделить на восемь групп, которые представлены в таблице. Из них общепризнанными во всем мире эффективными препаратами, рекомендуемыми Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), являются только ингибиторы нейраминидазы: занамивир и осельтамивир.

В течение нескольких десятков лет успешно применялись ингибиторы М₂-каналов вируса. Однако с течением времени большое число циркулирующих штаммов стали обладать резистентностью к этому виду препаратов, в связи с чем в настоящее время не могут быть рекомендованы для лечения гриппа [10, 12–14].

В Российской Федерации в качестве противогриппозных используются и другие противовирусные

лекарственные средства широкого спектра действия, указанные в таблице [3, 5, 9–13, 15]. Но наиболее убедительными на сегодняшний день остаются результаты исследований, подтверждающих эффективность и безопасность ингибиторов нейраминидазы.

Нейраминидаза представляет собой белок, расщепляющий нейраминидазный компонент сиаловой кислоты рецепторов гемагглютинаина эпителиальных клеток респираторного тракта, что помогает освобождению из клеток вновь образованных вирусных частиц и инфицированию ими новых клеток. Помимо этого нейраминидаза расщепляет нейраминовою кислоту в носовой слизи, облегчая таким образом прохождение вируса через респираторный тракт [9, 16]. Под воздействием занамивира или осельтамивира вирус не может проникнуть в клетку или покинуть ее, в результате чего репликация становится невозможна и возбудитель погибает. Такой комплексный механизм воздействия обеспечивает высокую эффективность препарата.

Применение занамивира, производимого только в ингаляционной

недидатрия



форме, существенно ограничено из-за развития бронхоспазма в ответ на ингаляцию вещества, что чаще наблюдается у детей и пациентов пожилого и старческого возраста. Осельтамивир – другой представитель этой группы препаратов оказывает эффективное противовирусное системное действие. В настоящее время это действующее вещество выпускается в виде пролекарства – осельтамивира фосфата в капсулах под торговыми названиями Номидес и Тамифлю.

В организме из него образуется активный метаболит – осельтамивира карбоксилат. Номидес – первый отечественный аналог препарата Тамифлю. Он производится в России на заводе, работающем в соответствии с международными стандартами GMP (Good Manufacturing Practice – надлежащей производственной практики), что, несомненно, гарантирует качество производимой продукции. Российский аналог по стоимости примерно на 40% дешевле оригинального препарата.

Клинические исследования показали, что применение осельтамивира для лечения гриппа приводит к сокращению средней длительности заболевания на 37%. Продолжительность таких симптомов, как головная боль, кашель, озноб, насморк, слабость, сокращается на 30–38%, на 67% уменьшается частота осложнений гриппа: пневмонии, бронхита, синусита, отита [16]. Последние исследования показали, что применение осельтамивира на 71% снижает смертность от осложнений у пожилых лиц, относящихся к группе повышенного риска. При профилактике гриппозной инфекции применение осельтамивира в период эпидемической вспышки гриппа позволяет сократить число заболевших на 80–90% [16–19].

Препарат хорошо переносится больными, иногда наблюдаются

незначительные побочные эффекты в виде тошноты и рвоты. При наблюдении за пациентами, получившими осельтамивир, регистрировали головные боли, головокружения, боли в животе, диарею, бессонницу, изменения поведения, в единичных случаях – бред и галлюцинации. Однако все эти симптомы могут проявляться под воздействием самого вируса как в отсутствие терапии, так и при применении каких-либо лекарственных средств.

В 1999 г. осельтамивир был утвержден для лечения и профилактики гриппа А и В у взрослых и детей. В многочисленных рандомизированных плацебоконтролируемых исследованиях была показана его эффективность против различных штаммов вируса [16–23].

В настоящее время препарат производится в виде капсул по 75 мг для взрослых, для детей от трех до восьми лет – по 30 и 45 мг. Также зарегистрирован порошок для приема внутрь в виде суспензии, который можно назначать с 12 месяцев. Осельтамивир применяют для лечения гриппа у взрослых по одной капсуле два раза в сутки в течение пяти дней. Детям старше года рекомендуют разовую дозу от 30 до 75 мг в зависимости от веса. Содержимое капсулы можно растворить в небольшом количестве жидкости приятного для употребления вкуса, что бывает необходимо в детской практике. Для экстренной профилактики гриппа после контакта с больным назначают по одной капсуле осельтамивира в течение десяти дней, а во время сезонных вспышек эпидемии – по одной капсуле в сутки в течение шести недель.

При исследованиях эффективности ингибиторов нейраминидазы большое внимание уделяется изучению резистентности циркулирующих штаммов к ним. Из более чем 1000 изолятов, отобранных

в различных частях мира в 1996–1999 гг., до применения ингибиторов нейраминидазы, не было обнаружено ни одного, имеющего изначальную устойчивость [24]. Исследования последних лет показывают, что частота резистентности к осельтамивиру у взрослых сейчас составляет примерно 0,3%, у детей она несколько выше – около 4%, а по единичным сообщениям в некоторых популяциях достигает 18% [16, 25]. Неэффективность препарата среди некоторых групп детей объясняется тем, что при отсутствии антитела к вирусу гриппа репликация вируса подавляется не полностью, что ведет к появлению резистентных штаммов. Дальнейшие клинические исследования в таких группах детей показали, что предупредить развитие резистентности у пациентов, не имеющих иммунитета к гриппу, можно путем применения препарата в повышенных дозах и/или более продолжительными курсами [16]. В настоящий момент возможность передачи резистентных к осельтамивиру штаммов от человека человеку не подтверждена. В то же время резистентные изоляты сохраняют чувствительность к другим ингибиторам нейраминидазы [25–27]. Однако это не снижает роли осельтамивира как препарата первого выбора в терапии гриппа. С выходом на рынок отечественного препарата Номидес эффективное лечение стало значительно доступнее.

Таким образом, Номидес рекомендуется для лечения и профилактики гриппа у взрослого населения и детей в возрасте старше трех лет. Эффективность препарата обусловлена действующим веществом – осельтамивиром, относящимся к ингибиторам нейраминидазы, рекомендованным ВОЗ на основании результатов проведенных многочисленных исследований. *

Литература

1. Избранные лекции по педиатрии / под ред. А.А. Баранова, Р.Р. Шилиева, Б.С. Каганова. М.: Издательский дом «Династия», 2005.
2. Львов Н.И., Лихопоев В.П. Острые респираторные заболевания. Руководство по инфекционным болезням. 4-е изд., доп. и перераб. СПб.: Фолиант, 2011.
3. Усенко Д.В., Горелова Е.А., Каннер Е.В. Рациональный подход к терапии ОРВИ и гриппа в клинической прак-



- тике врача-педиатра // Русский медицинский журнал. 2015. Т. 23. № 3. С. 174–177.
4. Bellanti J.A. Recurrent respiratory tract infections in pediatric patients // *Drugs*. 2007. Vol. 54. № 1. P. 1–4.
 5. Романцов М.Г., Мельникова И.Ю., Ершов Ф.И. Респираторные заболевания у часто болеющих детей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.
 6. Кузьмина Т.Ю., Тихонова Е.П. Анализ летальных исходов при гриппе H1N1 Swin // *Практическая медицина*. 2011. № 3–1 (50). С. 86.
 7. Свистунова Н.В. Клинические особенности современного гриппа и сравнительный анализ эффективности противовирусной терапии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2014.
 8. Шубин И.В., Чучалин А.Г. Диагностика и лечение острых респираторных вирусных инфекций, гриппа и гриппозной пневмонии // *Поликлиника*. 2011. № 2–1. С. 78–81.
 9. Маркова Т.П., Ярилина Л.Г. Современная противовирусная терапия гриппа и ОРВИ // *Русский медицинский журнал*. 2015. Т. 23. № 4. С. 211–215.
 10. Лазарева Н.Б. Современный взгляд на проблему симптоматической терапии острых респираторных вирусных инфекций // *Медицинский совет*. 2014. № 2. С. 35–39.
 11. Овсянникова Е.М., Коровина Н.А., Моргунова С.Л. и др. Рациональная терапия острых респираторных инфекций и гриппа // *Медицинский совет*. 2015. № 1. С. 66–71.
 12. Кареткина Г.Н. Противовирусная терапия гриппа // *Эффективная фармакотерапия. Эпидемиология и инфекции*. 2012. № 1. С. 46–51.
 13. Сологуб Т.В. Грипп в современных условиях: противовирусная терапия прямого действия // *Медицинский совет*. 2015. № 4. С. 36–45.
 14. Huden F., Couch R. Clinical and epidemiological importance of influenza A viruses resistant to amantadine and rimantadine // *Rev. Med. Virol*. 1992. № 2. P. 89–96.
 15. Галегов Г.А., Андропова В.Л., Небольсин В.Е. Изучение противовирусной активности Ингавирина в отношении «сезонного» вируса гриппа А/H1N1 в культуре клеток МДСК // *Антибиотики и химиотерапия*. 2009. Т. 54. № 9–10. С. 19–22.
 16. Ленева И.А. Осельтамивир (Тамифлю) – противовирусный препарат нового поколения: эффективность осельтамивира против вируса гриппа H5N1 // *Русский медицинский журнал*. 2006. Т. 14. № 29. С. 2059–2061.
 17. Aoki F.Y., Macleod M.D., Paggiaro P. et al. Early administration of oral oseltamivir increases the benefits of influenza treatment // *J. Antimicrob. Chemother*. 2003. Vol. 51. № 1. P. 123–129.
 18. Cooper N.J., Sutton A.J., Abrams K.R. et al. Effectiveness of neuraminidase inhibitors in treatment and prevention of influenza A and B: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials // *BMJ*. 2003. Vol. 326. № 7401. P. 1235.
 19. Ward P., Small I., Smith J. et al. Oseltamivir (Tamiflu) and its potential for use in the event of an influenza pandemic // *J. Antimicrob. Chemother*. 2005. Vol. 55. Suppl. 1. P. i5–i21.
 20. Волощук Л.В., Головачева Е.Г., Го А.А. и др. Клинико-лабораторная оценка эффективности применения осельтамивира для лечения гриппа у госпитализированных пациентов // *Инфекция и иммунитет*. 2015. Т. 5. № 2. С. 143–147.
 21. Колобухина Л.В., Меркулова Л.Н., Бурцева Е.И. и др. Осельтамивир (Тамифлю™): возможность высокоэффективного лечения гриппа // *Русский медицинский журнал*. 2008. Т. 16. № 2. С. 69–73.
 22. Малеев В.В. Роль ингибиторов нейраминидазы в профилактике и лечении гриппа // *Клиническая фармакология и терапия*. 2007. Т. 16. № 1. С. 54–61.
 23. Бакрадзе М.Д., Таточенко В.К., Намазова Л.С. и др. Ингибиторы нейраминидазы – новые возможности в лечении гриппа // *Педиатрическая фармакология*. 2007. Т. 4. № 2. С. 38–47.
 24. McKimm-Breschkin J., Trivedi T., Hampson A. et al. Neuraminidase sequence analysis and susceptibilities of influenza virus clinical isolates to zanamivir and oseltamivir // *Antimicrob. Agents Chemother*. 2003. Vol. 47. № 7. P. 2264–2272.
 25. Kiso M., Mitamura K., Sakai-Tagawa Y. et al. Resistant influenza A viruses in children treated with oseltamivir: descriptive study // *Lancet*. 2004. Vol. 364. № 9436. P. 759–765.
 26. Beigel J.H., Farrar J., Han A.M. et al. Avian influenza A (H5N1) infection in humans // *N. Engl. J. Med*. 2005. Vol. 353. № 13. P. 1374–1385.
 27. Le Q.M., Kiso M., Someya K. et al. Avian flu: isolation of drug-resistant H5N1 virus // *Nature*. 2005. Vol. 437. № 7062. P. 1108.

