

Э Ф Ф Е К Т И В Н А Я

Ф А Р М А К О Т Е Р А П И Я

22
2015*педиатрия №3*

Актуальное интервью

Профессор Ф.И. ЕРШОВ
о пользе интерферонов

Обзор

Инфекция мочевой системы:
патогенез, диагностика, лечение

Медицинский форум

Современные подходы
к лечению увеита, ассоциированного
с ювенильным идиопатическим артритом
Иммунокорректирующая терапия
острых респираторных вирусных инфекций





Реклама



Жизнь должна продолжаться, не ЮИА

Создает возможности

Улучшает качество жизни

Избавляет от страданий*

abbvie

destination you™

Наименование юридического лица, на имя которого выдано регистрационное удостоверение: ООО «Эббви», Россия.

См. полную информацию о препарате в инструкции по применению.

Номер регистрационного удостоверения: ЛС 003422

Международное непатентованное наименование: адалимумаб

Лекарственная форма: раствор для подкожного введения

В 0,8 мл раствора содержится активное вещество: адалимумаб 40 мг. Адалимумаб представляет собой рекомбинантное моноклональное антитело, пептидная последовательность которого идентична IgG1 человека. Адалимумаб селективно связывается с фактором некроза опухоли альфа (ФНО-α) и нейтрализует его биологические функции за счет блокады взаимодействия с поверхностными клеточными r35 и r75 рецепторами к ФНО-α.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Взрослые

- Среднетяжелый и тяжелый активный ревматоидный артрит (в режиме монотерапии или в комбинации с метотрексатом или другими базисными противовоспалительными препаратами);
— Активный серозитический артрит (в режиме монотерапии или в комбинации с метотрексатом или другими базисными противовоспалительными препаратами);
— Активный анкилозирующий спондилит;
— Болезнь Крона (среднетяжелой или тяжелой степени);
— при неадекватном ответе на традиционную терапию, а также переносимости инфликсимаб;
— Хронический серозитический псориаз (среднетяжелой и тяжелой степени), когда показана системная терапия или фототерапия и когда другие варианты системной терапии не являются оптимальными.

Дети

- Ювенильный идиопатический артрит у пациентов от 4 до 17 лет в режиме монотерапии или в комбинации с метотрексатом;
— Болезнь Крона (среднетяжелой или тяжелой степени) у пациентов от 6 лет и старше при неадекватном ответе на традиционную терапию, а также переносимости или противопоказаниях к традиционной терапии.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

- Гиперчувствительность к адалимумабу или любым его вспомогательным компонентам;
— Беременность;
— Период грудного вскармливания;
— Детский возраст до 18 лет, кроме пациентов от 4 до 17 лет с ювенильным идиопатическим артритом и пациентов от 6 лет и старше с болезнью Крона (среднетяжелой и тяжелой степени);
— Инфекционные заболевания, в том числе туберкулез;
— Совместный прием с другими иммунодепрессивными биологическими противовоспалительными препаратами (например, анakinra и abatacept), в том числе антагонистами ФНО.

С ОСТОРОЖНОСТЬЮ

- Рецидивирующие инфекции в анамнезе;
— Носительство вируса гепатита В;
— Злокачественные новообразования, в том числе в анамнезе;
— Сердечная недостаточность;
— Демиелинизирующие заболевания нервной системы, в том числе в анамнезе;
— Пациенты старше 65 лет.

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ

Подкожно. Рекомендуемая доза препарата Хумира® у взрослых с ревматоидным артритом (РА), псориатическим артритом (ПА) и анкилозирующим спондилитом (АС) составляет 40 мг подкожно один раз в две недели. При назначении препарата Хумира® терапия глюкокортикоидами, местными противовоспалительными препаратами (в т.ч. салicyлатыми), анальгетиками (наркотическими и ненаркотическими), метотрексатом и другими базисными противовоспалительными препаратами может быть продолжена. У некоторых больных, не получающих метотрексат, может быть достигнут дополнительный эффект при увеличении кратности применения препарата Хумира® до 40 мг один раз в неделю.

Ювенильный идиопатический артрит

У детей в возрасте от 4 до 12 лет препарат назначают в дозе 24 мг/м² площади поверхности тела, при этом максимальная доза составляет 40 мг. Препарат вводят подкожно 1 раз в 2 недели. Объем инъекции определяют исходя из роста и веса пациента (см. Таблицу в инструкции по применению). Для пациентов, которым необходимо введение менее 40 мг, необходимо использовать препарат Хумира® во флаконе. Детям от 13 до 17 лет назначают по 40 мг раз в 2 недели. Клинический ответ обычно достигается в течение 12 недель лечения. Решения о прекращении терапии может быть принято в случае, если пациент не получает эффекта от лечения в течение этого периода.

См. полную информацию о препарате в инструкции по применению.

ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ

Приблизительно у 14 % пациентов можно ожидать развития реакций в месте введения препарата (один из наиболее часто встречающихся побочных реакций при введении адалимумаба в контролируемых клинических исследованиях). Побочные реакции, возможно, причинно-связанные с применением препарата, как клинические, так и лабораторные, приведены ниже с указанием частоты (очень часто ≥ 1/10, часто ≥ 1/100, нечасто ≥ 1/1000, редко ≥ 1/10000, очень редко < 1/10000). Включалась наибольшая частота, наблюдаемая среди различных показаний. Инфекции. Очень часто: инфекции дыхательных путей (включая инфекции верхних и нижних дыхательных путей, пневмонию, синусит, фарингит, назофарингит и герпес-вирусную пневмонию). Часто: генерализованные инфекции (включая сепсис, кандидоз и грипп), инфекции ЖКТ (включая вирусный гастроэнтерит), инфекции кожи и мягких тканей (включая паронихии, целлюлит, импетиго, некротизирующий фасциит и опоясывающий герпес), инфекции уха, инфекции полости рта (включая простую герпес, оральный герпес и поражения зубов), инфекции половой сферы (включая вульвовагинальную микробную инфекцию), инфекции мочевого пузыря (включая микоплазменную), грибковые инфекции, инфекции суставов. Нечасто: оппортунистические инфекции

и туберкулез (включая кожнолимоуз, гистоплазмоза и комплекс инфекций, вызываемых Mycobacterium avium), неврологические инфекции (включая вирусный менингит), инфекции глаз, бактериальные инфекции. Новообразования. Часто: доброкачественные новообразования раны кожи, кроме меланомы (включая базально-клеточную карциному и чешуйчатоклеточную карциному). Нечасто: лимфома, паренхиматозные новообразования, новообразования (включая рак молочной железы, новообразования легкого и желудка/желудка), меланомы. Со стороны крови и лимфатической системы. Очень часто: лейкопения (включая нейтропению и агранулоцитоз), анемия. Часто: тромбоцитопения, лейкоцитоз. Нечасто: идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура. Редко: панцитопения. Со стороны иммунной системы. Часто: реакции гиперчувствительности, аллергические реакции (включая сезонную аллергию). Со стороны обмена веществ. Очень часто: повышение концентрации липидов. Часто: гипокальциемия, повышение концентрации мочевой кислоты, аномальные концентрации натрия, гипокальциемия, гипергликемия, гипонатриемия, дегидратация. Нарушения питания. Часто: изменения настроения (включая депрессию), тревожные расстройства, бессонница. Со стороны нервной системы. Очень часто: головная боль. Часто: парестезии (включая гипестезии), мигрень, невралия седлального нерва, вестибулярное головокружение. Нечасто: тремор, неврипатия. Редко: рассеянный склероз. Со стороны органов чувств. Часто: конъюнктивит, нарушения зрения, блефарит, отек века. Нечасто: диплопия, глухота, зловон в ушах. Со стороны сердечно-сосудистой системы. Часто: повышение артериального давления, приливы, гематомы, тахикардия. Нечасто: аритмия, хроническая сердечная недостаточность, артериальная окклюзия, тромбоз бифуркации аорты. Редко: остановка сердца. Со стороны системы дыхания. Часто: кашель, астма, диспноэ. Нечасто: хроническая обструктивная болезнь легких, интерстициальные заболевания легких, пневмония. Со стороны системы пищеварения. Очень часто: тошнота, рвота, боль в животе, повышение уровней печеночных ферментов. Часто: диспепсия, спастический рефлюкс, сульфо во рту, желудочно-кишечные кровотечения. Нечасто: панкреатит, дисфагия, отек лица, хронический холангит, повышение концентрации билирубина, печеночный стезоз. Со стороны кожи и подкожных тканей. Очень часто: сыпь (в т.ч. эксфолиативная). Часто: зуд, крапивница, фотосенсибилизация (в т.ч. пурпура), дерматит (в т.ч. экзема), покраснение ногтей, гипонихии. Нечасто: ночная полилимфит, рубцы. Со стороны костно-мышечной системы. Очень часто: боль в месте введения (включая артрит). Часто: боль в грудной клетке, отеки, ухудшение заживления ран. Нечасто: воспаление. Лабораторные показатели. Часто: нарушения в системе свертывания крови (включая увеличение антифibrинного частичного тромбопластинового времени), положительные тесты на аутоантитела (включая антитела к двойной спирали ДНК), увеличение концентрации лактатдегидрогеназы. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ДРУГИМИ ПРЕПАРАТАМИ У больных ревматоидным артритом, получающих метотрексат, нет необходимости в коррекции дозы адалимумаба или метотрексата. Вместе с тем метотрексат при однократном и повторном применении снижает клиренс

адалимумаба на 29% и 44% соответственно. В клинических исследованиях не отмечено признаков взаимодействия адалимумаба с другими базисными средствами (сульфасалазин, гидроклорохин, лефлуномид и парентеральные препараты колата), глюкокортикоидами, салicyлатыми, нестероидными противовоспалительными препаратами и анальгетиками. Комбинированное применение с азатиоприном/6-меркаптопуринном В клинических исследованиях с участием взрослых с болезнью Крона, увеличение частоты злокачественных новообразований и серьезных побочных реакций, связанных с инфекциями, наблюдалось в группе пациентов, у которых применялось комбинированное применение адалимумаба с азатиоприном/6-меркаптопуринном по сравнению с монотерапией адалимумабом.

ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ

Инфекции. Применение адалимумаба не следует начинать у пациентов с активными инфекционными заболеваниями, включая хронические или очаговые инфекции, до купирования инфекции. У пациентов, у которых был контакт с туберкулезом, а также у пациентов, посещавших места с высоким уровнем заболеваемости туберкулезом или другими эндемичными микробами, как тифозный, кожнолимоуз или бациллонос, риск и эффективность лечения адалимумабом должны оцениваться до начала терапии. Как и в случае с другими антагонистами ФНО, пациенты должны быть тщательно обследованы по поводу инфекционных заболеваний до, во время и после лечения адалимумабом. Пациенты, у которых развилось инфекционное заболевание во время лечения адалимумабом, должны быть выявлены и полностью обследованы. Применение адалимумаба должно быть приостановлено, если у пациента развивается серьезное инфекционное осложнение или сепсис, при этом соответствующая антибиотикотерапия и противотуберкулезная терапия должна проводиться до излечения инфекционного заболевания. С осторожностью следует назначать адалимумаб пациентам с рецидивирующими инфекциями в анамнезе и при наличии условий, predisposing к инфекционным осложнениям. Помимо пациентов. Адалимумаб следует назначать с осторожностью у пожилых пациентов в связи с высокой вероятностью возникновения инфекционных заболеваний. Различий в эффективности у данной группы пациентов по сравнению с более молодыми пациентами не выявлено, корректировки дозы не требуется. Дети. Эффективность и безопасность применения адалимумаба у детей показана только для лечения идиопатического ювенильного артрита от 4 лет до 17 лет и болезни Крона (среднетяжелой или тяжелой степени) у пациентов от 6 лет и старше.

ФОРМА ВЫПУСКА

Раствор для подкожного введения 40 мг/0,8 мл. Препарат в однодозовом шприце.

Препарат во флаконе.

Для получения более подробной информации о препарате, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению препарата или обратитесь в ООО «Эббви» по адресу: 141400, Московская обл., г. Химки, ул. Ленинградская, вл. 39, стр. 5, Химки Бизнес-Парк. Тел.: 8 495 258 42 70, факс: 8 495 258 42 71

* Значительное уменьшение выраженности болевого синдрома — T. Schnitzbach et al., Experience with adalimumab in 123 patients with juvenile idiopathic arthritis (JIA) — poster tours, abs FR0324, EULAR 2012.

RUHUM150516

Информация предназначена для специалистов здравоохранения

Эффективная
фармакотерапия. 22/2015
Педиатрия. № 3

ISSN 2307-3586

Главный редактор

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

Ответственный секретарь

докт. мед. наук И.С. БАЗИН

Редакционная коллегия

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

докт. мед. наук, проф. В.А. ГОРБУНОВА

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

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. СИНИЧКИН

Руководитель проекта

«Педиатрия»

В. ЛОПАТКИНА

(v.lopatkina@medforum-agency.ru)

Выпускающий редактор Т. ЧЕМЕРИС

Журналисты А. ГОРЧАКОВА,

С. ЕВСТАФЬЕВА

Корректор Е. САМОЙЛОВА

Дизайнер Т. АФОНЬКИН

Фотосъемка И. ЛУКЬЯНЕНКО

Подписка и распространение

Т. КУДРЕШОВА

(t.kudreshova@medforum-agency.ru)

Отпечатано в типографии

ООО «Юнион Принт»

Тираж 17 500 экз.

Свидетельство о регистрации СМИ

ПИ № ФС77-23066 от 27.09.2005

Подписной индекс

по каталогу «Роспечать» 57946

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

| | |
|---|---|
| В защиту интерферонов | 4 |
| Состоялся официальный старт второй всероссийской премии «Первые лица» | 6 |
| О научных и психологических аспектах материнской любви | 8 |
| Отношение к детскому питанию надо менять | 9 |

Обзор

| | |
|--|----|
| О.Л. ЧУГУНОВА, М.В. ШУМИХИНА Инфекция мочевой системы у детей: актуальные вопросы | 10 |
|--|----|

Медицинский форум

| | |
|---|----|
| Экстраартикулярные проявления ювенильного идиопатического артрита | 22 |
| Лечение респираторных вирусных инфекций у детей | 26 |
| Особенности клинического течения и иммунокорректирующая терапия острых респираторных вирусных инфекций у часто болеющих детей | 34 |
| Стратегия противовирусной терапии у детей с аденолифотонзиллярными заболеваниями | 38 |

ISSN 2307-3586

Editor-in-Chief

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

Executive Editor

I.S. BAZIN, MD, DMSci

Editorial Board

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

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

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.

O.D. OSTROUMOVA, 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

| | |
|--|---|
| In Support of Interferons | 4 |
| The Second All-Russian Premium 'First Persons' Has Been Officially Opened Up | 6 |
| Regarding Scientific and Psychological Aspects of Maternal Love | 8 |
| An Attitude to Child Nutrition Must Be Changed | 9 |

Review

| | |
|---|----|
| O.L. CHUGUNOVA, M.V. SHUMIKHINA | |
| Urinary Tract Infection in Children: Topical Issues | 10 |

Medical Forum

| | |
|---|----|
| Extra-Articular Manifestations of Juvenile Idiopathic Arthritis | 22 |
| Treatment of Respiratory Viral Infections in Children | 26 |
| Features of Clinical Course and Immunocorrecting Therapy of Acute Respiratory Viral Infections in Sickly Children | 34 |
| Strategy of Anti-Viral Therapy in Children with Adenolymphotonsillar Diseases | 38 |

Х Ежегодный конгресс специалистов перинатальной медицины

Современная перинатология: организация, технологии, качество

Москва, 28–29 сентября 2015 года

Гостиница "Рэдиссон Славянская" (Москва, Площадь Европы, 2)



Медицинское маркетинговое агентство
Medical Marketing Agency

Организаторы

- Министерство здравоохранения Российской Федерации
- Российская академия наук
- Департамент здравоохранения города Москвы
- Российская ассоциация специалистов перинатальной медицины
- Федерация педиатров стран СНГ
- Национальная ассоциация диетологов и нутрициологов
- Российская медицинская академия последипломного образования МЗ РФ
- Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева МЗ РФ
- Федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова
- Национальная медицинская палата
- Ассоциация детских нейрохирургов России
- Московское общество акушеров-гинекологов
- Московское общество детских врачей
- Российская ассоциация специалистов ультразвуковой диагностики в медицине
- Национальная вирусологическая ассоциация
- Российская ассоциация медицинских сестер
- Медицинское маркетинговое агентство

Председатель оргкомитета

Н.Н. Володин, президент Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины, академик РАН, профессор

Место проведения

Гостиница «Рэдиссон Славянская» (Москва, Площадь Европы, 2)

Научная программа

- Перинатальная профилактика заболеваний плода и новорожденного
- Беременность высокого риска
- Принципы организации деятельности перинатальных центров
- Вскармливание детей грудного возраста
- Технологии создания и показания к применению инновационных продуктов детского питания
- Организация ухода за детьми грудного и раннего возраста
- Скрининг новорожденных на наследственные заболевания и патологию обмена веществ
- Реанимация и интенсивная терапия новорожденных
- Нутритивная поддержка новорожденных различного срока гестации
- Организация хирургической помощи в неонатологии
- Перинатальная нейрохирургия: инсульты новорожденных
- Выхаживание и реабилитация новорожденных детей с экстремально низкой массой тела
- Основные направления совершенствования методов респираторной терапии недоношенных детей
- Совершенствование пре- и постнатальной помощи в кардиологии и кардиохирургии
- Перинатальные поражения нервной системы

- Перинатальная онкология, гематология и иммунология
- Проблемы перинатальной эндокринологии
- Организация офтальмологической помощи в перинатологии
- Современные методы нейровизуализации в практике неонатолога и педиатра
- Диагностика и лечение врожденных и перинатальных инфекций у детей
- Молекулярно-генетические, лабораторные и инструментальные методы диагностики в оценке и прогнозировании состояния плода и новорожденного
- Перинатальная диагностика врожденных и наследственных заболеваний
- Лучевая диагностика в перинатологии
- Правовые и этические проблемы перинатологии

ВХОД НА ВСЕ ЗАСЕДАНИЯ СВОБОДНЫЙ!

Регистрационный взнос

Безналичный расчет

Информацию о размере регистрационного взноса и условиях оплаты см. на сайте www.congress-raspm.ru

Наличный расчет

Оплата регистрационного и членских взносов от физических лиц возможна при регистрации на конгрессе

Тезисы

Тезисы будут опубликованы в сборнике материалов X Ежегодного конгресса специалистов перинатальной медицины. Требования к оформлению и условия публикации тезисов см. на сайте www.congress-raspm.ru

Реквизиты

Получатель платежа:

ООО «Медицинское Маркетинговое Агентство»

ИНН 5032201982 КПП 772401001 Р/С 40702810922000016693

в АКБ «АБСОЛЮТ БАНК» (ЗАО), г. Москва

К/С 30101810500000000976 БИК 044525976

• **On-line оплата с помощью банковской карты на сайте конгресса**
www.congress-raspm.ru

E-mail: perinatal@mm-agency.ru

Карпинская Елена Александровна

Гостиница

По желанию участников для них могут быть забронированы места в гостинице «Рэдиссон Славянская»

Телефон/Факс: +7(495) 660-6004

E-mail: perinatal@mm-agency.ru

Соловьева Татьяна Викторовна

Выставка

В рамках работы конгресса пройдет выставка производителей медицинской техники и оборудования, лекарственных препаратов и витаминов рецептурного и безрецептурного отпуска, средств для ухода за новорожденными и средств личной гигиены для беременных, продуктов детского и лечебного питания для беременных и кормящих матерей и др.

Заявки на участие в научной программе

E-mail: perinatal@mm-agency.ru

Сафронова Анна Николаевна

Спонсорское участие компаний в выставке и научной программе

Телефон: +7(495) 517-7055

Телефон/Факс: +7(495) 660-6004

E-mail: mtv@mm-agency.ru

Макарова Татьяна Владимировна

Дополнительная информация на сайте www.congress-raspm.ru



В защиту интерферонов

В настоящее время появляется много публикаций, суть которых сводится к тому, что интерфероны как медицинские препараты либо не изучены, либо не эффективны.

С чем связаны подобные утверждения? Ситуацию разъясняет руководитель отдела интерферонов ФГБУ «ФНИЦЭМ им. Н.Ф. Гамалеи» Минздрава России, академик РАН Феликс Иванович ЕРШОВ.



– Феликс Иванович, можно ли отличить правду об интерферонах от многочисленных мифов?

– Мифы о якобы существующих серьезных недостатках интерферонов, появляющиеся в последние годы в средствах массовой информации, отражают жесткую конкуренцию, характерную для фармацевтического рынка. Приводимые аргументы служат примером агрессивной антирекламы и рассчитаны на неспециалистов. Главные обвинения, предъявляемые к препаратам интерферона, сводятся к следующему:

- ✓ интерфероны не имеют мишеней в цикле размножения вирусов;
- ✓ они малоэффективны;
- ✓ недостаточно изучена роль дополнительных компонентов, входящих в состав препаратов интерферона;

✓ до сих пор для интерферонов не установлены оптимальные пути введения, дозы, схемы, показания и т.д.

Сразу скажу, что система интерферонов создана природой 500 млн лет назад с появлением первых позвоночных. Она играла и играет выдающуюся роль в защите организма от чужеродной информации.

Те, кто утверждает, что у интерферонов нет мишени в цикле размножения вирусов, глубоко заблуждаются. Мишень действия интерферонов давно установлена и доказана. Она универсальна для всех вирусов. Это подавление трансляции вирусных информационных РНК на рибосомах инфицированных клеток и стимуляция их апоптоза. В результате приостанавливается процесс репродукции вирусов и других инфекционных агентов, а инфицированные клетки погибают. Кроме того, интерфероны обладают иммуномодулирующими, противоопухолевыми и радиопротективными эффектами.

В целом интерфероны являются естественными биорегуляторами и гомеостатическими агентами.

Интерферонологии (науке об интерферонах) посвящены тысячи статей, сотни монографий, содержащих фундаментальные данные о структуре, механизмах действия, биологических эффектах интерферонов, а также результаты их полувекторного использования в медицинской практике.

– Какие лекарственные формы интерферона кажутся Вам наиболее интересными?

– В настоящее время фармрынок предлагает десятки лекарственных форм рекомбинантных альфа-, бета-, гамма- и ламбда-интерферонов в виде инъекционных препаратов, мазей, гелей и суппозиториев. Все эти препараты широко используются для терапии различных форм патологии. Среди множества препаратов заслуживает внимания созданный в нашем институте препарат ВИФЕРОН®, разрешенный к применению в клинической практике как важный компонент терапии инфекционно-воспалительных заболеваний у беременных и новорожденных, в том числе недоношенных детей.

– Чем этот препарат отличается от других?

– Отличительной особенностью препарата ВИФЕРОН® являются входящие в его состав высокоактивные антиоксиданты – витамин С и витамин Е. Антиоксиданты не только усиливают противовирусное действие интерферона, но и нивелируют его возможные побочные эффекты. Антиоксиданты исправляют несовершенство функционирования интерфероновой системы в период новорожденности. Происходят замена синтеза раннего интерферона, отличающегося физико-химическими и биологическими свойствами, на интерферон с выраженной противовирусной и иммуномоду-



Актуальное интервью

лирующей активностью и устранение дефицита эндогенного интерферона за счет повышения его синтеза и стимуляции образования дендритных клеток у детей раннего возраста – от года до трех лет.

Идея совместного применения интерферона и антиоксидантов предложена профессором В.В. Малиновской после изучения возрастных особенностей системы интерферона и антиокислительной защитной системы организма и установления тесной взаимосвязи в функционировании этих систем. Именно использование высокоактивных антиоксидантов в составе препарата ВИФЕРОН® сделало возможным его применение в акушерской, педиатрической и неонатальной практике.

Опыт клинического применения препарата ВИФЕРОН® насчитывает уже около 20 лет. Препарат включен в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП), утвержденный Правительством Российской Федерации. Отмечу, что ВИФЕРОН® – один из немногих отечественных препаратов, исследование которого включены в библиотеку Кокрановского сотрудничества. В 2015 г. производство препарата успешно прошло контрольные испытания на соответствие международным нормам GMP.

В настоящее время ВИФЕРОН® используется для профилактики и лечения гриппа и ОРВИ, герпеса, цитомегалии и папилломавирусной инфекции; он повышает эффективность терапии антибиотиками при хламидиозе, вагинальных инфекциях. Препарат применяют при вирусных гепатитах во время беременности, что снижает риск возможной инфекции плода и новорожденного в 2,5–6 раз. ВИФЕРОН® улучшает работу плаценты и ее защитные функции и рекомендуется для применения с 14-й недели беременности.

– Насколько безопасно и эффективно применение препарата?

– Известно, что в период беременности обостряются хронические инфекции: хламидиозы, микоплазмозы. Химиопрепараты беременным назначают с осторожностью. ВИФЕРОН® в этом отношении выдающийся препарат, поскольку его можно использовать даже в период гестации. Ректальный способ введения препарата наиболее оптимален для младенцев, интерферон быстро попадает в кровотоки благодаря наличию густой кровеносной сети в прямой кишке.

Доказано, что интерферон не проникает через плаценту и не оказывает воздействия на иммунитет развивающегося плода. Именно это обеспечивает безопасность интерферонов во время беременности. На основании многолетних клинических исследований разработаны детальные схемы применения препарата в зависимости от этиологии и варианта течения инфекционного процесса. Эффективность и безопасность препарата доказана при комплексном динамическом мониторинге (УЗИ, гормоны фетоплацентарного комплекса, клиническое наблюдение за новорожденными и детьми в возрасте до десяти лет).

– Существуют ли аналоги препарата ВИФЕРОН®?

– Нет, до сих пор ни в Российской Федерации, ни за рубежом фармакологических аналогов препарата ВИФЕРОН® не существует. В научной литературе нередко сравнивают препараты ВИФЕРОН® и Генферон®. Хотя это вряд ли правомочно. Аскорбиновая кислота и альфа-токоферол, входящие в состав препарата ВИФЕРОН®, – сильные антиоксиданты. Их эффективность показана в многочисленных публикациях. Входящий же в состав препарата Генферон® таурин, по данным литературы, не является антиоксидантом. Таурин – метаболический препарат. Обычно он используется как компонент энергетических напитков. Химическая структура таурина не позволяет ему быть антиокси-

дантом, поскольку сера, присутствующая в его молекуле, находится в окисленном состоянии и не способна проявлять восстановительные свойства и блокировать окислительные процессы.

Согласно результатам специальных исследований, комбинация интерферона с антиоксидантами в препарате ВИФЕРОН® демонстрирует выраженный синергизм, то есть усиление специфической противовирусной активности интерферона в 10–12 раз. Препарат таурин таким действием не обладает. В присутствии таурина специфическая противовирусная активность интерферона не изменяется, что свидетельствует об отсутствии даже аддитивного эффекта между таурином и интерфероном-альфа-2b.

– Каковы, на Ваш взгляд, перспективы применения интерферонов в обозримом будущем?

– Интерфероны и в дальнейшем будут незаменимы в лечении беременных и новорожденных. Будет продолжено и расширено использование интерферонов при вирусных гепатитах, ОРВИ, гриппе, герпесе, а также в лечении детских инфекций (корь, паротит, ветряная оспа и др.).

Перспективно использование интерферонов при различных формах неинфекционной (соматической) патологии (рассеянный склероз, бронхиальная астма и другие аллергические заболевания).

Предстоит более детально изучить возможности применения интерферонов при онкологических заболеваниях (первые положительные результаты уже получены).

Несмотря на то что с момента открытия интерферонов прошло уже более полувека, возможности интерферонотерапии не исчерпаны. Убежден, что предпринимаемые некоторыми СМИ попытки опорочить и даже «похоронить» интерфероны – замечательные белки, созданные самой природой, – не заслуживают серьезного обсуждения. ❁

недидактика



Состоялся официальный старт второй всероссийской премии «Первые лица»

Оргкомитет объявил о начале приема заявок на соискание премии для специалистов в области перинатальной медицины «Первые лица» – 2015, учрежденной в 2014 г. Российской ассоциацией специалистов перинатальной медицины и некоммерческим партнерством «Общество по развитию медицины и здравоохранения». На сегодняшний день «Первые лица» – это единственная премия, которая вручается людям или учреждениям, внесшим заметный вклад в развитие российской перинатальной медицины.

Проведение премии «Первые лица» было высоко оценено медицинским сообществом и подтвердило необходимость привлекать внимание широкой общественности и повышать престиж профессии врачей, связывающих трудовую деятельность с решением проблем перинатальной медицины.