Недидамид

Selection of Optimal Drug for Treatment of Patients with Influenza

T.A. Ruzhentsova

Central Research Institute of Epidemiology

Contact person: Tatyana Aleksandrovna Ruzhentsova, ruzhencova@gmail.com

According to the World Health Organization only neuraminidase inhibitors exhibit anti-viral activity confirmed by the results from multi-center studies. Among them, oseltamivir marketed under the trademark Tamiflu and Nomides is considered as the most examined, efficient and safe anti-influenza drug.

Key words: influenza, anti-viral therapy, neuraminidase inhibitors, Nomides, oseltamivir



¹ Российская
медицинская
академия
последипломного
образования

² Московский
государственный
медико-
стоматологический
университет
им. А.И. Евдокимова

Эффективность форсифицированного способа профилактики гриппа и острых респираторных инфекций у детей с бронхиальной астмой

Т.А. Чеботарева¹, Т.И. Рычкова²

Адрес для переписки: Татьяна Александровна Чеботарева, t_sheina@mail.ru

На конкретном примере рассматривается влияние вакцинопрофилактики на значительное снижение частоты и тяжести эпизодов острых респираторных заболеваний.

Ключевые слова: вакцинопрофилактика, острые респираторные заболевания, бронхиальная астма, бронхообструкция, поллиноз

Введение

Бронхиальная астма (БА) у детей относится к числу распространенных аллергических болезней. Согласно результатам эпидемиологических исследований, от 4 до 8% населения страдают БА [1]. В детской популяции этот показатель выше – 5–10%.

Одним из аспектов повышения контроля над течением заболевания является профилактика гриппа и других острых респираторных инфекций, которая с учетом особенностей иммунопатогенеза БА требует современных адъювантных подходов [2]. Позитивное влияние комбинированной иммунопрофилактики гриппа с применением препарата ВИФЕРОН® суппозитории

и противогриппозной вакцины у детей с БА обусловлено активацией двух видов иммунитета – специфического и неспецифического. Видимо, данный метод использования рекомбинантного интерферона альфа в комплексе с высокоактивными антиоксидантами наиболее результативный при специфической профилактике гриппа у детей с БА.

Клинический случай

Пациентка П., 5 лет*, наблюдается с диагнозом: бронхиальная астма, персистирующая форма, легкое течение. Аллергический ринит, вызванный пылью растений. Острый атопический конъюнктивит (поллиноз).

Девочка от первой беременности, протекавшей с угрозой прерывания в первом и третьем триместрах, нефропатией во второй половине, самостоятельных родов на 41-й неделе. Вес при рождении – 3800 г, рост – 53 см. Закричала сразу. Оценка по шкале Апгар – 8/9 баллов. К груди приложена в первые сутки жизни. Из роддома выписана на пятые сутки. На естественном вскармливании находилась до двух с половиной месяцев, переведена на искусственное вскармливание в связи с развитием у матери мастита, гипогалактии. Раннее психомоторное развитие соответствовало возрасту. Вакцинирована по календарю, без реакций. Аллергологический анамнез: с трех месяцев – атопический дерматит, с четырех с половиной лет – поллиноз (аллергический ринит, аллергический конъюнктивит, вызванные пылью луговых трав, что подтверждено результатами кожных prick-тестов в пятилетнем возрасте). Перенесенные заболевания: отит в возрасте трех

* Персональные данные пациента изменены.



лет, частые острые респираторные заболевания (ОРЗ) (до 10 раз в год) с двух лет, рецидивирующий острый (обструктивный) бронхит при острых респираторных вирусных инфекциях (ОРВИ) с двух с половиной лет, ветряная оспа – в три года.

Семейный анамнез: возраст матери на момент рождения ребенка – 26 лет. Страдает контактным дерматитом (аллергия замедленного типа на никель). Возраст отца на момент рождения ребенка – 26 лет. Страдает аллергическим риноконъюнктивитом (сенсibilизация к эпидермису и шерсти кошек). У родственников второй степени родства – холодовая и пищевая аллергия, проявляющаяся зудом и дерматитом.

Девочка с родителями живет в отдельной благоустроенной квартире, где соблюдается гипоаллергенный режим.

Анамнез заболевания: после оформления в детское дошкольное учреждение в возрасте двух лет начала часто болеть ОРЗ (до 10 раз в год), в том числе острым (обструктивным) бронхитом 3–6 раз в год. Бронхообструктивный синдром провоцируется ОРВИ, купируется ингаляционными бронхолитическими препаратами (сальбутамол, ипратропия бромид + фенотерол через небулайзер) в течение 5–10 дней. В возрасте четырех лет госпитализирована в аллергологическое отделение ДГКБ Св. Владимира, где была диагностирована бронхиальная астма, легкое персистирующее течение. После выписки из стационара в качестве базисной терапии получала будесонид в дозе 250 мкг/сут в течение трех месяцев с положительным эффектом (в этот период бронхообструкции на фоне ОРВИ не отмечались).

Физикальное обследование: телосложение правильное, питание удовлетворительное (рост – 105 см, вес – 15,2 кг). Артериальное давление – 90/60 мм рт. ст. Кожа бледно-розового цвета, чистая. Зев – слизистая бледно-розовая,

Таблица 1. Течение ОРЗ до и после вакцинопрофилактики гриппа

Оцениваемые параметры	До вакцинации	После вакцинации
Частота эпизодов ОРЗ	10 раз в год	3 раза в год
Длительность эпизодов ОРЗ	10 дней	4 дня
Длительность лихорадки	4 дня	2 дня
Длительность катаральных симптомов	10 дней	В среднем 2–3 дня
Развитие бронхоспазма	Каждый эпизод ОРЗ	Не развивался
Необходимость бронхолитической терапии при ОРВИ	Прием ежедневный	Без проведения бронхолитической терапии
Количество дней пропуска посещения детского дошкольного учреждения в год	156	25

Таблица 2. Данные иммунологического обследования до и после вакцинопрофилактики гриппа

Оцениваемые параметры	До вакцинации	После вакцинации
IgA, г/л	0,3	0,9
IgG1, г/л	8	7,8
IgG2, г/л	4,7	4,8
IgG3, г/л	0,65	1,17
IgG4, г/л	0,95	1,2
Коэффициент ЦИК3%/ЦИК4%	3,5	1,5
<i>Средняя геометрическая титров специфических антител к вакцинным гриппозным штаммам</i>		
H1N1	5,3	9,3
H3N2 Висконсин	1,07	7,3
H3N2 Брисбан	1,07	8,3
B	4,3	6,3

налетов нет. Пальпируются единичные шейные лимфатические узлы до 0,6 см, эластичные, подвижные, безболезненные. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Перкуторно – легочный звук. Область сердца визуально не изменена. Ритм сердца правильный, тоны сердца громкие. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Язык розовый, влажный. Живот не вздут, мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме. Девочка осмотрена отоларингологом: заключение – аллергический ринит.

Рентгенограмма органов грудной клетки – без патологии. Ребенку с БА, обострения которой провоцировались респираторной вирусной инфекцией, была рекомендована профилак-

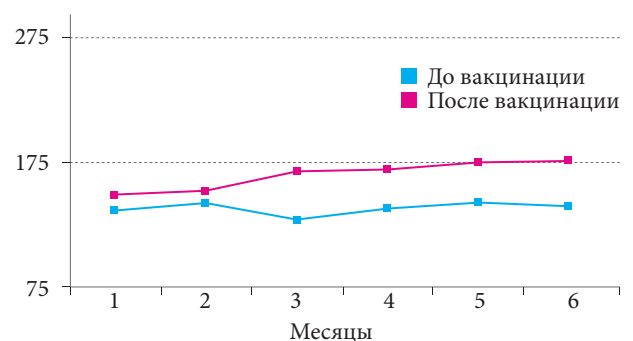


Рисунок. Данные пикфлоуметрии до и после проведения вакцинопрофилактики гриппа

тика ОРВИ, в том числе двухэтапная вакцинопрофилактика гриппа:

- этап I: пятидневный курс препарата ВИФЕРОН® в виде ректальных суппозиториев в дозе 150 000 МЕ два раза в сутки до плановой вакцинации;
- этап II: вакцинопрофилактика гриппа инактивированной субъединичной вакциной.

В поствакцинальном периоде изменений состояния здоровья



При использовании интерферона альфа-2b человеческого рекомбинантного (препарат ВИФЕРОН®) отсутствуют побочные эффекты, возникающие при парентеральном введении препаратов интерферона альфа-2b, не образуются антитела, нейтрализующие противовирусную активность интерферона альфа-2b

не отмечалось: нормальная температура тела сохранялась, местная болевая реакция не превышала одного дня, обострения БА отсутствовали. Объем базисной терапии не изменялся, потребности в применении бронхолитических препаратов не было. Данные клинического и лабораторного обследования до и после вакцинации в течение одного года представлены в табл. 1 и 2, а также на рисунке. Как видим, до вакцинации регистрировалось снижение пиковой

скорости выдоха до 78–80% от нормальных показателей. После вакцинопрофилактики зафиксировано увеличение показателей от 85 до 100% от нормальных показателей.

Обострение БА у пациентки П. обусловлено в основном эпизодами острой респираторной инфекции (фенотип вирусиндуцированной астмы). До вакцинопрофилактики гриппа у ребенка отмечалось не менее десяти эпизодов ОРЗ в год. Каждое из них вызывало обострение БА. Приступы бронхообструкции протекали с выраженным нарушением бронхиальной проходимости и для купирования требовали ежедневного применения бронхолитических препаратов в течение 10–14 дней. В периоде ремиссии наблюдалось снижение пиковой скорости выдоха до 78–80% от возрастной нормы, что не сопровождалось нарушением самочувствия – скрытый бронхоспазм. После проведения вакцинопрофилактики гриппа зарегистрировано значительное снижение частоты и тяжести эпизодов ОРЗ. После вак-

цинопрофилактики развития бронхообструкции на фоне ОРЗ не зафиксировано ни в одном случае. Пиковая скорость выдоха стабилизировалась на уровне 90–100% от возрастной нормы.

Заключение

В развитии обострений БА существенную роль играют ОРВИ [3]. Неконтролируемая БА характеризуется повышенной частотой ОРВИ, которые в свою очередь приводят к обострению заболевания. Эффективный контроль над течением БА на фоне применения ингаляционных глюкокортикостероидов способствует снижению заболеваемости ОРВИ [4]. Вакцинация против гриппа позволяет дополнительно повысить эффективность контроля БА.

В настоящее время наиболее перспективным методом вакцинации против гриппа признан адъювантный. Он позволяет расширить спектр управляемых респираторных вирусных инфекций за счет стимуляции специфического и неспецифического иммунного ответа. ❀

Литература

1. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей: стратегия лечения и профилактики», 4-е изд., испр. и доп. М., 2012.
2. Заплатников А.Л., Гирина А.А., Бурцева Е.И. и др. Эффективность и безопасность комбинированной иммунопрофилактики ОРВИ и гриппа у детей с бронхиальной
3. Елисютина О.Г., Сидорович О.И. Совещание ведущих мировых ученых по профилактике и лечению ОРВИ, гриппа и инфекционно-зависимой бронхиальной астмы // Российский аллергологический журнал. 2014. № 6. С. 83–85.
4. Tenne H.A., Oзерская И.В. Место ингаляционных глюкокортикостероидов в терапии бронхиальной астмы у детей разного возраста // Фарматека. 2015. № 4. С. 82–87.

Efficacy of a Fortified Approach for Preventing Influenza and Acute Respiratory Infections in Children with Bronchial Asthma

T.A. Chebotareva¹, T.I. Rychkova²

¹ Russian Medical Academy of Postgraduate Education

² Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov

Contact person: Tatyana Aleksandrovna Chebotareva, t_sheina@mail.ru

Here, in a clinical case we discuss impact of vaccine prophylaxis on substantial decrease of incidence and severity of acute respiratory diseases.

Key words: vaccine prophylaxis, acute respiratory diseases, bronchial asthma, bronchial obstruction, pollinosis

ВИФЕРОН®

Бережная защита от вирусов

реклама



Лечение и профилактика широкого спектра вирусных и вирусно-бактериальных инфекций (ОРИ, в том числе грипп, герпесвирусные и урогенитальные инфекции, вирусные гепатиты В, С и D).