Попечительский совет второй всероссийской премии «Первые лица» возглавила член-корреспондент РАН, профессор Лейла Сеймуровна НАМАЗОВА-БАРАНОВА. Она обратилась к будущим участникам конкурса с воодушевляющим призывом: «Когда я впервые услышала о премии, то прежде всего восхитилась названием „Первые лица“! Как здорово, что сегодня наши коллеги, работающие в непростых реалиях отечественной медицины, имеют шанс быть увиденными, услышанными и оцененными по заслугам, то есть стать теми самыми первыми лицами – клубом избранных, когортой лучших представителей своей профессии. Однако главный смысл названия, на мой взгляд, совершенно иной. Как педиатру мне особенно приятно думать, что, появляясь на свет, наши малыши первыми видят лица моих коллег – специалистов в области перинатальной медицины. Хотелось бы, чтобы эти лица всегда были полны любви и заботы, излучали ум и мудрость, дарили добро и ощущение защищенности. Вот таких первых лиц мы ищем среди конкурсантов этого года!»

Председатель экспертного совета премии, академик РАН, профессор Николай Николаевич ВОЛОДИН рассказал о намерении организаторов расширить географию проведения премии в новом году: «Будучи председателем экспертного совета в прошлом году, я обратил особое внимание на то, что огромную отдачу на призыв участвовать в конкурсе мы получили именно из регионов. Профессионализм, технологическая оснащенность профильных учреждений из всех шести федеральных округов России, откуда поступили заявки, были оценены по достоинству. На сцену за заветной наградой все чаще поднимались именно региональные специалисты. Обещая приложить все усилия, чтобы в новом году эта позитивная тенденция продолжилась. Я искренне верю, что мы делаем нужное дело, ведь премия позволит не только объективно оценить уровень развития отечественной перинатальной меди-

цины, но и рассказать о ценных идеях и технологиях наших коллег всей стране».

Директор НП «Общество по развитию медицины и здравоохранения» Василий Леонидович ПОЛЯНСКИЙ особо отметил роль СМИ в вопросе популяризации конкурса: «Безусловно, выявление и поощрение лучших специалистов, перспективных проектов, наиболее успешно работающих медицинских учреждений в области перинатальной медицины было бы неполным без широкого освещения в прессе. В новом году к числу наших информационных партнеров присоединилось множество авторитетных изданий. Надеюсь, что информационное поле премии „Первые лица“ – 2015 будет практически необъятным».

Основные номинации премии:

1. Персона года
2. Образовательный проект года

Подноминации:

- в области повышения уровня знаний среди специалистов;
- в области повышения уровня знаний среди пациентов (населения)

3. Открытие года

Подноминации:

- специалист года;
- учреждение/организация года

4. Технология года

Подноминации:

- в области выхаживания новорожденных;
- в области сохранения беременности;
- в области ранней диагностики врожденных патологий;
- в области реаниматологии;
- в области реабилитации

5. Специальный приз от экспертного совета премии

6. Специальный приз от попечительского совета премии.

Церемония награждения лауреатов состоится в сентябре 2015 г. в рамках X Конгресса Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины.

Ознакомиться с составом попечительского и экспертного советов премии «Первые лица», узнать условия участия в конкурсе и подать заявку можно на официальном сайте премии www.pervie-litsa.ru.

II ПРЕМИЯ В ОБЛАСТИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

для физических и юридических лиц



ПЕРВЫЕ ЛИЦА

ТЕЛЕФОН ОРГКОМИТЕТА: +7 (495) 921 3523

САЙТ: ПЕРВЫЕ-ЛИЦА.РФ, PERVIE-LITSA.RU

ПОЧТА: INFO@PERVIE-LITSA.RU

А если не ВЫ, то КТО?

НОМИНАЦИИ:

- > ПЕРСОНА ГОДА
- > ТЕХНОЛОГИЯ ГОДА
- > ОТКРЫТИЕ ГОДА
- > ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПРОЕКТ ГОДА

ПРИГЛАШАЕМ К УЧАСТИЮ

(Прием заявок до 15 июня 2015 г.)

Учредители премии:



Организационный комитет:





О научных и психологических аспектах материнской любви

Между мамой и ребенком существует особая неразрывная связь. Доказано, что, чем больше женщина дарит тепла своему малышу, тем более счастливым и здоровым он растет. Однако верно и обратное: согласно статистике, только 10% детей, лишенных родительской заботы, становятся благополучными в будущем. В рамках VIII заседания пресс-клуба «Внимание, дети!» Ольга АВДЕЕВА, эксперт компании Nutricia, и Светлана ГУДИЕВА, перинатальный психолог, представили вниманию аудитории невероятные факты и психологические аспекты материнской любви.

Любящее сердце матери подсказывает, что она – весь мир для малыша. Тому есть и научное обоснование. Важность связи между матерью и ребенком впервые сформулировал Дж. Боулби (J. Bowlby) в 1950-х гг. Он разработал теорию привязанности, которая подчеркивала необходимость формирования глубоких и крепких отношений между родителями и детьми, чтобы обеспечить им здоровое социальное и эмоциональное развитие. Если между мамой и ребенком существует крепкая эмоциональная связь, малыш растет более здоровым и реже болеет респираторными заболеваниями. В ходе одного исследования недоношенные малыши, мамы которых всегда находились рядом, ласково и нежно поглаживали их, набирали вес на 50% быстрее. Формирование мозга и нервной системы ребенка продолжается еще долгое время после его появления на свет, причем на этот процесс существенно влияют эмоциональный опыт и впечатления, которые получает малыш. В самом раннем возрасте стимуляция органов чувств ребенка полностью определяется его контактом с матерью. Именно под влиянием ее поведения, в ответ на создаваемые ею стимулы ребенок развивается и обучается. От умения матери чутко реагировать на эмоциональные потребности малыша и обеспечивать ему надлежащий уход зависит, в частности, полноценное развитие нервной системы и головного мозга.

«Мир ребенка начинается с мамы. Каким будет знакомство малыша с окружающей средой, будет ли он стремиться ее познать, какой у него будет самооценка, вырастет ли он настойчивым и упорным в достижении целей, определяется материнской любовью. И для каждого возраста малыша существуют свои рецепты любви – способы наиболее полно выразить любовь и заботу о нем», – уверена С. Гудиева.

Первые три месяца – самый сложный и важный период для маленького человека: он покинул надежное и уютное жилище в утробе матери и оказался в неизвестном мире. Будет ли ребенок доверять этому миру или закроется от него, зависит от мамы. В этот период необходимо всегда быть рядом с малышом.

С трех месяцев малыш открыт для новых впечатлений, он стремится познавать окружающий мир. Если ему помочь, он будет развиваться любознательным и активным. В противном

случае его интерес к новым знаниям быстро угаснет. Однако трехмесячный малыш еще не может передвигаться. Мама должна стать его руками и ногами. Главный рецепт любви в этом возрасте – близкий физический контакт с малышом. Мамины объятия и поцелуи позволят малышу почувствовать себя защищенным во время первых открытий.

С шести месяцев малыш уже может сидеть и передвигаться на четвереньках, манипулировать разными предметами. Теперь для него важно деловое взаимодействие с родителями, совместная игра, в которой он открывает предметный мир взрослых. В это время мама помогает малышу осваивать основные способы взаимодействия с предметами, выделять среди них полезные и интересные, определять их свойства.

С девяти месяцев ребенок активно осваивает окружающий мир. Он делает первые самостоятельные шаги. Теперь можно без помощи взрослого взять интересующий предмет. В это время маме предстоит не только заботиться о малыше, но и научиться предоставлять ему больше свободы. Рецепт любви этого возраста самый сложный – необходимо определить грань между любовью и вседозволенностью, поддержать ребенка, дать ему почувствовать, что он способен самостоятельно многого добиться.

Создать крепкую эмоциональную связь с малышом на каждом этапе его развития помогает и правильное питание. Кормление ребенка – один из ключевых процессов в первые три года жизни. Наладить этот процесс можно только с помощью любви, предполагающей правильные слова, правильное настроение и даже правильный продукт.

По мнению О. Авдеевой, грудное молоко – лучшее питание для ребенка, а грудное вскармливание – лучший способ установить эмоциональную связь и выразить свою любовь к малышу. Но если по каким-либо причинам грудное вскармливание невозможно, маме необходимо научиться правильно кормить из бутылочки: держать ее у своей груди, смотреть ребенку в глаза, прижимать его к себе и поддерживать эмоциональный контакт. Время кормления нужно использовать для общения с малышом. Важен и выбор детской смеси, ведь заботливая мама должна быть уверена, что ее ребенок получает все самое необходимое для здоровья и роста. *

Источник: www.2heartsbeatas1.ru



Отношение к детскому питанию надо менять

Несмотря на интенсивное развитие и строгое регулирование индустрии детского питания, российские женщины не доверяют производителям и предпочитают готовить своим детям сами. Однако такой подход не только не способствует полноценному развитию детского организма, но и создает определенные риски. О том, почему так важно изменить мнение матерей о детском питании, эксперты рассказали на встрече, посвященной юбилею завода в г. Истре – одного из крупнейших российских предприятий по производству детских смесей и каш, отпраздновавшего в 2015 г. 20-летие в составе компании Nutricia.

По мнению Виктора Александровича ТУТЕЛЬЯНА, д.м.н., академика РАН, директора НИИ питания, главного диетолога Минздрава России, детское питание – одна из важнейших составляющих здорового питания ребенка, а следовательно, и здоровья нации. Необходимо помнить, что обычная крупа не подходит для приготовления каши для ребенка. Продукты для взрослых не рассчитаны на потребности растущего организма и не могут обеспечить его всеми необходимыми полезными веществами, в то время как детские специализированные продукты, наукоемкие и созданные с использованием высоких технологий, – могут. Более того, в этом и состоит задача индустрии детского питания. В стремлении сделать лучше родители нередко вредят ребенку. Вместо того, чтобы растворить смесь в воде, как написано на упаковке, они используют молоко, считая его более полезным. В результате технология приготовления, тщательно продуманная производителем, нарушается и продукт становится опасным для здоровья. Бывает и так, что родители пробуют еду, приготовленную для ребенка, и добавляют сахар. Так у ребенка закладываются неправильные вкусовые привычки на всю жизнь.

Современное детское питание – это синтез передовых научных разработок и прогрессивных технологий. Подтверждение тому – завод компании Nutricia в Истре. Приобретя его 20 лет назад, компания полностью модернизировала предприятие. Сегодня процесс производства не только максимально закрыт и автоматизирован во избежание влияния человеческого фактора, но и строго контролируется на каждом этапе – от выбора поставщика сырья до упаковки конечного продукта. При этом соблюдаются высочайшие стандарты качества и безопасности. В суперсовременных лицензированных лабораториях (аналитической, микробиологической и сенсорной) происходит высокоточный анализ продуктов: перед выпуском на рынок каждая партия проходит контроль по 30 показателям.

Общее количество тестов, подтверждающих высокое качество детских смесей и каш «Малютка», производимых на заводе в Истре, от сырья до готового продукта, составляет от 90 до 300 на одну партию.

«Мы пересмотрели рецептуры всех продуктов с учетом рекомендаций педиатров и актуальных научных данных.

В частности, согласно результатам исследования Nutrilife у двух из трех российских детей второго года жизни наблюдается железодефицит. Именно поэтому в формуле смеси «Малютка» железо сочетается с цинком и витамином С для лучшего усвоения этого важного минерала. Кроме того, детские смеси «Малютка» не содержат сахара, что в современных условиях при повышенном потреблении сахара нашими детьми особенно актуально», – заметил Павел Александрович ПЕВНЕВ, директор завода «Истра-Нутриция». Недостаток железа – один из многих дефицитов, которые испытывают малыши вследствие несбалансированного питания. Дело в том, что сегодня российские женщины часто переводят детей на взрослые продукты преждевременно, не осознавая, что ребенок – это не маленький взрослый, его потребности в питательных веществах, витаминах и минералах отличаются от потребностей взрослого человека, а пищеварительная система еще незрелая. Ошибочно думать, что детскую еду можно получить, уменьшив взрослую порцию.

«Формирование правильных пищевых привычек – очень важная задача, ведь от этого зависит здоровье ребенка. Большую роль играет уровень образованности родителей и привычки в семье. В повседневной практике мы нередко сталкиваемся с вопиющими случаями, когда ребенка кормят сливками, жирным творогом, коровьим или козьим молоком и другими продуктами, которые не усваиваются детским организмом. Неправильное питание приводит к серьезным нарушениям здоровья. Поэтому важно объяснить родителям, что переход к «взрослой» пище должен быть постепенным, ребенку необходимы специализированные продукты, разработанные с учетом его особых потребностей», – резюмировала Ирина Николаевна ЗАХАРОВА, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой педиатрии РМАПО, заслуженный врач России.

Эксперты убеждены, что родителям стоит больше доверять современному детскому питанию промышленного производства. Такое питание позволяет сделать рацион ребенка сбалансированным и заложить основу для его здорового будущего. ❁

Источник: пресс-релиз компании Nutricia

Инфекция мочевой системы у детей: актуальные вопросы

О.Л. Чугунова, М.В. Шумихина

Адрес для переписки: Ольга Леонидовна Чугунова, ol_chugunova@mail.ru

Статья посвящена проблеме инфекции мочевой системы у детей – этиологии, патогенезу, особенностям клинической картины в возрастном аспекте, ранней диагностике, своевременной тактике лечения и дискуссионным вопросам профилактики.

Ключевые слова: инфекция мочевой системы у детей, хроническая почечная недостаточность, пиелонефрит, пероральные цефалоспорины

Введение

Проблема инфекции мочевой системы (ИМС) у детей остается актуальной, несмотря на большое количество работ, посвященных изучению данного вопроса. Интерес к обозначенной проблеме связан прежде всего с высокой распространенностью заболевания и развитием тяжелых осложнений вплоть до сморщивания почек и формирования хронической почечной недостаточности, приводящих к инвалидизации детей [1, 2].

Ежегодные популяционные исследования свидетельствуют о неуклонном росте частоты ИМС в детской популяции. По данным Росстата, последние десять лет заболеваемость нефропатией у детей до 14 лет возросла в 1,6 раза, у подростков – в 2 раза [3]. У детей первых трех лет жизни указанная патология встречается чаще, чем острая респираторная инфекция [4–7]. У доношенных новорожден-

ных с лихорадкой и нарушениями общего состояния ИМС наблюдается в 1,1–7% случаев [8].

Развитию заболеваний органов мочевой системы (ОМС) у детей раннего возраста способствует морфофункциональная незрелость почек, особенно на фоне обструктивной уропатии, инфекции, гипоксических состояний, предшествующих реанимационных мероприятий [9, 10].

Малосимптомность и неспецифичность клинических проявлений заболеваний почек и мочевыводящих путей у новорожденных и детей первых трех лет жизни затрудняют своевременную диагностику. Как следствие – хронизация процесса из-за позднего проведения адекватной терапевтической коррекции [11–13].

Трудности определения локализации патологического процесса, особенно у новорожденных и детей раннего возраста, стали причиной появления в отечест-

венной и зарубежной литературе термина «инфекция органов мочевой системы» (ИОМС). Под ним понимается инфицированность и воспалительные изменения любых отделов мочевой системы без специального указания на ее уровень (мочевыделительный тракт или почечная паренхима) [9].

ИОМС – пиелонефрит, цистит, уретрит и асимптоматическая бактериурия – наиболее распространенные из всех нефропатий [6, 9, 14].

Пиелонефрит – инфекционно-воспалительное заболевание почек с преимущественным поражением чашечно-лоханочной системы, канальцев и интерстиция, характеризующееся лейкоцитурией и бактериурией и обязательным нарушением функционального состояния почек. Согласно результатам исследования J. Winberg [15], среди наиболее значимых заболеваний почек в индустриально



развитых странах пиелонефрит занимает первое место и встречается у детей первого года жизни с частотой 1:100. В последние годы пиелонефрит относят к инфекционному (бактериальному) варианту тубулоинтерстициального нефрита.

Исходя из Международной классификации болезней 10-го пересмотра заболевания, относящиеся к группе «Инфекции мочевой системы», имеют следующие коды:

- N10. Острый тубулоинтерстициальный нефрит (включает острый инфекционный интерстициальный нефрит – пиелонефрит).
- N11. Хронический тубулоинтерстициальный нефрит (включает хронический инфекционный интерстициальный нефрит – пиелонефрит).
- N11.0. Необструктивный хронический пиелонефрит, связанный с рефлюксом.
- N11.1. Хронический обструктивный пиелонефрит (включает хронический пиелонефрит, связанный с аномалией, перегибом, обструкцией, стриктурой лоханочно-мочеточникового соединения, тазового сегмента мочеточника).
- N11.8. Другие хронические тубулоинтерстициальные нефриты (включает необструктивный хронический пиелонефрит).
- N12. Тубулоинтерстициальный нефрит неуточненный, как острый, так и хронический (включает пиелонефрит БДУ).
- N30. Цистит.
- N30.0. Острый цистит.
- N30.1. Интерстициальный цистит (хронический).
- N30.2. Другой хронический цистит.
- N30.8. Другие циститы.
- N30.9. Цистит неуточненный.

- N39.0. Инфекция мочевыводящих путей без установленной локализации.
- P39.3. Инфекция мочевых путей новорожденного.
- P00.1. Поражения плода и новорожденного, обусловленные болезнями почек и мочевых путей матери.

Цистит – воспалительное заболевание мочевого пузыря.

Асимптоматическая бактериурия – инфекционно-воспалительный процесс в нижних отделах мочевой системы, преимущественно у новорожденных, проявляющийся бактериурией без лейкоцитурии и протекающий без выраженной клиники. Асимптоматическая бактериурия является фактором риска формирования пиелонефрита и др. [16]. Рекомендации по лечению при асимптоматической бактериурии одинаковы для большинства пациентов. Имеется потенциальный риск повторного лечения асимптоматической бактериурии и выработки более вирулентного штамма микроорганизма или резистентного патогена. Подобное лечение оправдано только у беременных. Для остальных групп пациентов лечение не требуется [17, 18].

В настоящее время ни за рубежом, ни в России единой классификации ИМС нет. Это обусловлено различными подходами к классификации ИМС (табл. 1) [2].

Как правило, сохраняющаяся бактериурия – результат неадекватного лечения инфекции. Наиболее частой причиной является антимикробная устойчивость к примененному препарату. С данной разновидностью ИМС легче бороться, зная чувствительность к антибиотику.

Персистенция бактерий или реинфекция – инфекции, выявлен-

ные после задокументированных отрицательных посевов мочи. Реинфекция в отличие от персистенции вызвана другим микроорганизмом. Персистенция означает, что новый эпизод ИМС связан с тем же микроорганизмом. Персистенция обычно встречается у детей с анатомическими нарушениями мочевой системы.

За рубежом распространена также классификация ИМС J. Winberg 1987 г. [19, 20]:

1. Уровень поражения:
 - ✓ инфекция верхних мочевых путей (пиелонефрит);
 - ✓ инфекция нижних мочевых путей (цистит, уретрит).
2. Клинические проявления:
 - ✓ симптоматическая;
 - ✓ бессимптомная (изолированная бактериурия).
3. Наличие факторов, осложняющих течение и способствующих рецидивированию ИМС:
 - ✓ осложненная;
 - ✓ неосложненная.
4. Течение:
 - ✓ острое;
 - ✓ хроническое:
 - а) редко рецидивирующее;
 - б) часто рецидивирующее;
 - в) непрерывно рецидивирующее.

ИМС занимают лидирующие позиции в структуре заболеваний детского возраста и составляют 18:1000 детского населения [9]. Распределение по полу зависит от возраста пациентов. У новорожденных мальчиков ИМС встречается приблизительно в 4 раза чаще, чем у девочек. В последующих возрастных группах девочки доминируют (у дошкольников соотношение «мальчики : девочки» – 1:15, у школьников – 1:30). У девочек три пика заболеваемости: на первом году жизни, на втором-третьем, что связано со становлени-

недуга

Таблица 1. Классификация инфекции мочевой системы

| Документированная инфекция мочевой системы | | | | | | | |
|--|-------------------|-----------------------------------|--------------|------------|---------------------------|--------------|------------|
| Первый эпизод | | Повторный эпизод/рецидив инфекции | | | | | |
| Симптоматическая | Асимптоматическая | Симптоматическая | | | Асимптоматическая | | |
| | | Сохраняющаяся бактериурия | Персистенция | Реинфекция | Сохраняющаяся бактериурия | Персистенция | Реинфекция |
| | | | | | | | |

ем навыков гигиены и приучения к горшку, а также в подростковом возрасте, что в большинстве случаев обусловлено началом половой жизни [9, 16, 21].

Этиология

Наиболее частыми возбудителями ИМС являются представители семейства *Enterobacteriaceae*. В 2000–2001 гг. в восьми лечебно-профилактических учреждениях семи городов России было проведено исследование АРМИД-1, посвященное выявлению и изучению резистентности основных уропатогенов [22]. В исследовании участвовали 607 детей в возрасте от одного месяца до 18 лет с внебольничными инфекциями верхних и нижних отделов мочевой системы, у которых при бактериологическом исследовании мочи был выделен возбудитель в диагностическом титре ($> 10^5$ КОЕ/мл). Анализ полученных данных показал, что основными возбудителями внебольничных ИМС в России являются представители семейства *Enterobacteriaceae* (80,6%), главным образом *Escherichia coli* – 53% случаев (с региональными колебаниями от 41,3 до 83,3% в разных центрах). Другие уропатогены выделялись значительно реже: *Proteus* spp. – 8,5%, *Enterococcus* spp. – 8,5%, *Klebsiella pneumoniae* – 8%, *Enterobacter* spp. – 5,7%, *Pseudomonas* spp. – 5,4%, *Staphylococcus aureus* – 3,7%. У 7,2% больных выявлены микроорганизмы, редко встречающиеся в клинической практике: *Morganella morganii* – 2%, *Klebsiella oxytoca* – 1,7%, *Citrobacter freundii* – 1,1%, *Serratia marcescens* – 0,8%, *Acinetobacter lwoffii* – 0,5%, *Acinetobacter baumannii* – 0,3%, *Citrobacter diversus* – 0,2%, *Streptococcus pyogenes* – 0,2%, *Flavobacter* spp. – 0,2%, *Candida krusei* – 0,2% и др.

Нозокомиальные ИМС, вызванные разнообразными микроорганизмами, например *Pseudomonas aeruginosa*, тяжело лечить. *Candida* spp. может присутствовать у иммунокомпрометированных или катетеризированных пациентов. В то же время у здоровых детей выявление *Lactobacillus*,

коагулазонегативных стафилококков и *Corynebacterium* редко подтверждается клинически. Роль *Mycoplasma hominis* и *Chlamidia trachomatis* в настоящее время дискутируется, поскольку данные возбудители, как правило, сочетаются с иной грамотрицательной микрофлорой и могут встречаться при воспалительном процессе другой локализации.

Надо отметить, что развитие пиелонефрита определяется не только количественными характеристиками бактериурии, но и особенностями микро- и макроорганизма. Уропатогенные штаммы микробов отличаются способностью к адгезии (прилипанию) к эпителию мочевыводящих путей. Для них характерны высокие темпы роста. Затяжное и рецидивирующее течение пиелонефрита может быть связано с воздействием микоплазм, хламидий, грибов рода *Candida*. У детей раннего возраста пиелонефрит развивается, как правило, при нарушении уродинамики или нестабильности цитомембран. Дисрегуляция системы кишечного микробиоценоза со снижением колонизационной резистентности кишечника и увеличением условно патогенной флоры считается одним из научно обоснованных механизмов инфицирования мочевого тракта у детей первых трех лет жизни [1, 9, 14, 16, 22–24]. Особенности макроорганизма в некоторой степени определяют высокий риск инфекционно-воспалительных заболеваний мочевого тракта. Прежде всего это малые или большие врожденные аномалии ОМС, нарушения уродинамики. Установлено, что в 90,3% случаев в основе развития пиелонефрита лежат морфологические аномалии развития мочевого тракта. Этим объясняется повышенный интерес исследователей к изучению врожденных пороков развития ОМС, на долю которых приходится от 1/10 до 1/3 всех аномалий органов в популяции [9, 16]. Однако наличие обструкций в мочевой системе не всегда реализуется в пиелонефрите, а только в условиях не-

благоприятных внешних воздействий [25].

Доказана роль вирусов в возникновении острого цистита. При хроническом цистите вирусы провоцируют обострение воспалительного процесса в мочевом пузыре с последующей бактериальной инвазией.

Пути проникновения инфекции

В большинстве случаев бактерии проникают в мочевой тракт восходящим путем из промежностной и уретральной областей, контаминированных кишечной микрофлорой. Этот путь инфицирования обычно имеет место у детей с анатомической или функциональной патологией, препятствующей нарушению оттока мочи. Лимфогематогенный путь инфицирования мочевого тракта возможен при системных инфекционных процессах, протекающих с бактериемией. Убедительных данных о наличии лимфогенного пути передачи инфекции до сих пор не получено. С максимальной частотой выделяют грамположительные бактерии и грибы. Предположительно, гематогенное инфицирование свойственно новорожденным и детям первых месяцев жизни со сниженным иммунитетом. Дисфункции желудочно-кишечного тракта (диарея, запор, дисбактериоз) способствуют инфицированию мочевых путей через лимфатическую систему от легких и едва уловимых (транзиторная бактериурия) до выраженных клинических форм поражения мочевого тракта [26].

Патогенез

Важным фактором, способствующим развитию инфекции мочевого тракта, является периуретральная колонизация. Периуретральная флора, представленная в основном грамотрицательными бактериями, включает микроорганизмы, преимущественно вызывающие инфекцию мочевыводящей системы у детей раннего возраста: *Escherichia coli* – 40–90%, *Klebsiella* – 7–20%, *Proteus mirabilis* – 9–16%. Грамположительная



кокковая флора (энтерококки, стафилококки, стрептококки) при симптоматической бактериурии определяется в 10–20% случаев. Нередко встречаются ассоциации микроорганизмов (*Escherichia coli* + *Proteus*, *Escherichia coli* + *Klebsiella*, *Escherichia coli* + *Enterococcus*), вирусная инфекция (аденовирусы, энтеровирусы, в частности вирусы Коксаки (*Coxsackievirus*), особенно группы В, и др.) [16, 23]. Микроорганизмы также способны проникать в мочевой пузырь, минуя уретру, путем так называемой транслокации из кишечника [2]. Исследования последних лет свидетельствуют о генетической предрасположенности к воспалительным заболеваниям органов мочевой системы. Мутации генов Рах2 и АТ2 приводят к формированию врожденных аномалий мочевой системы как на органном, так и на тканевом уровне, что в свою очередь снижает местную резистентность к инфекции и способствует развитию воспаления [2, 27–29]. Тем не менее первостепенное значение в развитии микробно-воспалительного процесса в почках имеют нарушения уродинамики, прежде всего пузырно-мочеточниковый рефлюкс [30–32].

Клиническая картина

Обычно пиелонефрит у детей раннего возраста протекает латентно, без явных клинических проявлений или малосимптомно, что приводит к поздней диагностике, когда уже имеют место тяжелые повреждения почечной паренхимы и формируется хроническая почечная недостаточность [9, 14, 33, 34].

Латентное течение пиелонефрита во многом объясняется снижением иммунных сил детского организма, способствующим скрытому развитию болезненного процесса. В раннем возрасте ребенок склонен к генерализации инфекции. Быстрая и значительная деструкция ткани у новорожденных является следствием даже острого воспалительного пиелонефритического процесса. ИМС в неонатальном периоде редко протекает изолированно.

Клиническая картина у новорожденных в большинстве случаев обусловлена сопутствующей патологией. У таких пациентов нередко отсутствуют симптомы, характерные для инфекционно-воспалительных заболеваний ОМС у детей старшего возраста. Как правило, у новорожденных доминируют неспецифические признаки: симп-

томы интоксикации, субфебрилитет, слабое сосание, недостаточная прибавка массы, дисфункция кишечника.

Клиническая картина пиелонефрита у детей раннего возраста достаточно полиморфна (табл. 2). Могут наблюдаться затянувшаяся желтуха, признаки общего инфекционного токсикоза: лихорадка, беспокойство, нарушение сна, снижение массы тела. Дети в возрасте до пяти лет с ИМС страдают отсутствием аппетита, у них могут возникать рвота, диспепсические расстройства, распространенные боли в животе без определенной локализации и т.д. Только после пятилетнего возраста появляются специфические симптомы поражения ОМС – симптомы интоксикации, повышение температуры без катаральных явлений, боль в поясничной области [2, 9].