- ✓ Разрешен детям с первых дней жизни и будущим мамам — с 14 недели беременности
- ✓ Сочетается с другими противовирусными и антибактериальными препаратами
- ✓ Высокая терапевтическая эффективность, обусловленная оригинальной формулой препарата, сочетающей интерферон-α2b и антиоксиданты



P N000017/01*

P N001142/02

P N001142/01



**Блокирует
размножение
вируса**



**Защищает
здоровые клетки
от заражения**



**Восстанавливает
баланс иммунной
системы**

* ВИФЕРОН® Мазь — детям с 1 года.
ВИФЕРОН® Суппозитории, Гель



ферон

(499) 193 30 60

viferon.su

Клинико-иммунологическая эффективность и целесообразность использования иммуотропной терапии при герпетической инфекции у детей

Н.В. Колесникова¹, Т.М. Андропова²

Адрес для переписки: Наталья Владиславовна Колесникова, troickaya@rambler.ru

Основой профилактических и терапевтических стратегий борьбы с герпесвирусной инфекцией является улучшение локального врожденного и адаптивного иммунитета слизистых оболочек. Именно поэтому одним из значимых подходов к оптимизации базисной терапии считается использование иммуномодуляторов направленного действия, способствующих повышению функциональной активности фагоцитов как основной популяции клеток врожденного иммунитета. В качестве таковых перспективными признаны агонисты их рецепторов в виде синтетических и природных минимальных биологически активных фрагментов (МБАФ) патоген-ассоциированных молекул, в частности единственный зарегистрированный в России лекарственный препарат синтетического МБАФ глюкозаминилмурамилдипептида иммуномодулятор Ликопид. В статье проанализированы результаты клинико-лабораторных наблюдений, посвященных использованию Ликопида при герпесвирусных инфекциях у детей (респираторно-герпетическое инфицирование, осложненные формы острых респираторных вирусных инфекций, перинатальная герпесвирусная инфекция, упорно-рецидивирующий орофациальный герпес, вирус Эпштейна – Барр, врожденная цитомегаловирусная инфекция). Полученные данные свидетельствуют о высокой клинико-иммунологической эффективности препарата и целесообразности его использования для потенцирования защитных сил организма в реализации иммуотропной стратегии борьбы с герпетическими инфекциями у детей.

Ключевые слова: врожденный иммунитет, герпесвирусная инфекция, глюкозаминилмурамилдипептид, иммуномодулирующая терапия

Разработка новых стратегий борьбы с герпетической инфекцией – одна из приоритетных задач современного мирового медицинского сообщества. При этом основой ряда профилак-

тических и терапевтических стратегий борьбы с вирусом простого герпеса (ВПГ) является улучшение локального врожденного и адаптивного антигерпетического иммунитета слизистых оболочек [1].

В этом отношении клинический и диагностический интерес представляют исследования инфицирования вирусами семейства *Herpesviridae* (цитомегаловирус (ЦМВ), ВПГ), отличающимися различными механизмами ускользания от иммунного надзора [2], широким распространением и высокой частотой передачи от матери ребенку [3, 4].

Врожденный иммунитет играет существенную роль в патогенезе ВПГ-инфекции, являясь первой линией обороны от антигена вируса за счет гуморальных (система комплемента, цитокины, хемокины) и клеточных (фагоциты, NK-лимфоциты, гамма-дельта-T-клетки) факторов, обеспечивающих условия для реализации адаптивного противовирусного иммунитета [5, 6]. При этом цитокины оказывают противовирусный эффект либо непосредственно через рецепторы, либо опосредованно через иммуотропные эффекты других структур врожденного иммунитета.

В ряде клинических и экспериментальных исследований продемонстрирована эффективность цитокиновой (интерфероновой) терапии в отношении герпетической инфекции как эффективного средства для подавления вирусной инфекции и распространения ВПГ 1-го типа [7].

Кроме того, фагоцитирующие клетки врожденного иммунитета оказывают антигерпетическое

действие. Так, в первые часы после заражения активируются функции макрофагов (фагоцитарная, цитотоксическая, секреторная и антигенпрезентирующая) [8], тогда как нейтрофилы играют ключевую роль в рекрутировании Т- и В-лимфоцитов и контроле вирусной репликации при ВПГ 1-го и 2-го типов некоторых слизистых оболочек [9]. Исходя из сказанного одним из перспективных подходов к оптимизации базисной терапии герпесвирусных инфекций считается включение в нее иммуномодуляторов направленного действия, способствующих усилению функциональной активности фагоцитов как основной популяции клеток врожденного иммунитета. Перспективными корректорами дефектов функциональной активности клеток врожденного иммунитета (нейтрофильных гранулоцитов, моноцитарно-макрофагальных клеток) признаны агонисты их рецепторов в виде синтетических и природных минимальных биологически активных фрагментов (МБАФ) патоген-ассоциированных молекул. В частности, речь идет о единственном зарегистрированном в России в качестве лекарственного препарата синтетического МБАФ глюкозаминилмурамилдипептида (ГМДП) иммуномодуляторе Ликопиде [10]. ГМДП представляет собой МБАФ пептидогликана клеточной стенки всех известных бактерий [11]. Его основной точкой приложения являются фагоцитирующие клетки [12, 13], активация которых происходит при взаимодействии ГМДП и специфических внутриклеточно расположенных NOD2-рецепторов с последующим синтезом провоспалительных цитокинов [14]. Таким образом, основные механизмы действия ГМДП заключаются в увеличении экспрессии HLA-DR антигенов, усилении поглощения микроорганизмов и завершенности фагоцитарного акта за счет повышения уровня лизосомальных ферментов и образования активных форм кислорода, увеличения продукции интерлейкинов (интерлейкинов 1-бета и 12, фактора некроза опухоли альфа, колониестимулирующего

фактора), а также усилении цитотоксичности по отношению к вирус-инфицированным и опухолевым клеткам. Об эффективности Ликопида в терапии герпесвирусных инфекций у детей свидетельствуют накопленные к настоящему времени данные клинико-лабораторных наблюдений. Показано, что комплексная терапия детей с респираторно-герпетическим инфицированием, включающая иммуномодулятор Ликопид, интерферон (Виферон) и индуктор интерферона (Циклоферон), позволяет не только оптимизировать метаболизм лимфоцитов в условиях инфекционного стресса, получить достоверные доказательства клинической эффективности такого лечения, но и разработать дифференцированный подход к назначению указанных иммуностропных препаратов [15]. В частности, при неосложненных формах острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ) на ранних сроках заболевания показано стартовое использование Виферона. У больных с нарушениями

в неврологическом статусе, неоднократно получавших терапию Вифероном и переносящих неосложненные формы ОРВИ или ОРВИ с бронхитами, целесообразно применение Циклоферона. Больным детям, госпитализированным на поздних сроках от начала заболевания, переносящим осложненные формы ОРВИ (пневмонии), прошедшим повторные курсы антибиотикотерапии и предрасположенным к формированию вторичной бактериальной инфекции, показан иммуномодулятор Ликопид. Следует также отметить, что включение в базисную терапию Ликопида, равно как Виферона и Циклоферона, обеспечивает «мягкую» нормализацию гормонального фона во всех группах пациентов с разным уровнем метаболической активности лимфоцитов [15]. При ОРВИ на фоне герпеса, осложненных пневмониями, отмечался положительный эффект при сочетанном использовании Ликопида и Циклоферона и в меньшей степени – при использовании Виферона. Это позволило

Таблица. Динамика иммунологических показателей у детей с перинатальными герпесвирусными инфекциями в зависимости от терапии (M ± m, p)

Показатель	Норма (n = 10)	До лечения (дети в возрасте 1–2 мес)			После лечения (дети в возрасте 3–4 мес)		
		контроль (n = 10)	Ликопид (n = 10)	Ликопид + Виферон (n = 10)	контроль (n = 10)	Ликопид (n = 10)	Ликопид + Виферон (n = 10)
Лимфоциты, × 10 ⁶	3,05 ± 0,54	7,3 ± 1,1	7,6 ± 0,9	7,1 ± 0,9	7,7 ± 1,2	5,4 ± 0,8	5,2 ± 0,7
CD3, %	57,3 ± 3,0	52,0 ± 4,3	51,0 ± 3,2	49,0 ± 3,1	51,1 ± 3,2	51,2 ± 4,3	52,6 ± 3,6
CD4, %	45,5 ± 1,9	39,2 ± 2,3	41,6 ± 3,1	38,8 ± 2,6	34,2 ± 2,1	40,8 ± 2,1*	42,2 ± 1,8*
CD8, %	21,2 ± 1,8	16,3 ± 1,4	15,4 ± 1,9	15,7 ± 2,1	15,1 ± 1,6	17,8 ± 2,4	25,7 ± 3,2*
CD16, %	15,5 ± 1,8	16,5 ± 1,9	16,7 ± 2,3	15,9 ± 1,7	14,5 ± 1,9	15,4 ± 1,7	16,2 ± 2,1
CD20, %	23,3 ± 2,5	21,6 ± 2,3	23,8 ± 2,5	24,3 ± 2,1	21,5 ± 2,5	24,3 ± 2,2	23,1 ± 2,1
CD21, %	17,6 ± 1,8	21,3 ± 2,1	22,5 ± 2,2	20,9 ± 2,1	24,1 ± 2,3	32,5 ± 2,1*	25,4 ± 1,9**
CD25, %	18,8 ± 1,8	22,5 ± 2,1	21,1 ± 1,9	23,2 ± 2,2	21,4 ± 2,4	23,1 ± 2,5	25,1 ± 2,7
CD71, %	12,8 ± 2,1	18,6 ± 1,8	19,5 ± 2,1	17,4 ± 2,3	16,5 ± 1,8	17,6 ± 2,2	18,4 ± 2,1
CD95, %	22,2 ± 1,6	32,1 ± 2,4	33,2 ± 3,5	32,6 ± 2,7	28,7 ± 2,5	36,5 ± 2,8*	32,4 ± 2,6
ФГА-РБТЛ, %	75,0 ± 2,0	63,3 ± 2,4	66,7 ± 3,2	68,7 ± 2,9	58,9 ± 3,0	73,5 ± 3,1	82,3 ± 2,9*
IgG, г/л	3,6 ± 0,3	3,23 ± 0,6	2,9 ± 0,7	4,4 ± 0,5	4,87 ± 0,5**	7,3 ± 0,4*	5,54 ± 0,6*
ИФН-альфа, МЕ/мл	32,0 ± 2,3	11,2 ± 1,6	12,5 ± 2,1	10,5 ± 2,3	12,1 ± 2,3	15,1 ± 2,7	28,2 ± 4,4*
ИФН-гамма, МЕ/мл	8,0 ± 1,4	20,6 ± 2,7	23,1 ± 3,2	19,4 ± 3,6	24,3 ± 2,3	26,4 ± 3,1	23,7 ± 3,8

* Различия достоверны по сравнению с контрольной группой (p < 0,05).

** Динамика достоверна по сравнению с первым исследованием (p < 0,05).

Примечание. ФГА – фитогемагглютинин. РБТЛ – реакция бласттрансформации лимфоцитов.