Диагностика

Основными лабораторными анализами, подтверждающими пиелонефрит, являются:

1) общий анализ мочи: выявляются лейкоцитурия – от 15–20 в поле зрения (наиболее характерна при патологии дистальных отделов мочевой системы) до сплошь все поля зрения (чаще встречается

Таблица 2. Особенности клинической картины пиелонефрита у детей

| Признаки | Дети первого года жизни | Дети старшего возраста |
|-----------------------------------|---|--|
| Дебют заболевания | Преобладание симптомов общинфекционного характера | Сочетание симптомов общинфекционного характера, болевого и дизурического синдромов |
| Симптомы интоксикации | Выражены вплоть до нейротоксикоза | Зависят от характера течения, возраста, наличия обструкции |
| Менингеальные симптомы | Возможны | Крайне редко |
| Лихорадка | Фебрильная, реже субфебрильная, возможны беспричинные подъемы температуры | Фебрильная, реже субфебрильная, часто беспричинные подъемы температуры |
| Срыгивание, рвота | Частые срыгивания, возможна рвота | Рвота при выраженной интоксикации |
| Боли в животе, поясничной области | Эквивалент боли – беспокойство | Присутствуют |
| Нарушение мочеиспускания | Учащенное или редкое, вплоть до острой задержки мочи | Недержание мочи, редкое или учащенное, безболезненное |
| Кишечный синдром | Нередко, чаще в дебюте заболевания | Редко |
| Гепатолиенальный синдром | У 1/3 детей | Редко |

при пиелонефрите), бактериурия, а также нейтральная или щелочная реакция мочи, мутность мочи, наличие солей, умеренная протеинурия от следовой до 0,06 г/л (однако при пороках развития почек, наличии пузырно-мочеточникового рефлюкса протеинурия может быть более выраженной). Это означает, что в общем анализе мочи необходимо обращать внимание на такие показатели, как лейкоцитурия, бактериурия, нитриты в моче и лейкоцитарная эстераза. Другие показатели могут изменяться при ИМС, но не являются диагностически значимыми. Маркеры, такие как лейкоцитарная эстераза и нитриты, могут быть сразу определены мочевыми стрипами. Фермент эстераза лейкоцитов расщепляется эстеркарбоксилевой кислотой, в результате чего образуется компонент, который вступает в реакцию с диазониевой солью с образованием фиолетового окрашивания. Чувствительность теста – 10–20 лейкоцитов/мкл мочи. Содержащиеся в норме нитраты грамотрицательные бактерии восстанавливают до нитритов, но это занимает несколько часов. Оба теста косвенно указывают на наличие инфекции. Чувствительность определения лейкоцитарной эстеразы – 50–85%, предсказательная ценность положительного результата

(PPV) – 89%. Однако при наличии симптомов ИМС PPV повышается до 94%. Уровень специфичности – 63–92%. Специфичность выявления нитритов выше – 90–100%. Однако чувствительность достаточно низкая, существенно отличается по данным разных авторов (от 16 до 82%); уровень PPV – 90%. При положительном тесте на лейкоцитарную эстеразу и нитриты специфичность и чувствительность увеличиваются до 70 и 90% соответственно; уровень PPV – 72% [35].

Уровень чувствительности и специфичности при наличии лейкоцитурии (> 5 в поле зрения) и бактериурии колеблется в пределах 54–85% и 70–81% соответственно [36];

2) посев мочи. Наиболее часто высеваемым возбудителем является кишечная палочка, реже встречаются *Klebsiella*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus*;

3) общий анализ крови. Подтверждается воспалительный характер патологического процесса: лейкоцитоз и увеличение скорости оседания эритроцитов.

Для ИОМС прежде всего характерна бактериурия. Рост более 100 000 КОЕ в свежесобранной моче – основное отличие истинной бактериурии от простой контаминации.

Результаты посева мочи у детей оценивают следующим образом.

За рубежом у детей первого года жизни распространено исследование мочи, полученной путем надлобковой пункции мочевого пузыря. Любой рост бактерий, выявляемый при данном методе забора мочи, считается значимым в плане развития инфекции мочевой системы. В России данный метод не нашел широкого распространения.

Диагностически значимо выделение 1000 КОЕ/мл мочи, полученной при катетеризации мочевого пузыря.

При выделении микроорганизма в монокультуре из свежесобранной мочи (собранной в стерильную емкость при свободном мочеиспускании) в титре > 10⁵ КОЕ/мл этот возбудитель может считаться этиологически значимым, даже в отсутствие характерной клинической картины ИМС.

Если образец взят у ребенка, имеющего симптомы ИОМС или принимающего антибактериальные препараты, выделение возбудителя даже в титре > 10² КОЕ/мл может считаться этиологически значимым.

У новорожденных этот уровень не достигается из-за более короткого периода присутствия бактерий в моче. Именно поэтому повторный высеив одного и того же возбудителя у детей первых трех месяцев жизни независимо от количества должен рассматри-

Таблица 3. Общие рекомендации по оценке результатов количественных тестов мочи

| Категория | Рекомендации |
|-----------|--|
| 1 | Обнаружение < 10 ⁴ бактерий в 1 мл мочи. Свидетельствует о вероятном отсутствии инфекции мочевого тракта. Исключение: присутствие < 10 ⁴ бактерий в 1 мл мочи, взятой непосредственно из мочевого пузыря путем надлобковой пункции или цистоскопии |
| 2 | Обнаружение 10 ⁴ –10 ⁵ бактерий в 1 мл мочи. Если у пациента отсутствуют проявления заболевания, необходимо взять еще один анализ и провести повторный подсчет бактерий. При симптомах инфекции мочевого тракта проводят как идентификацию, так и определение чувствительности культуры к антибиотикам, если на питательных средах обнаружен рост одного или двух разных типов колоний. Наличие такого количества бактерий в моче позволяет предположить инфекцию мочевого тракта у пациентов с симптомами болезни или лейкоцитурией. Когда количество микробов, качество пробы мочи или особенности течения заболевания вызывают сомнения, следует получить другую пробу мочи для повторного исследования |
| 3 | Обнаружение > 10 ⁵ бактерий в 1 мл мочи. Если из мочи выделены колонии одного или двух разных типов, проводят идентификацию бактерий и определяют чувствительность к антибиотикам. Обнаружение такого количества микроорганизмов – серьезное основание, позволяющее сделать предположение о наличии инфекции мочевого тракта у всех пациентов, включая женщин без симптомов заболевания |



ваться как бактериурия, особенно при наличии других симптомов ИОМС [36–38].

Необходимым условием достоверности результатов бактериологического исследования мочи является сбор анализов до начала антибактериальной терапии. Отсутствие бактериурии при проведении посевов может быть обусловлено влиянием антибактериальной терапии, образованием L-форм, наличием микроорганизмов, не выявляемых при обычном микробиологическом исследовании [1, 22].

В таблице 3 приведены общие рекомендации Всемирной организации здравоохранения по оценке результатов количественных тестов [39].

К дополнительным методам обследования детей относят выявление более редких возбудителей инфекции (хламидии, микоплазма, уреоплазма, грибы, микобактерии туберкулеза), исследование гуморального и клеточного иммунитета. К дополнительным исследованиям, позволяющим определить пиелонефритический процесс, относятся также:

- ✓ биохимическое исследование мочи – выявление нарушения канальцевых функций почек (снижение ацидоаммониогенеза, оксалурия, уратурия, фосфатурия и кальциурия);
- ✓ биохимический анализ крови – определение степени активности воспалительного процесса и функции почек (белок, фракции, мочевины, С-реактивный белок);
- ✓ ультразвуковое исследование почек – установление аномалий развития почек.

Данные ультразвукового исследования показывают также увеличение почек, снижение (в острую фазу) или повышение эхогенности паренхимы почек. На основании результатов дуплексного доплеровского сканирования и доплерографии почечных сосудов оценивают интратенальную гемодинамику. Высокая чувствительность метода позволяет выявить инфльтративно-склеротические

процессы в почечной паренхиме на ранних этапах и обеспечивает возможность длительного динамического наблюдения за больными с пиелонефритом [2, 40, 41]. При цистографии устанавливается наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса и клапана задней уретры. По данным урографии и реносцинтиграфии почек определяется нарушение функции почек [1, 36–38, 42]. В частности, результаты исследования А. Ноберман и соавт. [43] подтвердили высокую распространенность уродинамических нарушений у детей раннего возраста: у 39% детей с ИОМС был обнаружен пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Динамическая нефросцинтиграфия проводится для визуализации и оценки функционального состояния почек (степени перфузии органа, скорости клубочковой фильтрации, выделительной функции). Статическую сцинтиграфию рекомендуют проводить для определения количества функционирующей паренхимы, обнаружения очаговых образований (рубцов) в почке, позволяющих диагностировать рефлюкснефропатию [43, 44].

Последние годы исследователи обращают внимание на значительное повышение уровня прокальцитонина в плазме у детей с ИМС [45]. При этом специфичность определения прокальцитонина для инфекции мочевой системы составила 89,7%. Аналогичный показатель в отношении С-реактивного белка – 18,5%. Прокальцитонин также может использоваться как высокочувствительный маркер формирования нефросклероза. У детей с нефросклерозом концентрация прокальцитонина в плазме в 1,5 раза превышает таковую у больных без структурных изменений в почках.

Следовательно, инфекцию мочевыводящих путей – инфекционно-воспалительное заболевание нижних отделов мочевой системы, не затрагивающее почки, можно предположить при выявлении только мочевого синдрома в виде лейкоцитурии, протеин-

урии и бактериурии у детей, у которых не установлено изменений по данным рентгенологических и ультразвуковых методов исследования, метаболических нарушений, изменений воспалительного характера в анализе крови. Нарушения уродинамики, аномалии развития почек, мочевого синдрома, бактериурия, метаболические изменения, воспалительные изменения в крови, снижение концентрационной функции почек могут свидетельствовать о развитии вторичного (обструктивного) пиелонефрита.

Лечение

Лечение ИМС, в том числе пиелонефрита, проводится по нескольким направлениям: общие принципы (режим, диета, лечебная физическая культура, массаж, гигиенические мероприятия), антибактериальная терапия и дополнительные методы лечения. От того, насколько правильно выбрана стартовая антимикробная терапия ИМС, зависят эффективность лечения и прогноз болезни. В качестве этиотропной терапии ИМС предпочтительны цефалоспорины второго и третьего поколения и защищенные пенициллины, то есть антибактериальные препараты широкого спектра действия, способные подавлять как грамотрицательную, так и грамположительную флору [1, 22, 36–38, 46].

Аминогликозиды назначают значительно реже из-за нефротоксичности и проапоптозного действия [47, 48].

У подростков терапию можно начинать с фторхинолонов. Не исключена ступенчатая схема лечения (один препарат назначается сначала парентерально, а затем перорально) [1, 4]. Пероральные цефалоспорины можно применять в амбулаторных и стационарных условиях, а парентеральные, как правило, в условиях стационара [22].

Решая вопрос о выборе антибиотиков, необходимо учитывать возможный спектр возбудителей, их эмпирическую чувствительность к назначаемому антибио-

нефрита

тику, а также возможность развития аллергических реакций и дисфункций кишечника на фоне приема препаратов пенициллинового ряда. Из-за снижения чувствительности микроорганизмов к цефалоспорином второй генерации предпочтение отдают цефалоспориновым антибиотикам третьего поколения.

В рамках проспективного эпидемиологического исследования ДАРМИС (2010–2011 гг.), проведенного в 26 центрах в 18 городах России, были проанализированы 903 штамма, полученные у детей и взрослых обоего пола всех возрастных групп с острыми (и обострением хронических) внебольничными ИМП [49]. В субпопуляции детей и подростков до 18 лет было собрано 233 штамма уропатогенов. В этой категории пациентов общая доля представителей семейства *Enterobacteriaceae* и частота выделения *Escherichia coli* были несколько выше, чем в среднем в субпопуляции взрослых, – 94 и 68,2% соответственно.

При анализе нозологических форм у детей и подростков до 18 лет наиболее часто встречался острый пиелонефрит – 42,1% случаев. Доля обострений хронического пиелонефрита, остро и рецидивирующего цистита составила 37,8, 12,4 и 7,7% соответственно. В ходе исследования ДАРМИС у детей и подростков до 18 лет отмечалась высокая частота выделения резистентных штаммов *Escherichia coli* к ампициллину (38,4%), пиперациллину (34%) и триметоприму/сульфаметоксазолу (17%). При интерпретировании результатов по критериям CLSI и МУК 4.2.1890 04 процент резистентных к амоксициллину/клавуланату штаммов *Escherichia coli* был на уровне 10,1%. Уровень

резистентности к фторхинолонам у детей составил 5% для ципрофлоксацина и 3,9% для левофлоксацина. По критериям EUCAST чувствительность к различным цефалоспорином варьировала в диапазоне 85,8–91,8% для штаммов семейства *Enterobacteriaceae* и 91,8–96,2% для штаммов *Escherichia coli*. Формальные показатели чувствительности к цефалоспорином третьего и четвертого поколения составили 90,4–96,4% при осложненных ИМС и 93,6–97,8% при неосложненных.

К наиболее часто используемым пероральным цефалоспорином третьего поколения относится цефиксим. Препарат характеризуется высоким проникновением в ткань почек, создает в ткани почек и моче концентрации, во много раз превышающие минимальную подавляющую концентрацию в отношении *Escherichia coli*. Цефиксим обладает широким спектром активности и выпускается в виде диспергируемых таблеток (Супракс® Солютаб®), гранул для приготовления суспензии и капсул (Супракс®). Он является первым антибиотиком среди цефалоспоринов третьего поколения, который можно принимать перорально. Бактерицидный механизм действия препарата реализуется за счет угнетения образования основного компонента клеточной стенки возбудителей болезни. В отличие от цефалоспоринов первого поколения Супракс® устойчив к действию бета-лактамаз (ферментам бактерий, разрушающим антибиотик, в результате чего его действие становится неэффективным). Согласно инструкции Супракс® угнетает жизнедеятельность грамотрицательных (гемофильная и кишечная палочка, *Klebsiella*, *Proteus*, *Salmonella*, *Shigella*, *Serratia*,

Citrobacter, гонококки) бактерий и ряда грамположительных (различные стрептококки). Биодоступность препарата Супракс® составляет 40–50% и не зависит от приема пищи. Препарат имеет большой период полувыведения, благодаря чему может применяться один раз в сутки. С мочой из организма выводится 50% препарата в неизменном виде, что обеспечивает высокую эффективность в лечении инфекций мочевых путей. Супракс® по сравнению с аналогами оказывает незначительное угнетающее влияние на микрофлору кишечника. У детей старше шестимесячного возраста возможно применение в виде гранул для приготовления суспензии, а при достижении массы 25 кг – в виде диспергируемых таблеток (Супракс® Солютаб®). У детей старше 12 лет и массой более 50 кг можно применять капсулы. Таким образом, у детей шестимесячного возраста и старше лечение ИМС можно начинать (до получения результатов посева мочи) с препарата Супракс® – один раз в день независимо от приема пищи. Рекомендуемая доза – 8 мг/кг/сут. Дозы пероральных антибактериальных препаратов для лечения ИОМС у детей представлены в табл. 4.

Результаты последних исследований показали отсутствие достоверной разницы между внутривенным введением антибиотика в течение трех дней, переходом на его пероральный прием в последующие 11 дней и применением антибиотика перорально в течение 14 дней. Эти данные были получены после проведения контролируемого рандомизированного исследования с участием 306 детей в возрасте от одного до 24 месяцев жизни. Не обнаружено никаких различий в ранние

Таблица 4. Антибактериальные препараты для перорального применения при ИОМС у детей

| Антибактериальный препарат | Суточная доза |
|----------------------------|--|
| Амоксициллин/клавуланат | 40 мг/кг/сут по амоксициллину (в два-три приема) |
| Цефиксим | 8 мг/кг/сут (в один-два приема) |
| Цефалексин | 50–100 мг/кг/сут (в четыре приема) |



и отдаленные периоды (стихание клинических проявлений, реинфекция, сморщивание почек через шесть месяцев). Полученные данные позволяют рекомендовать детям с фебрильной ИМС сразу прием цефалоспоринов второго и третьего поколения или амоксициллина/клавуланата [50].

Антибактериальную терапию пиелонефрита следует продолжать до полного санирования мочевых путей. Неотъемлемой частью рациональной терапии ИМС является определение чувствительности выделенного возбудителя к антибактериальным препаратам. При необходимости проводится смена антибактериального препарата. Курс лечения при пиелонефрите – 10–14 дней, при цистите – семь дней [1, 37, 42]. При цистите целесообразно использовать пероральные антимикробные препараты, которые выводятся преимущественно через почки и создают максимальную концентрацию в мочевом пузыре.

Нормализации уродинамики способствуют такие рутинные мероприятия, как устранение расстройств мочеиспускания, принудительные мочеиспускания, регулярное опорожнение мочевого пузыря, в том числе двойное на ночь.

Профилактика рецидивов ИМС предусматривает контроль за анализами мочи, достаточный питьевой режим, принудительные мочеиспускания, нормализацию уродинамики, медицинский отвод от бассейна, занятия зимними видами спорта, прием растительных препаратов.

Вопрос об антимикробной профилактике рецидивов в настоящее время решается неоднозначно. Эффективность ранее общепринятой профилактики обострений с помощью антибактериальных средств сегодня подвергается сомнению [51]. В частности, согласно результатам рандомизированного контролируемого исследования, длительная антибиотикопрофилактика неэффективна в отношении рецидивов пиелонефрита и разви-

тия почечной недостаточности у детей младше 30 месяцев с пузырно-мочеточниковым рефлюксом 2–4-й степени [52].

Дискуссия по поводу длительной антибиотикопрофилактики ИМС развернулась также на страницах журнала *Pediatric Nephrology* [53]. Профилактически антибиотики не следует назначать рутинно после первой ИМС. В то же время профилактическое применение антибиотиков может снизить риск положительных высевов из мочи, однако не сокращает риск развития симптоматической ИМС или новых поражений паренхимы.

Кроме того, существует мнение, что длительное использование низких доз антибиотиков способно привести к развитию резистентности микроорганизмов. Именно поэтому многие исследователи сходятся во мнении о необходимости применения иммуномодулирующих препаратов, в частности Уро-Ваксома, представляющего лиофилизированный белковый экстракт, полученный путем фракционирования щелочного гидролизата 18 уропатогенных штаммов *Escherichia coli*, в качестве профилактики рецидивов ИМС [54–56].

После окончания антибактериальной терапии и санации мочи рекомендуется назначение уроантисептиков или проведение обозначенной выше иммунопрофилактики.

Необходимо учитывать, что почти в 70% случаев начало болезни связано с хроническим циститом, нередко с латентным течением, в 49% случаев – с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря по гипо- или гиперрефлекторному типу. В 45% случаев пиелонефрит развивается при пузырно-мочеточниковом рефлюксе и имеет затяжное или хроническое течение. При длительном или хроническом течении пиелонефрита в раннем возрасте рекомендуется проведение полного нефро-урологического обследования с целью выявления признаков функциональной или органической обструкции.

Диспансерное наблюдение

Диспансерное наблюдение детей с ИМС предусматривает:

- прохождение осмотров (педиатром – один раз в один-два месяца, нефрологом – один раз в три месяца);
- сдачу анализа мочи (клинического – один раз в месяц и при интеркуррентных заболеваниях);
- лечение вульвита, уретрита и др.

Длительность наблюдения – один год.

Примерная схема диспансерного наблюдения детей с пиелонефритом предполагает:

- прохождение осмотров (педиатром – один раз в месяц в течение первого года, далее – один раз в три месяца, нефрологом – один раз в три месяца в течение первого года, далее – один раз в полгода (при снижении почечных функций – один раз в три месяца), окулистом – один раз в полгода);
- сдачу анализа мочи (клинического – один раз в 10–14 дней в течение первых шести месяцев, затем – один раз в месяц и при интеркуррентных заболеваниях);
- выполнение посева мочи (один раз в три – шесть месяцев);
- проведение биохимического исследования мочи (один раз в 6–12 месяцев);
- сдачу анализа крови (клинического – один раз в полгода и при интеркуррентных инфекциях, биохимического – один раз в год);
- выполнение ультразвукового исследования почек и мочевого пузыря (по показаниям от одного раза в месяц до одного раза в три – шесть месяцев);
- проведение рентгеноурологического обследования (по показаниям).

Основные пути оздоровления: режим, диета, этапный метод лечения, при интеркуррентных заболеваниях – курс уросептиков в течение пяти – семи дней.

Снятие с учета осуществляется не ранее чем через пять лет полной клинико-лабораторной ре-

миссии после обследования в нефрологическом стационаре.

Заключение

Несмотря на многолетнюю историю изучения данного вопроса, проблема инфекции мочевой системы у детей остается не до конца изученной. Основной дис-

куссионный вопрос: должны ли дети, перенесшие пиелонефрит, но имеющие нормальные показатели цистографии и реносцинтиграфии, получать длительно профилактические дозы антимикробных препаратов? Вместе с тем большинство исследователей сходятся во мнении, что ран-

няя диагностика ИМС у детей, особенно раннего возраста, своевременная антимикробная терапия и ликвидация обструкции позволяют остановить инфекционно-воспалительный процесс в органах мочевой системы и предотвратить развитие осложнений. *

Литература

1. Коровина Н.А., Захарова И.Н., Мумладзе Э.Б., Гаврюшова Л.П. Диагностика и лечение пиелонефрита у детей. Пособие для врачей. М.: Медпрактика-М, 2007.
2. Серова Г.А., Паунова С.С. Инфекция мочевой системы у детей (обзор литературы) // Нефрология и диализ. 2007. Т. 9. № 1. С. 86–91.
3. www.gks.ru.
4. Barratt M., Avner E., Harmon W. Pediatric Nephrology. 4th ed. Lippincott Williams & Wilkins, 1999.
5. Возианов А.Ф., Майданник В.Г. Основы нефрологии детского возраста. Киев: Книга плюс, 2002.
6. Zorc J.J., Kiddoo D.A., Shaw K.N. Diagnosis and management of pediatric urinary tract infections // Clin. Microbiol. Rev. 2005. Vol. 18. № 2. P. 417–422.
7. Bhat R.G., Katy T.A., Place F.C. Pediatric urinary tract infections // Emerg. Med. Clin. North Am. 2011. Vol. 29. № 3. P. 637–653.
8. Beetz R. Evaluation and management of urinary tract infections in the neonate // Curr. Opin. Pediatr. 2012. Vol. 24. № 2. P. 205–211.
9. Игнатов М.С., Вельтищев Ю.Е. Детская нефрология. Л.: Медицина, 1989.
10. Клембовский А.И. Диспластические основы развития нефропатий в детском возрасте // Педиатрия. 1989. № 1. С. 53–60.
11. Маковецкая Г.А., Козлова Т.В. К вопросу о болезнях почек у новорожденных и детей первых месяцев жизни // Нефрология и диализ. 2000. Т. 2. № 1–2. С. 51–54.
12. Чугунова О.Л., Думова С.В. Особенности заболеваний органов мочевой системы у детей раннего возраста и их лечение // Фармакотерапия детских болезней. Руководство для врачей / под ред. А.Д. Царегородцева. М.: МИА, 2010. С. 724–734.
13. Чугунова О.Л., Чумакова О.В. Заболевания почек и мочевой системы // Неонатология. Национальное руководство / под ред. Н.Н. Володина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. С. 553–582.
14. Чугунова О.Л. Поражение органов мочевой системы в перинатальном и неонатальном периоде (новые технологии в диагностике, оценке эффективности лечения и прогнозе): автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 2001.
15. Winberg J. Clinical pyelonephritis of infancy – an often overlooked renal disease // Turk. J. Pediatr. 1988. Vol. 30. № 1. P. 69–79.
16. Папаян А.В., Стяжкина И.С. Неонатальная нефрология. Руководство. СПб.: Питер, 2002.
17. Elder J.S. Urinary tract infections // R.M. Kliegman, B.F. Stanton, J.W. St. Geme et al. Nelson textbook of pediatrics. 19th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2011. P. 1829–1834.
18. Shortliffe L.M.D. Infection and inflammation of the pediatric genitourinary tract // P.C. Walsh, A.B. Retik, E.D.Jr. Vaughan, A.J. Wein. Campbell-Walsh urology. 10th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2012. P. 3085–3122.
19. Winberg J. Urinary tract infections in children // P.C. Walsh, R.F. Gittes, A.D. Permuter, T.A. Starney. Campbell's urology. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders, 1986. P. 831–867.
20. Jodal U., Winberg J. Management of children with unobstructed urinary tract infection // Pediatr. Nephrol. 1987. Vol. 1. № 4. P. 647–656.
21. Santen S.A., Altieri M.F. Pediatric urinary tract infection // Emerg. Med. Clin. North Am. 2001. Vol. 19. № 3. P. 675–690.
22. Стречунский Л.С., Коровина Н.А. Практические рекомендации по антибактериальной терапии инфекций мочевой системы внебольничного происхождения (АРМИД). Пособие для врачей. М., 2002.
23. Вялкова А.А., Бухарин О.В., Гриценко В.А. и др. Современные представления об этиологии микробно-воспалительных заболеваний органов мочевой системы у детей // Нефрология и диализ. 2001. Т. 3. № 4. P. 463–469.
24. Campanella S., Kara T. Urinary tract infection. Starship Children's Healths Clinical Guideline. 2007.
25. Кириллов В.И. Клинико-патогенетическое обоснование иммунокорректирующей терапии пиелонефрита у детей раннего возраста // Педиатрия. 1990. № 2. С. 24–31.
26. Гриценко В.А., Вялкова А.А., Бухарин О.В. Патогенетическое обоснование клинико-микробиологической классификации бактериурии // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 1997. Т. 42. № 5. С. 54–59.
27. Dressler G.R., Woolf A.S. Pax2 in development and renal disease // Int. J. Dev. Biol. 1999. Vol. 43. № 5. P. 463–468.
28. Niimura F., Kon V., Ichikawa I. The renin-angiotensin system in the development of the congenital anomalies of the kidney and urinary tract // Curr. Opin. Pediatr. 2006. Vol. 18. № 2. P. 161–166.
29. Ruiz-Ortega M., Esteban V., Suzuki Y. et al. Renal expression of angiotensin type 2 (AT2) receptors during kidney damage // Kidney Int. Suppl. 2003. Vol. 86. P. S21–26.
30. Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г. Детская урология. Руководство. М.: Медицина, 1986.
31. Ismaili K., Hall M., Piepsz A. et al. Primary vesicoureteral reflux detected in neonates with a history of fetal renal pelvis dilatation: a prospective clinical and imaging study // J. Pediatr. 2006. Vol. 148. № 2. P. 222–227.
32. Becker A., Baum M. Obstructive uropathy // Early Hum. Dev. 2006. Vol. 82. № 1. P. 15–22.

Пероральный прием. Инъекционная эффективность*

при циститах
и пиелонефритах^{2,3}



№1 в назначениях
антибиотиков¹

Супракс® Супракс® Солютаб®

цефиксим

препараты выбора для лечения
инфекций мочевых путей у детей
согласно Европейским и Российским
национальным рекомендациям⁴⁻⁶

1 раз в день — удобно и просто^{2,3}



* С.В. Яковлев, Е.В. Довгань. Аспекты эффективности антибиотиков. Справочник поликлинического врача. №6, 2014г., стр. 4-6

1. Препараты компании Астеллас занимают первое место по назначениям врачами антибиотиков в крупнейших городах России.

Настоящая информация основана на исследованиях, проводимых ООО «Синовейт Комкон», и действительна по состоянию на апрель 2014 года.

2. Инструкция по применению лекарственного препарата Супракс® Солютаб® (ЛСР-005995/10-240415)

3. Инструкция по применению лекарственного препарата Супракс® (П N013023/02-030613)

4. Антимикробная терапия и профилактика инфекций мочевыводящих путей и мужских половых органов. Российские национальные рекомендации, 2014; с. 38-39

5. Grabe M. et al. Guidelines on Urological Infections, 2015; p. 33-40

6. Яковлев С.В., Рафальский В.В., Сидоренко С.В. и соавт. Стратегия и тактика рационального применения антимикробных средств в амбулаторной практике: Российские практические рекомендации. Москва: Издательство "Пре100 принт", 2014. - 121 с.