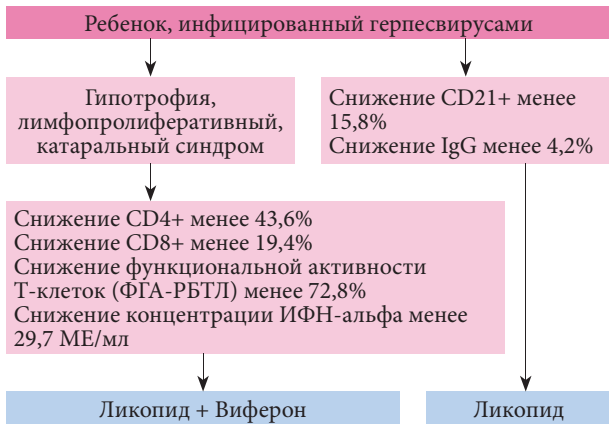


Рис. 1. Алгоритм дифференциальной иммунокоррекции перинатальных герпесвирусных инфекций у детей раннего возраста

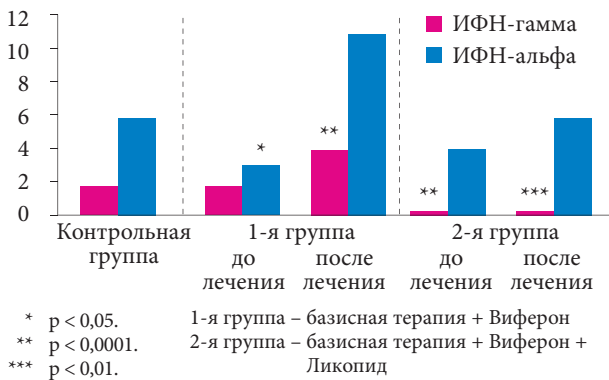


Рис. 2. Изменение состояния системы интерферонов у детей с ассоциированными респираторными и герпетическими вирусными инфекциями на фоне комбинированной интерфероно- и иммунотерапии

- НГ – нейтрофильные гранулоциты;
- ФАН – активно фагоцитирующие нейтрофильные гранулоциты;
- ФЧ – фагоцитарное число;
- И – фагоцитарный индекс;
- П – переваривание;
- ИП – индекс переваривания;
- ИППА – интегральный показатель переваривающей активности;
- ФПКсп, % – доля формазан-позитивных клеток в спонтанном NBT-тесте;
- ФПКст, % – доля формазан-позитивных клеток в стимулированном NBT-тесте;
- СЦИсп – средний цитохимический индекс в спонтанном NBT-тесте;
- СЦИст – средний цитохимический индекс в стимулированном NBT-тесте;
- КМ – коэффициент мобилизации.



Рис. 3. Изменение функциональной активности нейтрофильных гранулоцитов у детей с ассоциированными респираторными и герпетическими вирусными инфекциями на фоне комбинированной интерфероно- и иммунотерапии (% от контроля)

сделать вывод, что при осложненном течении ОРВИ во избежание повторных бактериальных осложнений целесообразно применение Ликолида.

При поиске клинко-лабораторных критериев для дифференцированной терапии детей раннего возраста с перинатальной герпесвирусной инфекцией обоснована необходимость иммуномодулирующей терапии. При оценке иммунного статуса у пациентов было выявлено увеличение относительного содержания клеток с маркерами активации (CD71, CD95) и концентрации интерферона (ИФН) гамма, а также снижение относительной доли лимфоцитов CD3+, CD4+, CD8+ и концентрации ИФН-альфа. Это позволило не только обосновать диспансерное наблюдение в течение первого года жизни за такими пациентами, но и определить дифференцированный подход к иммуномодулирующей терапии [16]. В частности, установлено, что использование Ликолида в составе базисной терапии стабилизирует преимущественно гуморальный иммунный ответ пациентов, тогда как его сочетание с Вифероном оказывает нормализующее действие на клеточно-опосредованный иммунитет (см. таблицу).

В основу дифференцированного подхода к иммунотерапии детей, инфицированных герпесвирусами и имеющих клинические признаки гипотрофии, лимфопролиферативного и катарального синдрома, легли лабораторные критерии лимфоцитов CD21+ (менее 15,81%) и концентрация IgG (менее 4,2 г/л) (рис. 1).

Достоверную клинко-иммунологическую эффективность сочетанной терапии Ликолидом и рекомбинантным ИФН-альфа (Вифероном) у детей с ассоциированными респираторными и герпетическими вирусными инфекциями продемонстрировали результаты исследования, проведенного в 2014 г. [17].

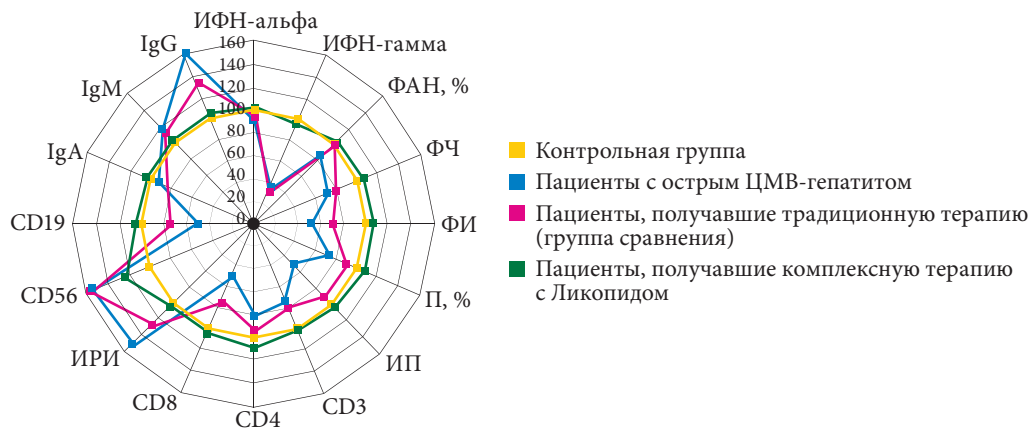
Наряду с клинической эффективностью (сокращение частоты ОРВИ, увеличение длительности клинического благополучного периода, уменьшение количества детей с рецидивами ВПГ-инфекции) зафиксированы достоверные иммуностропные эффекты сочетанной базисной традиционной терапии с использованием иммуномодулятора Ликолида в виде нормализации уровня ИФН-альфа (рис. 2), а также числа активно фагоцитирующих нейтрофильных лейкоцитов, их поглотительной, переваривающей способности и усиления резервной NADPH-оксидазной активности нейтрофильных гранулоцитов (рис. 3).

По мнению авторов, включение в программу комбинированной иммуномодулирующей терапии Ликолидом при наличии преобладающего дефектного функционирования нейтрофильных гранулоцитов у детей с ассоциированными возвратными респираторными и различными герпетическими вирусными инфекциями имеет существенные преимущества, связанные с эффективной коррекцией выявленных нарушений в системе нейтрофильных гранулоцитов – важных клеточных факторов врожденного иммунитета, являющихся весомым компонентом клеточной иммунной реакции против вирус-инфицированных клеток в ранней фазе вирусной ин-

фекции [5]. Необходимо отметить, что выраженная клинико-иммунологическая эффективность последовательной терапии иммуномодулятором Ликопид на фоне стандартной базисной терапии (Изопринозин, интерферонотерапия) подтверждена указанными исследователями и у взрослых пациентов, страдающих хроническим упорно-рецидивирующим орофациальным герпесом [18].

В публикациях приводятся данные об использовании Ликопида у детей с выявленной предрасположенностью к бактериальным инфекциям и инфицированных вирусом Эпштейна – Барр для предотвращения иммунологической дисфункции и негладкого течения периода реконвалесценции [19]. У пациентов, получавших иммуотропную терапию Ликопидом, отмечались купирование астеновегетативного синдрома (76,9%), достоверное снижение содержания атипичных мононуклеаров в крови ($9,1 \pm 1,2\%$ до $1,0 \pm 0,5\%$), нормализация уровня содержания ИФН-гамма (снижение в 1,4 раза). При наблюдении в течение года за больными, получавшими Ликопид в периоде ранней реконвалесценции, было установлено, что частота интеркуррентных заболеваний у них была в три раза ниже, чем в группе контроля.

Клинические эффекты комплексного этиотропного лечения, включающего иммуномодулятор Ликопид в сочетании с иммунозаместительной терапией (Иммуновенин) у новорожденных и детей грудного возраста с инфекцией, вызванной ВПГ 1-го и 2-го типов, состоят в значимом сокращении длительности конъюгационной желтухи, везикулярной сыпи, лимфоаденита и частоты ОРВИ, увеличения размеров печени и гипот-



ИРИ – иммунореактивный инсулин.

Рис. 4. Влияние Ликопида на показатели системного иммунитета детей раннего возраста с острым ЦМВ-гепатитом (% от контроля)

рофии [20]. Выявлены отчетливые иммуномодулирующие эффекты комплексной иммуотропной терапии, характеризующиеся достоверно более высоким содержанием относительного и абсолютного количества Т-лимфоцитов (CD3+, CD8+) и снижением относительного количества В-лимфоцитов (CD20+) через три месяца после окончания курса лечения [20].

Выявленная высокая фармакоэкономическая эффективность Ликопида в терапии вирусного гепатита у детей с врожденной ЦМВ-инфекцией основана на достоверных данных о сокращении длительности периода активности заболевания, длительности противовирусной терапии, быстром улучшении состояния, снижении потребности в применении глюкокортикоидных гормонов, сочетающихся с выраженным иммуномодулирующим действием иммуномодулятора (устранение глубоких дефектов продукции ИФН-гамма, восстановление фагоцитарной функции лейкоцитов, содержания

цитотоксических CD8+ Т-лимфоцитов, а также В-клеток (CD19+) с нормализацией продукции ими сывороточного IgG (рис. 4) [21]. Таким образом, отечественный иммуномодулятор Ликопид, представляющий собой активный фрагмент бактериальных клеточных стенок, ответственный за иммуностимулирующий эффект целых бактерий, является природным регулятором иммунитета, выработанным в процессе эволюции. Препарат характеризуется комплексным воздействием на иммунную систему организма, стимулирует функциональную активность фагоцитирующих клеток, усиливает пролиферацию Т- и В-лимфоцитов. Высокая клинико-иммунологическая эффективность Ликопида в составе комплексной терапии герпетических инфекций у детей обуславливает целесообразность его использования для потенцирования защитных сил организма в реализации иммуотропной стратегии борьбы с герпетическими инфекциями. *

Литература

- Gebhardt B.M., Focher F., Eberle R. et al. Effect of combinations of antiviral drugs on herpes simplex encephalitis // Drug Des. Devel. Ther. 2009. Vol. 3. P. 289–294.
- Mansur D.S., Kroon E.G., Nogueira M.L. et al. Lethal encephalitis in myeloid differentiation factor 88-deficient mice infected with herpes simplex virus 1 // Am. J. Pathol. 2005. Vol. 166. № 5. P. 1419–1426.
- Анохин В.А., Бикмухамедов Д.А. Вирус простого герпеса и онкологические заболевания // Инфекционные болезни. 2004. Т. 2. № 2. С. 59–63.
- Исаков В.А., Архипова Е.И., Исаков Д.В. Герпесвирусные инфекции человека. Руководство для врачей. СПб., 2006.
- Chan T., Barra N.G., Lee A.J., Ashkar A.A. Innate and adaptive immunity against herpes simplex virus type 2 in the genital mucosa // J. Reprod. Immunol. 2011. Vol. 88. № 2. P. 210–218.