Информация для специалистов здравоохранения с распространением на специализированных мероприятиях

Представительство Частной компании с ограниченной ответственностью «Астеллас Фарма Юроп Б.В.»
109147, Россия, Москва, ул. Марксистская, 16. Тел.: +7(495) 737 07 55

Реклама
RUS/SPX/07.2015/1/Kuzn/581

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ

33. Van Dyck M., Sidler S., Proesmans W. Chronic renal failure in infants: effect of strict conservative treatment on growth // *Eur. J. Pediatr.* 1998. Vol. 157. № 9. P. 759–762.
34. Warady B.A., Chadha V. Chronic kidney disease in children: the global perspective // *Pediatr. Nephrol.* 2007. Vol. 22. № 12. P. 1999–2009.
35. Hoberman A., Wald E.R. Urinary tract infections in young febrile children // *Pediatr. Infect. Dis. J.* 1997. Vol. 16. № 1. P. 11–17.
36. Practice parameter: the diagnosis, treatment, and evaluation of the initial urinary tract infection in febrile infants and young children. American Academy of Pediatrics. Committee on Quality Improvement. Subcommittee on Urinary Tract Infection // *Pediatrics.* 1999. Vol. 103. № 4. Pt. 1. P. 843–852.
37. Urinary tract infection in children (diagnosis, treatment and long-term management). National Collaborating Centre for Women's and Children's Health UK. Clinical Guideline. 2007.
38. American Academy of Pediatrics: Section on Urology Response to New Guidelines for the Diagnosis and Management of UTI. *Pediatrics.* 2012.
39. Vandepitte J., Engbaek K., Piot P., Heuck C.C. Основные методы лабораторных исследований в клинической бактериологии / Пер. с англ. М.: Медицина, 1994.
40. Ольхова Е.Б., Копылова Е.М., Пачес О.А., Никитина С.Ю. Ультразвуковое исследование почек при пузырно-мочеточниковом рефлюксе у детей // *Эхография.* 2001. Т. 2. № 2. С. 201–211.
41. Tsai J.D., Huang F.Y., Tsai T.C. Asymptomatic vesicoureteral reflux detected by neonatal ultrasonographic screening // *Pediatr. Nephrol.* 1998. Vol. 12. № 3. P. 206–209.
42. La Scola C., de Mutiis C., Hewitt I.K. et al. Different guidelines for imaging after first UTI in febrile infants: yield, cost, and radiation // *Pediatrics.* 2013. Vol. 131. № 3. P. e665–671.
43. Hoberman A., Charron M., Hickey R.W. et al. Imaging studies after a first febrile urinary tract infection in young children // *N. Engl. J. Med.* 2003. Vol. 348. № 3. P. 195–202.
44. Vernon S.J., Coulthard M.G., Lambert H.J. et al. New renal scarring in children who at age 3 and 4 years had had normal scans with dimercaptosuccinic acid: follow up study // *BMJ.* 1997. Vol. 315. № 7113. P. 905–908.
45. Prat C., Domínguez J., Rodrigo C. et al. Elevated serum procalcitonin values correlate with renal scarring in children with urinary tract infection // *Pediatr. Infect. Dis. J.* 2003. Vol. 22. № 5. P. 438–442.
46. Saadeh S.A., Mattoo T.K. Managing urinary tract infections // *Pediatr. Nephrol.* 2011. Vol. 26. № 11. P. 1967–1976.
47. Bloomfield P., Hodson E.M., Craig J.C. Antibiotics for acute pyelonephritis in children // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2005. Vol. 1. CD003772.
48. El Mouedden M., Laurent G., Mingeot-Leclercq M.P. et al. Apoptosis in renal proximal tubules of rats treated with low doses of aminoglycosides // *Antimicrob. Agents Chemother.* 2000. Vol. 44. № 3. P. 665–675.
49. Палагин И.С., Сухорукова М.В., Дехнич А.В. и др. Современное состояние антибиотикорезистентности возбудителей внебольничных инфекций мочевых путей в России: результаты исследования «ДАРМИС» (2010–2011) // *Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия.* 2012. Т. 4. № 4. С. 280–302.
50. Hellerstein S. Urinary tract infection. 2007 // www.emedicine.com/ped/topic2366.htm.
51. Богданова Н.А., Кириллов В.И. Лечение инфекции мочевыделительной системы у детей // *Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы.* 2011. № 2. С. 74–79.
52. Pennesi M., Travan L., Peratoner L. et al. Is antibiotic prophylaxis in children with vesicoureteral reflux effective in preventing pyelonephritis and renal scars? A randomized, controlled trial // *Pediatrics.* 2008. Vol. 121. № 6. P. e1489–1494.
53. Brandström P., Hansson S. Long-term, low-dose prophylaxis against urinary tract infections in young children // *Ped. Nephrol.* 2015. Vol. 30. № 3. P. 425–432.
54. Riedasch G. Effect of Uro-Vaxom on secretory IgA levels in the urine and on the frequency of recurrences of urinary tract infections: report on an open pilot study in children. 1985.
55. Golabek B., Nowakowska K., Słowik M., Paruszkiewicz G. Clinical evaluation of Uro-Vaxom in treatment of recurrent urinary tract infections in girls // *Pediatr. Pol.* 1995. Vol. 70. № 12. P. 1053–1057.
56. Зоркин С.Н., Пинелис В.Г., Арсеньева Е.Н., Шахновский Д.С. Опыт использования препарата Уро-Ваксом при осложненных инфекциях мочевых путей у детей // *Эффективная фармакотерапия.* 2014. № 16. Педиатрия. Вып. 2. С. 24–27.

Urinary Tract Infection in Children: Topical Issues

O.L. Chugunova, M.V. Shumikhina

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

Contact person: Olga Leonidovna Chugunova, ol_chugunova@mail.ru

The paper is dedicated to the urinary tract infection in children and discusses its etiology, pathogenesis, features of age-related clinical picture, early diagnostics, timely treatment strategy as well as debatable issues of prophylaxis.

Key words: urinary tract infection in children, chronic renal failure, pyelonephritis, oral cephalosporins



СОЮЗ ПЕДИАТРОВ
РОССИИ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ
ОТДЕЛЕНИЕ



КОМИТЕТ
ПО ОБРАЗОВАНИЮ
ПРАВИТЕЛЬСТВА
САНКТ-ПЕТЕРБУРГА



СПБГПМУ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ



КОМИТЕТ
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
ПРАВИТЕЛЬСТВА
САНКТ-ПЕТЕРБУРГА



КОМИТЕТ
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
ПРАВИТЕЛЬСТВА
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

VII РОССИЙСКИЙ ФОРУМ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «ПЕДИАТРИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА: ОПЫТ, ИННОВАЦИИ, ДОСТИЖЕНИЯ»

14–15 СЕНТЯБРЯ 2015 Г.
9.00–18.00

Место проведения:
Бизнес-центр отеля
«Парк Инн Пулковская»,
Санкт-Петербург, пл. Победы, 1.
Ст. метро «Московская»

Регистрация участников форума:
14 сентября с 8.30
15 сентября с 8.30



Организаторы форума: Правительство Санкт-Петербурга, Законодательное собрание Санкт-Петербурга, Санкт-Петербургское региональное отделение общественной организации «Союз педиатров России», ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, Комитет по здравоохранению Ленинградской области, Комитет по образованию Санкт-Петербурга, РГПУ им. А.И. Герцена.



Экстраартикулярные проявления ювенильного идиопатического артрита



Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) считается тяжелым инвалидизирующим заболеванием, характеризующимся многочисленными экстраартикулярными проявлениями, к числу которых относится и увеит. Увеиты, ассоциированные с ЮИА, – одни из наиболее прогностически неблагоприятных внутриглазных воспалений детского возраста. Стандартированного алгоритма их лечения до сих пор нет. В связи с этим особый интерес вызвал прозвучавший в рамках XVIII Конгресса педиатров России доклад профессора детской ревматологии детской больницы Bristol Royal Hospital for Children и ревматологической больницы Royal National Hospital for Rheumatic A.V. Раманана (г. Бат, Великобритания), посвященный современным подходам к лечению увеита, ассоциированного с ЮИА.

Увеит, ассоциированный с ювенильным идиопатическим артритом (ЮИА), – одно из наиболее опасных проявлений ЮИА. Заболеваемость увеитом среди пациентов с ЮИА составляет порядка 12–13%, но из них в 40–56% случаев развиваются осложнения, приводящие к частичной или полной потере зрения. В лечении увеита наряду с местной важную роль играет системная терапия. Однако эффективность наиболее часто применяемых препаратов (глюкокортикостероиды (ГКС), метотрексат, циклоспорин А и др.)

даже при комбинированной терапии зачастую оказывается недостаточной, а длительное применение сопровождается развитием серьезных побочных реакций. Уже доказана токсичность топических ГКС, длительно используемых в виде капель для лечения заболевания. Результаты американского наблюдательного исследования (1984–2005 гг.) показали, что длительное (не менее шести месяцев) применение топических ГКС в дозе более трех капель в сутки существенно повышает риск развития катаракты у пациентов с увеитом¹.

После топических ГКС препаратом выбора считается метотрексат. Его эффективность в лечении увеита подтверждена данными ряда клинических исследований. Между тем до настоящего времени не проведено ни одного рандомизированного клинического исследования, результаты которого могли бы с высокой степенью доказательности подтвердить это. К тому же имеющиеся данные свидетельствуют о высокой частоте рецидива заболевания (50%) после отмены метотрексата². Мета-

¹ Thorne J.E., Woreta F.A., Dunn J.P., Jabs D.A. Risk of cataract development among children with juvenile idiopathic arthritis-related uveitis treated with topical corticosteroids // Ophthalmology. 2010. Vol. 117. № 7. P. 1436–1441.

² Kalinina Ayuso V., van de Winkel E.L., Rothova A., de Boer J.H. Relapse rate of uveitis post-methotrexate treatment in juvenile idiopathic arthritis // Am. J. Ophthalmol. 2011. Vol. 151. № 2. P. 217–222.



Сателлитный симпозиум компании Abbvie «Редкие формы ювенильного идиопатического артрита»

анализ исследований по оценке терапии метотрексатом у детей с рефрактерным хроническим аутоиммунным увеитом по типу «случай – контроль» показал хороший контроль заболевания на фоне лечения. Но после отмены препарата рецидивы наблюдались в 20–30% случаев³.

Внедрение в клиническую практику ингибиторов фактора некроза опухоли (ФНО) в значительной степени изменило подходы к лечению ревматических болезней. Среди терапевтических мишеней особое место занимает провоспалительный цитокин ФНО-альфа, играющий одну из основных ролей в патогенезе ювенильного артрита и ассоциированного с ним увеита. «Чтобы цитокин работал, он должен связаться с рецептором. Это и есть точка приложения действия таких препаратов, как инфликсимаб и адалимумаб. Это моноклональные антитела, связывающие циркулирующие цитокины и „изымающие“ их из кровообращения. Таким образом, цитокины не могут связываться с рецепторами и проявлять свое действие. Этанерцепт, представляющий собой растворимые рецепторы к ФНО-альфа, характеризуется несколько иным механизмом действия», – пояснил А.В. Раманан.

Эффективность этанерцепта, по данным различных исследований, варьирует. Так, результаты небольшого двойного слепого рандомизированного плацебоконтролируемого исследования с участием 12 больных увеитом, ассоциированным с ЮИА, проведенного Национальным институтом здравоохранения США, не показали различия между эта-

нерцептом и плацебо – не отмечено достоверного снижения воспаления тканей глаза⁴.

Более широкими возможностями в лечении увеита, ассоциированного с ЮИА, по мнению профессора А.В. Раманана, характеризуются инфликсимаб и адалимумаб, что нашло подтверждение и в собственных исследованиях, посвященных оценке их эффективности. В исследовании 2005 г. принимали участие шестеро детей с увеитом, не ответивших на терапию максимальными дозами метотрексата. Им назначали инфликсимаб в дозе от 3 до 6 мг/кг каждые восемь недель. Медиана продолжительности наблюдения на фоне терапии инфликсимабом составила 12 месяцев. К концу периода наблюдения у шести из десяти пациентов отмечалось улучшение состояния (уменьшение степени воспаления по критериям SUN (Using Standardized Uveitis Nomenclature) на два пункта или до нулевой степени). К сожалению, ни у одного из пациентов не удалось достичь ремиссии увеита (критерии SUN – отсутствие любой медикаментозной терапии в течение трех месяцев)⁵. Следовательно, антихимерные антитела со временем утрачивают эффективность. «Позднее мы поняли, что применение инфликсимаба может быть связано с риском развития туберкулеза. Это очень важно для нас, поскольку в Великобритании много этнических групп, в частности из Пакистана, Бангладеш, Индии, с повышенным риском туберкулеза», – констатировал А.В. Раманан. Кроме того, инфликсимаб официально не показан для применения в детском возрасте.

Адалимумаб (Хумира®) является полностью гуманизированным моноклональным антителом к ФНО-альфа. Вероятно, в этом и заключается его преимущество перед инфликсимабом, который представляет собой химерное моноклональное антитело к ФНО-альфа. Препарат вводится подкожно один раз в две недели.

В исследовании, результаты которого были опубликованы в 2012 г., принимали участие 17 больных увеитом, ассоциированным с ЮИА, а также увеитом и артритом⁶. Все они имели неудачный опыт предшествующей терапии метотрексатом, микофенолата мофетилом, преднизолоном, инфликсимабом и этанерцептом. Полученные данные продемонстрировали высокую эффективность адалимумаба в снижении активности как увеита, так и артрита, хотя для регрессии увеита понадобилось больше времени. Согласно результатам исследования, наиболее оптимально терапия адалимумабом способствовала регрессии увеита через шесть месяцев применения.

Повторное обострение заболевания отмечалось через два-три года после отмены препарата. Серьезные нежелательные явления отсутствовали. У трех пациентов отмечались реакции в месте введения адалимумаба, у одного – инфекция, вызванная вирусом ветряной оспы. Адалимумаб продемонстрировал высокую эффективность и безопасность и позволил добиться успеха даже после неэффективности предшествующей терапии другими препаратами, в том числе антагонистами ФНО-альфа.

Собственные данные и анализ ряда современных исследова-

недидиа

³ Simonini G., Paudyal P., Jones G.T. et al. Current evidence of methotrexate efficacy in childhood chronic uveitis: a systematic review and meta-analysis approach // *Rheumatology (Oxford)*. 2013. Vol. 52. № 5. P. 825–831.

⁴ Smith J.R., Levinson R.D., Holland G.N. et al. Differential efficacy of tumor necrosis factor inhibition in the management of inflammatory eye disease and associated rheumatic disease // *Arthritis Rheum*. 2001. Vol. 45. № 3. P. 252–257.

⁵ Richards J.C., Tay-Kearney M.L., Murray K., Manners P. Infliximab for juvenile idiopathic arthritis-associated uveitis // *Clin. Experiment. Ophthalmol*. 2005. Vol. 33. № 5. P. 461–468.

⁶ Sen E.S., Sharma S., Hinchcliffe A. et al. Use of adalimumab in refractory non-infectious childhood chronic uveitis: efficacy in ocular disease – a case cohort interventional study // *Rheumatology (Oxford)*. 2012. Vol. 51. № 12. P. 2199–2203.



ний^{7, 8} показывают, что среди ингибиторов ФНО-альфа наиболее эффективен адалимумаб, который работает лучше инфликсимаба с точки зрения частоты достижения ремиссии и ее поддержания. «В клинической практике для лечения увеита, ассоциированного с ЮИА, мы отдаем предпочтение адалимумабу, эффект от которого наступает очень быстро и длится достаточно долго», – уточнил профессор А.В. Раманан.