6. Kim M., Osborne N.R., Zeng W. et al. Herpes simplex virus antigens directly activate NK cells via TLR2, thus facilitating their presentation to CD4 T lymphocytes // J. Immunol. 2012. Vol. 188. № 9. P. 4158–4170.
7. Mikloska Z., Cunningham A.L. Alpha and gamma interferons inhibit herpes simplex virus type 1 infection and spread in epidermal cells after axonal transmission // J. Virol. 2001. Vol. 75. № 23. P. 11821–11826.
8. Ellermann-Eriksen S. Macrophages and cytokines in the early defence against herpes simplex virus // Virol. J. 2005. Vol. 2. № 59.
9. Molesworth-Kenyon S.J., Popham N., Milam A. et al. Resident corneal cells communicate with neutrophils leading to the production of IP-10 during the primary inflammatory response to HSV-1 infection // Int. J. Inflam. 2012.
10. Пинегин Б.В., Андронина Т.М., Карсонова М.А. Препараты мурамилдипептидного ряда – иммуотропные лекарственные средства нового поколения // Юбилейный сборник научных статей «Липоид в комплексной программе иммунодефицитных состояний». М., 2005. С. 19–36.
11. Несмеянов В.А. Глюкозаминилмурамилпептиды: на пути к пониманию молекулярного механизма биологической активности // Int. J. Immunorehabilitation. 1998. № 10. P. 19–29.
12. Хаитов Р.М. Главная мишень иммуномодулирующего действия ГМДП (Липоида) // Иммунология. 1994. Т. 15. № 2. С. 48–50.
13. Колесникова Н.В., Нестерова И.В., Чудилова Г.А., Пинегин Б.В. Иммуномодулирующие эффекты липоида при экспериментальной депрессии нейтрофильных гранулоцитов // Иммунология. 1999. Т. 20. № 6. С. 60–61.
14. Meshcheryakova E., Makarov E., Philpott D. et al. Evidence for correlation between the intensities of adjuvant effects and NOD2 activation by monomeric, dimeric and lipophylic derivatives of N-acetylglucosaminyl-N-acetylmuramyl peptides // Vaccine. 2007. Vol. 25. № 23. P. 4515–4520.
15. Иванова В.В., Говорова Л.В., Вершинина Е.Н. Влияние иммуномодулирующей терапии на метаболический ответ лимфоцитов у больных ОРВИ на фоне герпетического инфицирования // Детские инфекции. 2006. Т. 5. № 2. С. 6–11.
16. Иванова В.В., Иванова М.В., Левина А.С. и др. Современные принципы диагностики и лечения перинатальных герпесвирусных инфекций // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2008. Т. 53. № 1. С. 10–18.
17. Нестерова И.В., Ковалева С.В., Клеценко Е.И. и др. Новые подходы к проведению интерфероно- и иммуномодулирующей терапии у иммунокомпрометированных детей с возвратными острыми респираторными вирусными инфекциями, ассоциированными с герпесвирусными инфекциями // Лечащий врач. 2014. № 4. С. 107–111.
18. Нестерова И.В., Ковалева С.В., Ломтатидзе Л.В., Коква Л.Н. Интерферон альфа-2 в комплексной иммунотерапии хронического упорно-рецидивирующего орофациального герпеса // Лечащий врач. 2011. № 4. С. 22–24.
19. Родионова О.В., Александрова Н.В., Букина А.А., Железникова Г.Ф. Принципы применения иммуномодулирующей терапии с использованием препарата «Липоид» у детей после перенесенного инфекционного мононуклеоза // Иммунология. 2003. Т. 24. № 4. С. 233–237.
20. Кравченко Л.В. Оптимизация терапии герпетической инфекции 1-го и 2-го типов у грудных детей // Педиатрия. Журнал им. Н.Г. Сперанского. 2012. Т. 91. № 1. С. 57–62.
21. Соболева Н.Г., Шановалова Т.И., Осипова И.Г. Результаты двойного слепого рандомизированного исследования клинической эффективности Липоида в комплексном лечении цитомегаловирусного гепатита у детей // Педиатрия. Журнал им. Н.Г. Сперанского. 2009. Т. 87. № 2. С. 100–103.

Clinical and Immunological Efficacy and Rationale for Using Immunotropic Therapy in Herpes Infection in Children

N.V. Kolesnikova¹, T.M. Andronova²

¹ Kuban State Medical Academy

² CJSC Peptek, M.M. Shemyakin – Yu.A. Ovchinnikov Institute of Bioorganic Chemistry

Contact person: Natalya Vladislavovna Kolesnikova, troickaya@rambler.ru

Preventive and therapeutic strategies of fight against herpesvirus infection are based on improving local innate and adaptive immunity in mucosae. Due to this, targeted immunomodulators facilitating enhanced functional activity of phagocytes as the main innate cell type is considered as an important approach for optimizing basal therapy. In connection with this, it is promising to use receptor agonists such as synthetic and natural minimum biologically active fragments (MBAF) from pathogen-associated molecular patterns, particularly MBAF glucosaminylmuramyl dipeptide-containing Licopid, a standalone domestic immunomodulator registered in Russia. Here we review results of clinical and laboratory observations aimed at using Licopid in therapy of herpesvirus infection in children (respiratory herpes infection, complicated acute respiratory viral infections, perinatal herpesvirus infection, persistent-recurrent orofacial herpes, Epstein – Barr virus, congenital cytomegalovirus infection). The data obtained evidence about high clinical and immunological efficacy of the drug and rationale for its use to potentiate body defense system as immunotropic strategy of fight against herpesvirus infection in children.

Key words: innate immunity, herpesvirus infection, glucosaminylmuramyl dipeptide, immunomodulatory therapy



ДВАДЦАТЬ ВТОРАЯ ОБЪЕДИНЕННАЯ РОССИЙСКАЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКАЯ НЕДЕЛЯ

с 3 по 5 октября 2016 года

**Москва, проспект Вернадского, д. 84,
ст. метро «Юго-Западная»**

Уважаемые коллеги!

Российская гастроэнтерологическая ассоциация (РГА) приглашает вас принять участие в работе очередного съезда врачей-гастроэнтерологов – Двадцать второй объединенной Российской гастроэнтерологической недели. Гастронеделя состоится в Москве **с 3 по 5 октября 2016 г.** в Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ по адресу: просп. Вернадского, д. 84 (ст. м. «Юго-Западная»).

Программа гастронедели включает в себя обсуждение широкого круга теоретических и практических проблем современной гастроэнтерологии, эндоскопии, гепатологии, педиатрии, нутрициологии и других смежных с гастроэнтерологией дисциплин. Большинство приглашенных докладчиков – признанные отечественные и зарубежные эксперты.

В рамках гастронедели в нескольких залах будут проходить научные симпозиумы. Как и на предыдущих мероприятиях, будет продолжено обсуждение стандартов и порядков оказания специализированной медицинской помощи и клинических рекомендаций по специальности «гастроэнтерология»; лучшие специалисты проведут клинические симпозиумы Российской гастроэнтерологической ассоциации и выступят с лекциями мастер-класса. Планируется представление коллективов и школ, в течение многих лет развивающих отечественную медицину.

В период проведения гастронедели будет работать выставка современных лекарственных препаратов, медицинской техники и технологий, применяемых в гастроэнтерологии и лечебном питании, и специализированных изданий.

Перед гастронеделями **с 30 сентября по 2 октября 2016 г.** состоится Международная осенняя сессия Национальной школы гастроэнтерологии, гепатологии РГА.

Вход на научные заседания гастронедели свободный.

Почтовый адрес для переписки и справок: 119146, Москва, а/я 31, «ГАСТРО».

Телефон для справок: +7 926 213-25-52.

Электронная почта: fin.fin@ru.net, rga-org@yandex.ru.

Адреса в Интернете: www.gastro.ru, www.liver.ru.



Питание детей раннего возраста. Все ли мы делаем правильно?

Одним из важных этапов развития ребенка является введение прикорма. В этот период имеет место переход от исключительно молочного питания к более разнообразному, обеспечивающему растущий организм необходимыми нутриентами. Основу прикорма детей первого года жизни должны составлять продукты промышленного производства, гарантирующие сбалансированный состав и безопасность входящих в него компонентов.



Профессор, д.м.н.
Т.Н. Сорвачева

Доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой диетологии и нутрициологии Российской медицинской академии последипломного образования Татьяна Николаевна СОРВАЧЕВА отметила, что тема прикорма детей раннего возраста остается предметом активного обсуждения. За последние несколько лет была унифицирована терминология, неоднократно менялись сроки введения прикорма и схема вскармливания. В настоящее время прикорм рассматривается в контексте национальных традиций и концепции пищевого программирования.

В историческом аспекте сроки введения прикорма, схема вскармливания в нашей стране и за рубежом претерпели существенные изменения.

Национальные традиции по введению прикорма. Выбор на генетическом уровне

Согласно методическим рекомендациям по вскармливанию детей первого года жизни 1982 г., первый прикорм в виде сока назначали с одного месяца жизни. Необходимость раннего прикорма трактовалась как дополнение к грудному молоку или смеси пищевых веществ, которых на определенном этапе лактации становилось недостаточно для растущего организма ребенка. Прикорм расценивался как фактор, влияющий на моторику и ферментативную активность желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). В зарубежной практике наблюдалась аналогичная тенденция – введение прикорма с трех-четырёх месяцев, фруктового сока – с одного.

В 1999 г. были изданы методические рекомендации «Современные принципы и методы вскармливания детей первого года жизни», которые изменили понятие прикорма. Прикормом стали считать все пищевые вещества, вводимые в рацион ребенка на протяжении первого года жизни, кроме грудного молока или искусственных смесей. Сроки назначения прикорма были изменены на основании новых данных о возрастных физиолого-биохимических особенностях организма ребенка: степени зрелости ЖКТ (проницаемость

слизистой, ферментативная активность, уровень местного иммунитета), функционального состояния почек, способности проглатывать полужидкую и более густую пищу (угасание рефлекса «выталкивания ложки»). В рекомендациях обозначены различные сроки назначения прикорма при естественном и искусственном вскармливании. Сроки введения фруктового компонента отдалены – с трех месяцев. Даны предпосылки для индивидуального подхода.

Настоящий этап ознаменован новым пониманием роли прикорма. Учитываются его новые возможности: не только дополнение и расширение спектра пищевых веществ рациона, формирование нервно-рефлекторной координации глотания, жевания, влияния на моторику ЖКТ, но и значение в формировании вкуса и сенсорного восприятия (оптимальный коридор – четыре – восемь месяцев), переход от преимущественно липидного типа питания к углеводному, влияние прикорма на состояние микробиоты. Этот факт послужил основанием для включения в прикорм пре- и пробиотиков, что позволяет рассматривать его в концепции функционального питания.



Сателлитный симпозиум ОАО «ПРОГРЕСС»

На основании последних национальных рекомендаций по вскармливанию детей первого года жизни приняты единые сроки введения прикорма при естественном и искусственном вскармливании, отдалены сроки назначения прикорма до четырех – шести месяцев. Расширен диапазон для введения овощного пюре и каш с учетом индивидуальных особенностей ребенка, отдалены сроки назначения творога, неадаптированных кисломолочных продуктов. Коровье молоко рекомендуется использовать только для приготовления прикорма.

Новые данные о роли питания в ранний период развития ребенка анализируются в концепции нутригеномики, пищевого программирования. Нутригеномика и нутригеномика – два новых направления науки, изучающих влияние питания на метаболизм.

Термин «нутригеномика» был впервые введен доктором П.О. Бреннаном в 1975 г. Исследователь изучал, как генетические различия заставляют людей по-разному реагировать на одни и те же пищевые вещества. Как известно, молекулы ДНК в ядрах клеток представляют собой банки памяти, содержащие полную генетическую информацию. У каждого человека свой генофонд. При этом на генетическую программу воздействуют внешние факторы. Например, нутригеномика изучает влияние питания на экспрессию генов. Таким образом, нутригеномика исследует эффекты генетической вариативности влияния нутриентов на здоровье и развитие ребенка, а нутригеномика позволяет создавать научно обоснованные рекомендации по питанию на основании генетической информации. Это обеспечивает персонализированный подход к питанию.

Пищевое программирование, или метаболический импринтинг, – воздействие определенных факторов в критическом периоде развития, приводящее к метаболическим изменениям, которые сохраняются и передаются по наследству. Согласно концепции пищевого программирования, характер питания плода и детей раннего возраста (1000 дней) обуславливает особенности метаболизма на протяжении последующей жизни. Доказан широкий спектр эффектов пищевого программирования – на процессы пролиферации, дифференцировку клеток, формирование органов и систем, их размеры, структуру, функции. Установлено влияние на активность ферментных систем, экспрессию генов, кодирующих ферменты, рецепторные белки. Показано, что питание в течение внутриутробного периода и первых двух лет жизни определяет вкусовые предпочтения и пищевое поведение ребенка в будущем. По мнению международных экспертов, вводить прикорм в пищевой рацион здоровых доношенных детей целесообразно в интервале четырех – шести месяцев¹. На современном этапе в концепции пищевого программирования рассматривается не только вид вскармливания, в частности избыточное потребление белка при искусственном вскармливании, но и возможная роль прикорма. Установлена роль прикорма в развитии риска ожирения. Показана взаимосвязь как со сроками введения, так и с видом прикорма. При искусственном вскармливании введение прикорма ранее четырех месяцев ассоциируется с шестикратным увеличением риска ожирения в возрасте трех лет. Наиболее значимым в контексте пищевого программирования рассматривается избыточ-

ное потребление молочного, а не мясного белка. При естественном вскармливании такой взаимосвязи не установлено, а отмечен профилактический эффект грудного вскармливания².

Профессор Т.Н. Сорвачева отметила, что в России увеличилось количество детей в возрасте от двух лет с повышенным индексом массы тела и риском развития ожирения. В связи с этим необходимо избегать повышенного потребления белка как со смесью, так и с прикормом, с осторожностью вводить высокобелковые молочные продукты. Потребление белка мясных продуктов не ассоциируется с увеличением накопления жировой ткани в более старшем возрасте. Самостоятельный прием прикорма также формирует правильные вкусовые привычки, которые могут служить профилактикой ожирения. В качестве первого прикорма детям группы риска по ожирению при адекватном естественном вскармливании с пяти – пяти с половиной месяцев назначают безмолочную (гречневую и др.) кашу, обогащенную железом, или овощное пюре (брокколи, цветная капуста). Детям на искусственном вскармливании с пяти месяцев кроме указанных продуктов можно вводить фруктовый компонент.

Наряду с ожирением эпидемией XXI в. являются аллергические заболевания. В качестве основных традиционных направлений профилактики аллергии в отечественной педиатрической практике рассматриваются продолжительное естественное вскармливание, отдаление сроков назначения прикорма, применение гипоаллергенных диет и разработка широкого ассортимента гипоаллергенных продуктов. Начинать прикорм детям до года необходимо с гипоаллергенных продуктов. Введение прикорма детям с риском разви-

недуга

¹ Zutavern A., Brockow I., Schaaf B. et al. Timing of solid food introduction in relation to eczema, asthma, allergic rhinitis, and food and inhalant sensitization at the age of 6 years: results from the prospective birth cohort study LISA // *Pediatrics*. 2008. Vol. 121. № 1. P. e44–e52.

² Pearce J., Taylor M.A., Langley-Evans S.C. Timing of the introduction of complementary feeding and risk of childhood obesity: a systematic review // *Int. J. Obes. (Lond.)*. 2013. Vol. 37. № 10. P. 1295–1306.



XVI Всероссийский конгресс нутрициологов и диетологов

недидактика

тия аллергических заболеваний можно начать с линейки продуктов «Первый выбор» марки «ФрутоНяня» (ОАО «ПРОГРЕСС»). Это сухие безмолочные каши (рисовая и гречневая), однокомпонентные овощные пюре (брокколи, цветная капуста), соки (яблочный, грушевый), фруктовые пюре (яблочное, грушевое), мясные пюре (индейка, кролик).

В настоящее время особое внимание уделяется проблеме целиакии у детей. В нашей стране в прошлом позиционировалось традиционно раннее назначение глютенсодержащего прикорма – 5%-ной манной каши. Впоследствии сроки назначения глютенсодержащего прикорма в отечественных рекомендациях были отдалены до восьми – десяти месяцев, в зарубежных – до 12 месяцев жизни ребенка. Согласно новым данным ESPGAN (European Society for Paediatric Gastroenterology and Nutrition – Европейская ассоциация детских гастроэнтерологов, гепатологов и диетологов), срок введения глютена не влияет на последующее развитие целиакии. Вместе с тем позднее введение глютена отодвигает срок ее манифестации. В отсутствие убедительных

доказательств с целью снижения риска развития целиакии целесообразно избегать как раннего (до четырех месяцев), так и позднего (после семи месяцев) введения глютена. В рацион ребенка его следует вводить на фоне грудного вскармливания³.

Докладчик подчеркнула, что нельзя недооценивать проблему развития дефицита железа у детей. Дефицит железа относится к числу наиболее распространенных видов дефицитных состояний в мире. Ребенок первого года жизни входит в группу риска по развитию дефицита железа после четырех-пяти месяцев жизни, когда истощаются запасы железа, полученные от матери, и метаболизм железа должен осуществляться за счет его алиментарного поступления. Недостаточное потребление железа с прикормом несет в себе негативный долгосрочный эффект. Наиболее эффективными подходами к профилактике железодефицитной анемии у детей считаются естественное вскармливание, адекватное содержание железа в смесях, обогащение продуктов прикорма и адекватные сроки введения прикорма. С целью обогащения рациона железом в настоящее время из-

менены сроки назначения мясного прикорма. Мясное пюре характеризуется достаточным уровнем гемового железа с высокой степенью биодоступности. Мясной прикорм детям первого года жизни рекомендуется назначать не позднее шести месяцев. Алгоритм введения прикорма детям группы риска по железодефицитным состояниям и анемии с использованием продуктов «ФрутоНяня» линейки «Первый выбор» подразумевает использование обогащенных железом безмолочных каш, прежде всего гречневой. Они восполняют до 20% суточной потребности в железе, содержат витамины и необходимый для развития организма ребенка цинк. Далее последовательно в рацион ребенка вводят овощное пюре из брокколи, фруктовые компоненты и мясное пюре из индейки.

Обобщая представленные данные, профессор Т.Н. Сорвачева отметила, что при введении прикорма детям первого года жизни надо учитывать генетическую предрасположенность к продуктам питания. На современном этапе должен быть достигнут консенсус между национальными традициями и новыми тенденциями.



Профессор, д.б.н.
В.М. Коденцова

Зачем нужны обогащенные микронутриентами продукты прикорма для детей раннего возраста

новна КОДЕНЦОВА рассказала о роли витаминов и микроэлементов в рационе детей раннего возраста.

Витамины и микроэлементы (микронутриенты) – незаменимые пищевые вещества, которые поступают с пищей и не синтезируются организмом человека. Существуют нормы потребления микронутриентов. Это усредненные величины необходимого поступления пищевых и биологически активных веществ, обеспечивающих оптимальную реализацию физиолого-биохимических процессов, за-

крепленных в генотипе человека. Кроме того, нормой считается величина, достаточная для удовлетворения физиологических потребностей подавляющего большинства населения (более 97,5%) с учетом возраста, пола, физиологического состояния и физической активности.

Молоко матери – идеальный источник микронутриентов для детей первых шести месяцев жизни. Согласно результатам исследований, состав грудного молока динамичен и может изменяться в течение не только суток,

³ Vriezinga S.L., Auricchio R., Bravi E. et al. Randomized feeding intervention in infants at high risk for celiac disease // N. Engl. J. Med. 2014. Vol. 371. № 14. P. 1304–1315.



Сателлитный симпозиум ОАО «ПРОГРЕСС»

но и одного кормления. При этом состав грудного молока зависит от срока лактации, обеспеченности женщины витаминами и минеральными веществами⁴.

В одном из исследований изучали зависимость суточной секреции витаминов с грудным молоком от содержания витаминов в рационе и их уровня в крови кормящих женщин, а также уровень содержания витаминов в молоке женщин, обеспеченных витаминами. Минимальные концентрации витаминов обнаруживаются у кормящих женщин с дефицитом микронутриентов. Соответственно содержание витаминов в грудном молоке прямо коррелирует с витаминным составом пищи кормящей женщины⁵.

Установлено, что более половины беременных имеют недостаток витамина D, бета-каротина, витамина B₂ и др. При этом у большинства женщин выявляется недостаток одновременно нескольких витаминов.

Для населения нашей страны характерно состояние полигиповитаминоза – сочетанной недостаточности нескольких витаминов (витаминов группы B, витаминов D, C, бета-каротина). Подобный дефицит наблюдается не только весной, но и в летне-осенний период и сочетается с дефицитом кальция, йода, железа и ряда других микронутриентов (цинк, магний). Низкая обеспеченность витаминами характерна для всех регионов.

Следует отметить, что в настоящее время в условиях недостаточной физической работы приходится снижать калорийность рациона. В результате рацион из традиционных продуктов не способен обеспечить потребность в микронутриентах.

Недостаточное потребление микронутриентов – негативный фактор, влияющий на здоровье,

развитие и жизнеспособность населения. С чем связан дефицит витаминов у населения нашей страны?

Экспертами разработан оптимальный рекомендуемый набор продуктов для ежедневного потребления, содержащих необходимые для человека вещества, такие как углеводы, витамины, белки, минеральные вещества, жиры. Однако в России, по данным Федеральной службы государственной статистики за 2014 г., наблюдается недостаточное потребление населением овощей и фруктов, мясных продуктов и рыбы⁶. Основными причинами нарушения полноты и сбалансированности питания являются превышение калорийности рациона по сравнению с энерготратами, что приводит к избыточной массе тела и развитию ожирения среди детского (до 20%) и взрослого (более 55%) населения, избыточное потребление жира, сахара и соли, недостаточное потребление большинства витаминов групп B, D, C и E, каротиноидов, а также ряда минеральных веществ.

Даже идеально подобранный рацион взрослых, рассчитанный на 2500 ккал в день, недостаточен по большинству витаминов по крайней мере на 20% и не обеспечивает повышенные потребности беременных и кормящих женщин.

Данные многочисленных исследований подтвердили, что для удовлетворения потребности ребенка в микронутриентах и увеличения объема лактации необходим дополнительный прием витаминов и минеральных комплексов в период беременности и лактации.

Несомненно, материнское молоко является оптимальной пищей для новорожденного, однако по мере роста ребенка его стано-

вится недостаточно для полноценного роста и развития. Введение прикорма в пищевой рацион ребенка следует начинать с низкоаллергенных однокомпонентных продуктов промышленного производства.

В нашей стране к продуктам прикорма предъявляются очень жесткие требования. Разработаны документы, регламентирующие формы, дозы витаминов и минеральных веществ. Международными регламентами установлен верхний безопасный предел уровня витаминов в продуктах прикорма. При производстве детского питания используются только натуральные пищевые ароматизаторы. Не допускается применение консервантов, подсластителей и красителей.

Продукты «ФрутоНяня» полностью отвечают международным требованиям к производству первого прикорма для детей. Сухие каши линейки «Первый выбор» содержат витамины С, Е и РР, B₁, B₂, B₆, B₁₂, D₃, пантотеновую и фолиевую кислоты, биотин, обогащены цинком, йодом, железом.

Подводя итог, профессор В.М. Коденцова отметила, что рацион современной кормящей женщины из натуральных продуктов, адекватный по энерготратам и иногда избыточный по калорийности, не способен обеспечить необходимым количеством витаминов организм самой женщины, а следовательно, и потребности растущего ребенка, находящегося на естественном вскармливании. Для поддержания витаминного статуса нужно включать в рацион кормящих женщин витамины и минеральные комплексы или обогащенные витаминами продукты, а в рацион ребенка вводить продукты прикорма на зерновой основе, обогащенные микронутриентами.

⁴ Коденцова В.М., Гмошинская М.В. Насыщенность грудного молока витаминами и ее оптимизация // Врач. 2015. № 1. С. 68–73.

⁵ Коденцова В.М., Вржесинская О.А. Оценка витаминного статуса кормящих женщин по содержанию витаминов в грудном молоке // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. 2006. Т. 141. № 3. С. 297–301.

⁶ Лайкам К.Э. Государственная система наблюдения за состоянием питания населения. Федеральная служба государственной статистики, 2014.

неднмдмд



XVI Всероссийский конгресс нутрициологов и диетологов



Профессор, д.м.н.
И.Я. Конь



Д.м.н.
М.В. Гмошинская

Доклад Игоря Яковлевича КОНЯ, д.м.н., профессора, руководителя лаборатории возрастной нутрициологии ФИЦ питания и биотехнологии, и Марии Владимировны ГМОШИНСКОЙ, д.м.н., ведущего научного сотрудника лаборатории возрастной нутрициологии ФИЦ питания и биотехнологии, был посвящен правилам использования фруктовых и овощных соков в питании детей раннего возраста.

Любой сок, имеющийся в продаже, должен соответствовать Техническому регламенту на соковую продукцию из фруктов и овощей Таможенного союза (ТР ТС 023/2011). В регламенте сказано, что в сок могут быть добавлены концентрированные натуральные ароматизующие фруктовые или овощные вещества, фруктовая мякоть, пюре. Смешанный сок производят путем смешивания двух или

Соки в питании детей раннего возраста. Все ли так однозначно?

более различных соков и/или соков и фруктовых (овощных) пюре. Консервирование сока может быть осуществлено только с помощью физических способов. Преимуществами продуктов прикорма промышленного производства являются гарантированная химическая и микробиологическая безопасность, гарантированный химический состав и степень измельчения, соответствующие возрастным особенностям пищеварения, высокое качество, безопасность сырья. Немаловажным преимуществом считается широкий ассортимент продуктов промышленного производства, предоставляющий возможность ознакомить ребенка с разнообразными вкусами.

В зависимости от способа производства и обработки фруктов и овощей соки бывают прямого отжима и восстановленные. Сок прямого отжима производят путем механической обработки непосредственно свежих или сохраненных свежими овощей и фруктов. Восстановленный сок производится из концентрированного сока или концентрированного сока и сока прямого отжима и питьевой воды. Таким образом, изготовление сока прямого отжима является сезонным производством, а восстановленный сок может быть изготовлен в любое время года.

Фруктовые соки служат источником природных сахаров (глюкозы, фруктозы, сахарозы) и органических кислот (лимонной, яблочной и др.), а также минеральных солей (в частности, калия), каротиноидов и флавоноидов, пищевых волокон.

Пищевая ценность соков определяется прежде всего содержанием в них природных сахаров, которые, будучи легкоусвояемыми источниками энергии, легко всасываются и окисляются в организме. Содержание сахаров в на-

туральных овощных и фруктовых соках составляет 4–16 г/100 мл. Содержание органических кислот в соках предопределяет их высокую кислотность, что может вызывать раздражение незрелой слизистой оболочки ЖКТ и приводить к развитию явлений пищевой непереносимости (диарея, срыгивание и т.д.). В связи с этим титруемая кислотность соков для детского питания не должна превышать 0,8% (в пересчете на яблочную кислоту).

Уровень витаминов в небогатых консервированных соках невысок – не более 2–5% суточной потребности детей. Исключение составляет морковный сок, в меньшей степени абрикосовый, персиковый и тыквенный соки, служащие дополнительным источником бета-каротина (провитамина А).

Состав соков различается по таким показателям, как соотношение фруктозы и глюкозы, количество сорбита, пищевые волокна. Пищевые волокна могут оказывать пребиотическое действие, воздействовать на механорецепторы кишечника и вызывать усиление его перистальтики.

При введении прикорма необходимо учитывать особенности ЖКТ у ребенка первого года жизни – низкую ферментативную и кислотообразующую активность, повышенную проницаемость слизистой оболочки тонкого кишечника, низкий уровень секреторного иммуноглобулина А и значительную частоту нарушений кишечного микробиоценоза.

В настоящее время в национальной программе предусмотрено введение соков в рацион детей с четырех – шести месяцев. Такие же сроки установлены решением коллегии Евразийской экономической комиссии от 15 января 2013 г. № 6 «Сроки введения основных продуктов и блюд при-

Гипоаллергенность
не видно. Но она есть.



ГИПОАЛЛЕРГЕННО
клинически
доказано



Соки «ФрутоНяня» не вызывают аллергии.* Клинически доказано в Научном центре здоровья детей РАМН.*
* В исследовании принимали участие соки «ФрутоНяня» (3 вкуса). Клиническое исследование проведено в НЦЗД РАМН, 2011 г.
На правах рекламы. Сведения о возрастных ограничениях применения продуктов «ФрутоНяня» смотрите на индивидуальной упаковке. Необходима консультация специалиста. Без добавления сахара. Содержатся сахара природного происхождения.



XVI Всероссийский конгресс нутрициологов и диетологов

недиагностируемая

корма промышленного выпуска в питание детей раннего возраста».

Важный момент: при введении соков не исключены неблагоприятные эффекты, такие как развитие кишечной дискинезии. Могут иметь место усиление срыгивания, метеоризма, перистальтики, диарея, запор. Диарея на фоне применения соков имеет неспецифическую клиническую картину, сходную с таковой синдрома раздраженного кишечника, и обусловлена главным образом мальабсорбцией углеводного компонента соков⁷.

Таким образом, при назначении соков детям раннего возраста необходимо учитывать индивидуальные особенности, такие как возраст, характер вскармливания, аллергологический анамнез, наличие функциональных нарушений, клинических проявлений нарушения микроэкологии кишечника. Нельзя вводить соки в период вакцинопрофилактики и острых инфекционных заболеваний.

Начинать введение соков в рацион детей в возрасте не менее четырех месяцев целесообразно с моносока – осветленного яблочного сока. Он характеризуется низкой кислотностью и невысокой сенсибилизирующей активностью. Далее можно использовать соки из сливы, персика, моркови. С пяти месяцев применяются поликомпонентные соки и нектары. Апельсиновый, мандариновый, клубничный и другие соки, относящиеся к продуктам с высокой потенциальной аллергенностью, не следует давать ранее шести-семи месяцев. При этом надо помнить, что продукты прикорма не вытесняют грудное молоко.

Особое внимание следует обращать на количество сока для прикорма детей раннего возраста. Необходимо начать прикорм с минимальной дозы – 1/4 де-

тской ложечки, постепенно увеличивая объем. К возрасту одного года ребенок может выпивать 80–100 мл. Обратите внимание: сок – вкусный приятный десерт, который не заменяет питьевую воду. В больших количествах его давать не следует.

Для формирования правильного пищевого поведения необходимо обращать внимание ребенка на различный цвет, вкус соков, называть фрукт или овощ, из которого изготовлен сок, выработывая у ребенка ассоциации и возможность озвучить свои вкусовые предпочтения в дальнейшем.

При выборе продуктов прикорма предпочтение надо отдавать продуктам промышленного производства. Лидирующие позиции среди отечественных производителей детского питания занимает ОАО «ПРОГРЕСС». Продукты прикорма «ФрутоНяня» изготавливаются на высокотехнологичном заводе в Липецкой области из экологически чистой натуральной продукции. Благодаря внедрению многоступенчатого контроля качества – от выращивания фруктов и овощей до производства соков

и пюре – продукты «ФрутоНяня» отличаются высоким качеством и безопасностью.

В 2015 г. в НИИ питания была проведена научно-исследовательская работа, целью которой стали анализ показателей пищевой ценности в соках «ФрутоНяня» (ОАО «ПРОГРЕСС») прямого отжима и сравнительная органолептическая оценка соков прямого отжима и восстановленных. Результаты исследования продемонстрировали высокую пищевую ценность соков «ФрутоНяня». Суммарное содержание пищевых волокон в соках прямого отжима с мякотью составило: 1,2% – в яблочном, 1,3% – в яблочно-сливовом, 1,4% – в яблочно-грушевом и 1,3% – в яблочно-черносмородиновом. Пределы титруемой кислотности исследованных соков прямого отжима составили 0,43–0,63%, что полностью соответствует требованиям, предъявляемым к сокам для детского питания.

Показатели средних дегустационных оценок соков прямого отжима и восстановленных соков были практически одинаковыми. По мнению экспертов, соки прямого отжима обладают более насыщенным вкусом.

Заключение

Под брендом «ФрутоНяня» ОАО «ПРОГРЕСС» выпускает широкую линейку различных продуктов детского питания: соки, нектары и функциональные напитки, сок прямого отжима, морсы, кисели, десерты, фруктовые пюре, пюре со сливками, творогом, фруктово-овощные, овощные и мясные пюре, мясные пюре с субпродуктами, различные виды каш (быстрорастворимые, готовые и жидкие каши), пудинги, детскую воду, молоко и творожки. Предусмотрена также отдельная линейка для беремен-

ных и кормящих женщин – соки для двоих.

В настоящее время в линейке «ФрутоНяня» широко представлены все продукты прикорма для малышей до года, в том числе полный ассортимент гипоаллергенных каш, соков, пюре.

Продукты прикорма «ФрутоНяня», изготовленные из натурального экологически чистого сырья без применения генетически модифицированных организмов, искусственных красителей, ароматизаторов, консервантов, загустителей, отличаются высоким качеством и безопасностью. ✪

⁷ Moukarzel A.A., Lesicka H., Ament M.E. Irritable bowel syndrome and nonspecific diarrhea in infancy and childhood – relationship with juice carbohydrate malabsorption // Clin. Pediatr. (Phila). 2002. Vol. 41. № 3. P. 145–150.



Ежегодный международный Форум Питание и здоровье

Health & Nutrition

28–29 ноября 2016 года

ГОСТИНИЦА "РЭДИССОН СЛАВЯНСКАЯ" (МОСКВА, ПЛОЩАДЬ ЕВРОПЫ, 2)

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА
ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ
И ФАРМАЦЕВТИКИ

Соорганизаторы Форума

- Национальное общество диетологов (Россия)
- Национальная ассоциация диетологов и нутрициологов (Россия)
- Федерация педиатров стран СНГ
- Национальное научное общество инфекционистов (Россия)
- Общество детских гастроэнтерологов (Россия)
- Глобальная инициатива по консенсусу в педиатрии и детскому здоровью (Consensus in Pediatrics)
- Европейская ассоциация по изучению ожирения (European Association for Study of Obesity)
- Европейская группа по изучению ожирения у детей (European Childhood Obesity Group)
- Медицинская клиника «Питание и Здоровье» (Россия)
- Медицинское маркетинговое агентство (Россия)

Научная программа

- Активное долголетие и современные технологии антистарения
- Метаболические маркеры старения организма
- Ожирение и метаболический синдром
- Сахарный диабет и избыточный вес
- Инсульт, инфаркт, хроническая сердечная недостаточность и питание
- Роль микроэлементов в формировании сердечно-сосудистой патологии
- Остеопороз и ожирение
- Диетотерапия при хронических заболеваниях печени
- Вопросы энтерального и парентерального питания
- Пищевая аллергия
- Репродуктивное здоровье и питание женщин
- Реабилитационные программы в практике диетолога
- Диетотерапия детей раннего возраста
- Питание здорового и больного ребенка
- Культура питания
- Нейробиологические основы нарушений пищевого поведения
- Функциональные продукты и здоровье человека
- Витамины и БАД к пище
- Здоровый образ жизни и здоровое питание
- Инновационные пищевые продукты

Тезисы

Тезисы, поданные в оргкомитет, публикуются **бесплатно**. Тезисы должны быть высланы **не позднее 30 октября 2015 г.** через сайт www.congress-pitanie.ru (правила оформления размещены на сайте).

Регистрационный взнос

Участники форума, оплатившие регистрационный взнос, имеют право на получение именного бейджа участника и комплекта официальных материалов форума (программа, сборник тезисов, каталог выставки, медицинская и популярная литература и др.).

Регистрационный взнос для физических лиц

Срок оплаты	До 29.08.2016 г.	С 01.09.2016 по 20.11.2016 г.	В дни работы форума
Сумма взноса, руб. (НДС не облагается)	1500	2500	3000

Информацию о вступлении в НОД вы можете получить на сайте www.congress-pitanie.ru либо в секретариате НОД по адресу: nodinform@gmail.com

Online-оплата с помощью банковской карты
на сайте форума www.congress-pitanie.ru

Тел./факс: +7 (495) 660-6004

E-mail: dietology@mm-agency.ru

Карпинская Елена Александровна

Выставка

Выставка **Health&Nutrition** собирает на своей площадке производителей продукции для качественного питания, здоровья и красоты, широкий круг медицинских специалистов и конечных потребителей. Тематические разделы выставки охватывают полный спектр продуктов, товаров и услуг для активной, здоровой жизни, которые будут представлены зарубежными и российскими компаниями-участниками:

- диагностическая и физиотерапевтическая медицинская техника
- лекарственные средства и биологически активные добавки
- лечебное, специализированное и диетическое питание
- детское питание
- здоровая кухня
- вода и напитки
- товары для здоровья и др.

ВХОД НА ФОРУМ И ВЫСТАВКУ СВОБОДНЫЙ!

Контактная информация

Участие в научной программе Форума

E-mail: congress@nadn.ru

Сафронова Анна Николаевна

Участие коммерческих компаний в выставке
и научной программе Форума

Тел.: +7 (495) 517-7055

Тел./факс: +7 (495) 660-6004

E-mail: mtv@nadn.ru

Макарова Татьяна Владимировна

Размещение в гостинице

Тел./факс: +7 (495) 660-6004

E-mail: med@mm-agency.ru

Соловьева Татьяна Викторовна

Дополнительная информация на сайте
www.congress-pitanie.ru



КАФЕДРА ПЕДИАТРИИ

ГБОУ ДПО РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ МЗ РФ



V научно-практическая конференция Современные вопросы педиатрии

29 сентября 2016

Здание Правительства Москвы

МЕДЗНАНИЯ⁺

+7(495) 614 43 63, 614 40 61
www.medQ.ru info@medQ.ru



MedQ+



Интернет-магазин медицинской книги www.mbookshop.ru



- Только **НОВИНКИ**
- Книги **ЛУЧШИХ** медицинских издательств

- Ежедневное обновление
- Без регистрации
- ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ** подход к расчету доставки
- Подарки и **СКИДКИ** покупателям
- Приятный интерфейс и **УДОБНЫЙ** поиск

Не тратьте время на поиск книг в магазинах вашего города.
Зайдите к нам!



МЕЖРЕГИОНАЛЬНЫЙ ФОРУМ

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ И КОСМЕТОЛОГИЯ: синтез науки и практики

17-18 ОКТЯБРЯ 2016 ГОДА
УЛ. НОВЫЙ АРБАТ, Д. 36
Здание Правительства Москвы

www.mosderma.ru

Цель форума:

информирование специалистов дерматовенерологической службы о новых и эффективных методах диагностики, лечения и профилактики заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем, внедрении современных медицинских технологий в клиническую и лабораторную практику.

Конгресс-оператор:

KST
interforum

ООО «КСТ Интерфорум»
Москва, ул. Профсоюзная, д. 57
телефон: +7 (495) 722-64-20
электронная почта: mail@interforum.pro
Официальный сайт форума -
<http://www.mosderma.ru/>

Форум проводится под патронатом:

- Правительства Москвы;
- Департамента здравоохранения города Москвы;
- Национального альянса дерматологов и косметологов;
- Кафедры кожных болезней и косметологии ФДПО ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России;
- Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ.

17–18 октября 2016 года

Основные направления:

- Организационно-правовые вопросы оказания помощи по профилю «дерматовенерология» и «косметология» в Москве: стратегия развития здравоохранения и совершенствование нормативной базы.
- Фундаментальные исследования в дерматовенерологии.
- Приоритетные направления диагностики, лечения и профилактики заболеваний кожи.
- Аллергология и иммунология.
- Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики инфекций, передаваемых половым путем.
- Клиническая и лабораторная микология.
- Детская дерматология.
- Трихология: новое в диагностике, терапии и реабилитации.
- Доброкачественные и злокачественные новообразования кожи: роль дерматолога и онколога.
- Эстетическая медицина: инновационные технологии.
- Лазеро- и фототерапия в дерматологии и косметологии.
- Anti-age медицина и формирование здорового образа жизни.



КОНГРЕСС РОССИЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ РАДИОЛОГОВ

7-9 ноября 2016 г.,

Москва, Конгресс-центр здания Правительства Москвы
(ул. Новый Арбат 36/9, ст. м. «Краснопресненская», «Баррикадная»)

ОРГАНИЗАТОРЫ

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Российское общество рентгенологов и радиологов

ОСНОВНАЯ ТЕМА

История рентгенологии в РФ

ПРИ УЧАСТИИ

ESR
ESTI
CIRS

Ассоциация медицинских физиков России
Российское общество ядерной медицины
Национальное общество нейрорадиологов
Общество интервенционных онкорадиологов
Общество торакальных радиологов
Общество специалистов по сердечно-сосудистой радиологии
Российская ассоциация маммологов
Санкт-Петербургское радиологическое общество
Общественная организация «Человек и его здоровье»

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНГРЕССА:

- ✓ Медицинская визуализация:
 - маммология, женское здоровье
 - неврология и нейрохирургия
 - фтизиатрия и пульмонология
 - сердечно-сосудистые заболевания
 - неотложная диагностика
 - онкология
 - педиатрия
 - системные заболевания
- ✓ Ядерная медицина
- ✓ Медицинская физика
- ✓ Лучевая терапия
- ✓ Ультразвуковая диагностика
- ✓ Интервенционная радиология
- ✓ Радиобиология, радиохимия
- ✓ Информационные технологии, телемедицина
- ✓ Радиационная гигиена и лучевая безопасность
- ✓ Сессии для рентгенлаборантов

ВАЖНЫЕ ДАТЫ

ДО 1 СЕНТЯБРЯ 2016 Г.

Прием тезисов и заявок на доклады

ДО 15 СЕНТЯБРЯ 2016 Г.

Оплата льготной аккредитации
Бронирование и оплата проживания в отеле

ДО 25 ОКТЯБРЯ 2016 Г.

Стандартная предварительная аккредитация



**В РАМКАХ КОНГРЕССА
СОСТОИТСЯ ТЕМАТИЧЕСКАЯ ВЫСТАВКА.
ПРИГЛАШАЕМ КОМПАНИИ К УЧАСТИЮ**

В ПРОГРАММЕ КОНГРЕССА:

- ✓ Заседание профильной комиссии по лучевой диагностике
Министерства здравоохранения Российской Федерации
- ✓ Заседания рабочих групп: Клинические рекомендации
в лучевой диагностике
- ✓ Школы и мастер-классы от компаний
- ✓ Выставка с участием ведущих
производителей и поставщиков
оборудования, контрастных средств

ТЕХНИЧЕСКИЙ ПАРТНЕР КОНГРЕССА





INTERNATIONAL CONGRESS SERVICE

(812) 380-3155, 380-3156

  www.ics.spb.ru



ЧЕЛОВЕК И ЕГО ЗДОРОВЬЕ

 (812) 380-3153, 380-3154
 welcome@congress-ph.ru
 www.congress-ph.ru



ХІІІ РОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЛИМФОМЫ

ХІІІ РОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЛИМФОМЫ

27–28 октября 2016 г.

Гостиница «Холидей Инн Сокольники»
Москва, Русаковская улица, д. 24

Глубокоуважаемые коллеги!

От имени Российского общества онкогематологов, Европейской гематологической ассоциации и лично проф. И.В. Поддубной мы рады пригласить вас принять участие в **ХІІІ Российской конференции с международным участием «Злокачественные лимфомы»**, которая состоится **27–28 октября 2016 г. в Москве.**

В рамках конференции планируются выступления крупнейших отечественных и зарубежных специалистов в области диагностики и лечения злокачественных лимфопролиферативных заболеваний, посвященные наиболее актуальным вопросам этого раздела онкогематологии, а также самым значимым событиям в области лечения лимфом, хронического лимфолейкоза и множественной миеломы, произошедшим в 2015–2016 гг.

Тезисы для постеров вы можете присылать до 1 сентября 2016 г. Тезисы должны быть представлены в виде текстовой аннотации длиной до 2500 знаков с пробелами.

Постеры будут оцениваться экспертной комиссией, авторам лучших постеров будет предоставлена возможность выступить с сообщением в рамках соответствующей сессии конференции.

Обязательная бесплатная регистрация на конференцию и подача аннотаций постеров доступны на сайте www.conferenceml.com с 1 апреля по 1 сентября 2016 г.

Организация конференции возложена на компанию TS Oncology. С любыми вопросами, связанными с конференцией, вы можете обращаться по адресу lymphoma@tsoncology.com.

До встречи на конференции!

Главное медицинское управление
Управления делами Президента Российской Федерации
ФГБУ ДПО "Центральная государственная медицинская академия" УДП РФ

6 октября 2016, Москва

Ежегодная научно-практическая конференция

Персонализированный подход к лечению и профилактике социально значимых заболеваний в терапевтической и общей врачебной практике



Председатели конференции

Академик РАН **А. И. Мартынов** – президент Российского научного медицинского общества терапевтов;

Профессор **С. А. Чорбинская** – заведующая кафедрой семейной медицины с курсом клинической лабораторной диагностики ФГБУ ДПО «ЦГМА» УДП РФ

В программе конференции:

- Новые терапевтические возможности в лечении сердечно-сосудистых заболеваний
- Современные алгоритмы диагностики и лечения сахарного диабета
- Остеопороз в клинической практике – междисциплинарный подход
- НПВП-гастропатии. Факторы риска развития гастропатий, лечение и профилактика
- Рациональная антибактериальная терапия в общей врачебной практике
- Терапевтические возможности в диагностике и лечении неврологических заболеваний

Начало регистрации и работа выставки с 09.00

Начало научной программы конференции в 10.00

Место проведения

г. Москва, здание Правительства Москвы, ул. Новый Арбат, д. 36/9

Регистрация и подробная информация

на сайте www.eecmedical.ru, по эл. почте: info@eecmedical.ru
или по телефонам: +7 (495) 592-06-59, +7 (916) 567-35-29

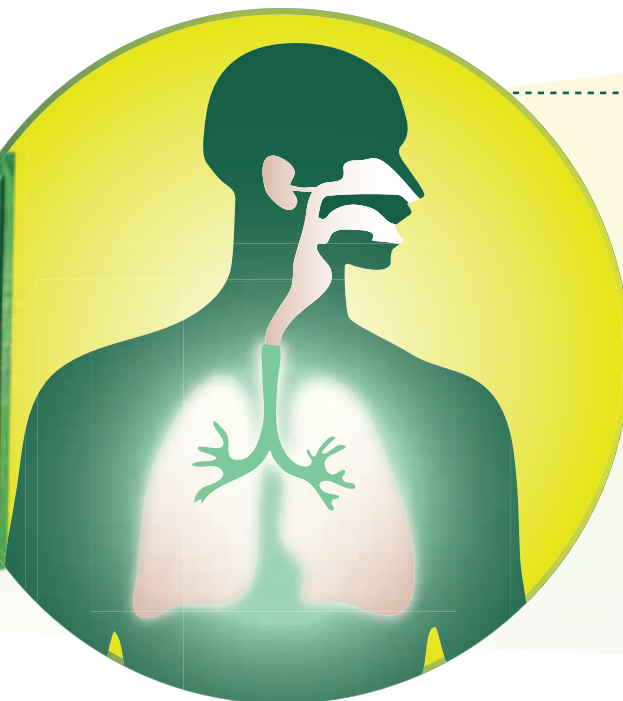
БРОНХОБОС®

КАРБОЦИСТЕИН

РЕКЛАМА

Кашель, насморк — не вопрос!

3+



МУКОЛИТИЧЕСКОЕ



ОТХАРКИВАЮЩЕЕ



МУКОРЕГУЛЯТОРНОЕ

Действует в верхних и нижних отделах дыхательных путей и на слизистую ЛОР-органов

Три формы выпуска, включая уникальную — **КАПСУЛЫ**

БРОНХОБОС® — единственный карбоцистеин **В КАПСУЛАХ** на российском фармацевтическом рынке

* Инструкция по применению Бронхобос®, сироп от 08.12.14

** Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 декабря 2012 г. N 1658н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при пневмонии средней степени тяжести»

 BOSNALIJEK

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ

НАДЕЖНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ГРИППА

Теперь доступно каждому!

Для всей семьи!

Высокое
качество
по доступной
цене



- ✓ Лечение и профилактика вируса гриппа А, В и С у взрослых и детей
 - ✓ Беременность и период лактации не являются противопоказанием
 - ✓ Препарат выбора для лечения вируса гриппа
- Методические рекомендации, МЗ РФ

- ✓ Прямое действие на вирус гриппа (Механизм действия связан с ингибированием нейраминидазы вируса гриппа)
- ✓ Показан к применению с 3 лет