Далее докладчик привел результаты исследования эффективности и безопасности комбинации трех препаратов для лечения больных тяжелой формой увеита, проведенного в Бристолле. В нем участвовали 13 пациентов, которым назначали тройную схему иммуносупрессии: метотрексат + адалимумаб + микофенолата мофетил/такролимус⁹. Благодаря такой терапии у ряда пациентов, не ответивших на предыдущее лечение, удалось добиться хороших результатов. Весьма существенным результатом исследования, по мнению профессора А.В. Раманана, является то, что была продемонстрирована безопасность применения комбинации «метотрексат + адалимумаб + микофенолата мофетил/такролимус» у больных тяжелым увеитом, ассоциированным с ЮИА.

Итогом исследовательской работы стал Бристольский алгоритм ведения больных ЮИА-ассоциированным увеитом, предусматривающий:

- при активном увеите, не поддающемся лечению топическими ГКС, для контроля активности используется метотрексат 10–15 мг/м²;
- при активном увеите + активном артрите или рефрактерном

Адалимумаб (Хумира®) является полностью гуманизированным моноклональным антителом к ФНО-альфа. Вероятно, в этом и заключается его преимущество перед инфликсимабом. Результаты исследований продемонстрировали высокую эффективность адалимумаба в снижении активности как увеита, так и артрита, хотя для регрессии увеита понадобилось больше времени. Наиболее оптимально терапия адалимумабом способствовала регрессии увеита через шесть месяцев применения

артрите назначается адалимумаб;

- при активном увеите + неактивном артрите применяются микофенолата мофетил.

Полученные результаты позволяют считать антицитокиновый препарат адалимумаб (Хумира®) перспективным в лечении увеитов. Однако необходимы сведения о долговременной безопасности новых биологических препаратов. В связи с этим в настоящее время проводится рандомизированное контролируемое исследование SYCAMORE¹⁰ клинической эффективности, безопасности и экономической эффективности адалимумаба в сочетании с метотрексатом при увеите, ассоциированном с ЮИА. На данный момент 114 пациентов рандомизированы на две группы (в отношении 2:1 в пользу активности): группу адалимумаба и метотрексата (n = 76) и группу метотрексата и плацебо (n = 38). Длительность терапии составляет 18 месяцев с последующим наблюдением в течение шести месяцев. «Исследование не завершено. Не исключено, что анализ результатов эффективности и безопас-

ности адалимумаба станет основанием для его регистрации по данным показателям», – отметил докладчик.

В заключение А.В. Раманан кратко охарактеризовал другие варианты экстраартикулярного проявления ЮИА.

При активном полиартикулярном артрите может наблюдаться задержка роста, риск которой наиболее выражен на ранней стадии развития. Задержка роста может усугубляться приемом ГКС и недостаточностью питания, вызванной заболеванием височно-нижнечелюстного сустава. При подозрении на заболевание необходимо исследовать сустав с помощью магнитно-резонансной томографии. Варианты внесуставного поражения, такие как остеопения, локальное нарушение роста в виде укороченной конечностей или избыточного роста, ревматоидные узлы, атрофия мышц при поражении суставов, могут существенно снижать качество жизни. Предупредить их развитие можно только с помощью ранней диагностики и своевременно назначенного лечения. *

⁷ Biester S., Deuter C., Michels H. et al. Adalimumab in the therapy of uveitis in childhood // Br. J. Ophthalmol. 2007. Vol. 91. № 3. P. 319–324.

⁸ Zannin M.E., Birolo C., Gerloni V.M. et al. Safety and efficacy of infliximab and adalimumab for refractory uveitis in juvenile idiopathic arthritis: 1-year followup data from the Italian Registry // J. Rheumatol. 2013. Vol. 40. № 1. P. 74–79.

⁹ Little J.A., Sen E.S., Strike H. et al. The safety and efficacy of noncorticosteroid triple immunosuppressive therapy in the treatment of refractory chronic noninfectious uveitis in childhood // J. Rheumatol. 2014. Vol. 41. № 1. P. 136–139.

¹⁰ sycamoretrial.org.uk/summary.html.



VII Конгресс педиатров стран СНГ

«Ребенок и общество: проблемы здоровья, развития и питания»*

23–24 октября 2015 г.

Сочи, Краснодарский край, Россия

Гостиница SEA GALAXY Hotel Congress&Spa (Сочи, ул. Черноморская, 4)

Организаторы Конгресса

- Федерация педиатров стран СНГ
- Министерство здравоохранения Российской Федерации
- Министерство здравоохранения Краснодарского края
- Управление здравоохранения администрации города Сочи

Соорганизаторы Конгресса

- Национальная ассоциация диетологов и нутрициологов (Россия)
- Национальное научное общество инфекционистов (Россия)
- Российская ассоциация специалистов перинатальной медицины
- Российская Ассоциация педиатрических центров
- Ассоциация педиатров Украины
- Ассоциация акушеров-гинекологов и неонатологов Республики Беларусь
- Российская ассоциация детских хирургов
- Союз педиатров Казахстана
- Объединение педиатров республики Кыргызстан
- Ассоциация педиатров Республики Молдова
- Ассоциация педиатров Таджикистана
- Ассоциация педиатров Узбекистана

Место проведения

гостиница SEA GALAXY Hotel Congress&Spa,
ул. Черноморская, 4, г. Сочи, Краснодарский край, Россия

Вопросы для обсуждения

- Особенности состояния здоровья детей стран СНГ и подходы к оказанию медицинской помощи
- Специализированная и высокотехнологичная помощь детям в странах СНГ
- Демографические проблемы и пути их решения
- Совершенствование оказания помощи детям на различных этапах
- Формирование стереотипов здорового образа жизни и пищевого поведения
- Рациональное питание беременных и кормящих женщин
- Питание здорового и больного ребенка
- Ожирение у детей как междисциплинарная проблема
- Перинатальная и неонатальная медицина: спорные и нерешенные вопросы
- Аллергология и клиническая иммунология в современной педиатрии
- Респираторная патология детского возраста
- Кардиоваскулярная патология у детей
- Междисциплинарный подход к ведению пациентов с патологией желудочно-кишечного тракта и болезнями печени
- Педиатрическая гематология: вопросы оказания высокотехнологичной помощи детям
- Неотложные состояния в педиатрической практике
- Оториноларингология в педиатрии
- Актуальные вопросы детской хирургии, кардиохирургии, реаниматологии и интенсивной терапии

- Диагностика и консультирование генетически обусловленных заболеваний детского возраста
- Инфекционные болезни у детей: современные возможности терапии и профилактики
- Вакцинация и иммунопрофилактика: актуальные направления
- Фармакотерапия в педиатрии
- Уход за детьми в современных условиях
- Детская инвалидность. Восстановительная медицина и комплексная реабилитация в педиатрии

Тезисы

Тезисы должны быть высланы не позднее **10 сентября 2015 г.** через сайт www.fpcis.org (правила оформления размещены на сайте).

Тезисы публикуются **бесплатно**.

Выставка

В рамках работы Конгресса пройдет выставка производителей лекарственных препаратов и витаминов, медицинской техники и оборудования, средств для ухода за новорожденными и средств личной гигиены для беременных. Также будут представлены производители детского питания и специализированного питания для беременных и кормящих матерей и др.

ВХОД НА ЗАСЕДАНИЯ И ВЫСТАВКУ СВОБОДНЫЙ!

Участие в научной программе Конгресса

Сафронова Анна Николаевна

Телефон/факс: +7 (495) 660-6004

E-mail: congresscis@mm-agency.ru

Участие коммерческих компаний в выставке и научной программе Конгресса

Макарова Татьяна Владимировна

Телефон: +7 (495) 517-7055

Телефон/факс: +7 (495) 660-6004

E-mail: mtv@mm-agency.ru

Информация по участию врачей в работе Конгресса

Соловьева Татьяна Викторовна

Телефон/факс: +7 (495) 660-6004

E-mail: congresscis@mm-agency.ru

Организационная поддержка



www.med-congress.ru

Генеральный информационный спонсор



www.phdynasty.ru

*Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации
№15-1/10/2-2553 от 28 мая 2015 года.

Дополнительная информация на сайте

www.fpcis.org



Лечение респираторных вирусных инфекций у детей

Рассмотрению наиболее эффективных подходов к лечению респираторных вирусных инфекционных заболеваний у детей был посвящен симпозиум компании «НИАРМЕДИК ПЛЮС» (Москва, 30 марта 2015 г.). На симпозиуме обсуждались актуальные возможности применения современного индуктора интерферона Кагоцел® в лечении маленьких пациентов с острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ), в том числе вызванными бокавирусами и метапневмовирусами, и ОРВИ, сопровождающимся вирусным поражением желудочно-кишечного тракта.



К.м.н.
Т.М. Чернова

Как отметила доцент кафедры инфекционных болезней у детей Санкт-Петербургского государственного педиатрического университета, к.м.н. Татьяна Маратовна ЧЕРНОВА, в структуре инфекционной патологии у детей острые респираторные инфекции составляют более 90%. Ведущее место в структуре вирусных поражений желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) занимает ротавирусная инфекция. Ее удельный вес среди всех острых кишечных инфекций (ОКИ) с установленной этиологией составляет 30–35%, а в период эпидемичес-

Подходы к терапии ОРВИ с поражением желудочно-кишечного тракта в условиях детской поликлиники

кого подъема может превышать 50%. С 1990-х гг. отмечается возрастание роли норовирусной инфекции, для которой характерны вспышки в организованных детских коллективах. В последние годы среди детей увеличилась доля заболеваний, сопровождающихся сочетанным вирусным поражением респираторного тракта и ЖКТ.

В ряде случаев используется термин «гастроэнтерит». Однако следует отметить, что слизистая оболочка желудка не поражается вирусами. Возбудители размножаются в эпителии тонкой кишки, что приводит к развитию вирусного энтерита. Поражение энтероцитов приводит к нарушению расщепления и всасывания углеводов, воды и электролитов.

В этиологической структуре энтеритов/гастроэнтеритов у детей до 70% занимают вирусные поражения ЖКТ и только 30% – бактериальные¹. При бактериальных инфекциях могут развиваться тяжелые

осложнения, такие как сепсис, инфекционно-токсический шок, гемолитико-уремический синдром. Вирусные процессы на фоне обычной симптоматической терапии могут быть купированы в течение двух – четырех дней. Тем не менее дети до трех лет требуют особого внимания врачей, поскольку не исключено развитие основного осложнения – эксикоза.

Как показывает анализ структуры первичных диагнозов у амбулаторных детей с энтеритом/гастроэнтеритом, у пациентов в возрасте до трех лет лидирующее положение занимает диагноз ОКИ, старше трех лет – диагноз острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ) с дисфункцией ЖКТ или энтеральными явлениями. Диагноз ОКИ в основном ставят детям, которым требуется госпитализация. Традиционно к вирусным поражениям ЖКТ педиатры относятся как к безобидному заболеванию. Однако, несмотря на видимую легкость течения, после

¹ Hatchette T.F., Farina D. Infectious diarrhea: when to test and when to treat // CMAJ. 2011. Vol. 183. № 3. P. 339–344.



Сателлитный симпозиум компании «НИАРМЕДИК ПЛЮС»

перенесенной инфекции нарушается микробиоценоз кишечника, имеют место дисбаланс иммунной системы, формирование затяжных форм инфекции, длительное выделение вирусов с фекалиями (до месяца и более)².

Татьяна Маратовна напомнила, какие основные функции для организма человека выполняет микробиота кишечника, выделив из множества ее функций основную – иммуномодулирующую (формирование иммунологической резистентности). Более 25% слизистой оболочки кишечника представлено активной иммунологической тканью, которая содержит более 70% всех иммунокомпетентных клеток организма. Чем богаче флора, тем шире иммунный ответ. И наоборот: чем беднее флора, тем более скудный ответ. В европейских и российских стандартах терапии вирусных поражений ЖКТ у детей указано на применение только симптоматической терапии. В реальной клинической практике уже при первичном осмотре больного с любой диареей педиатры назначают антибактериальные или антисептические препараты, хотя при вирусных поражениях они не показаны.

Врожденным фактором противовирусной защиты является система интерферонов (ИФН), продукция которых начинается сразу после проникновения вируса в клетку. При полноценном иммунном ответе происходит быстрая и эффективная элиминация возбудителей из организма. Однако в остром периоде вирусной диареи у 80% детей отмечается недостаточность иммунного ответа со стороны альфа- и гамма-ИФН. Именно поэтому главная задача лечения – сместить пик активности ИФН-продукции в сторону более ранних сроков и уменьшить тем самым площадь распространения вирусного процесса.

Ректальные формы рекомбинантных ИФН обладают высокой биодоступностью и хорошей клинической эффективностью при лечении вирусной диареи. Экзогенные ИФН представляют собой чужеродный белок, поэтому при их применении возможны аллергические реакции. К тому же ректальный способ введения при вирусной диарее не всегда предпочтителен.

«Сегодня в амбулаторном звене при лечении острых респираторных вирусных инфекций препаратом выбора является Кагоцел®, получаемый в ходе химического синтеза из госсипола и природного полимера карбоксиметилцеллюлозы, обладающий противовирусным, антибактериальным и другими действиями. Важно, что Кагоцел® способен индуцировать образование альфа- и бета-интерферонов практически во всех популяциях клеток, отвечающих за противовирусный ответ организма», – констатировала докладчик.

После приема внутрь одной дозы Кагоцела терапевтическая эффективность наступает уже через 8–12 часов, максимально нарастает на вторые сутки и сохраняется еще в течение 72 часов. Таким образом, общая продолжительность действия после однократного приема – пять суток, что позволяет применять препарат коротким курсом.

В то же время максимум продукции ИФН в кишечнике отмечается уже через четыре часа после приема дозы Кагоцела, что делает его привлекательным для лечения вирусных поражений ЖКТ.

Татьяна Маратовна представила результаты собственного клинического наблюдения по оценке эффективности препарата Кагоцел® при вирусных поражениях ЖКТ у детей в амбулаторно-поликлинических условиях³. В наблюдении участвовали 60 детей в возрасте от трех до 16 лет с клиническими признаками сочетанного вирусного поражения респираторного и желудочно-кишечного трактов.

При первичном осмотре у всех пациентов наблюдались синдром лихорадки, интоксикация, диарейный синдром. У 93% детей имел место фарингит, у 56% – ринит, абдоминальные боли отмечались у половины больных, у 68% наблюдалась рвота, у 63% – метеоризм. При лабораторном обследовании в этиологической структуре вирусных поражений ЖКТ преобладали норовирусы и ротавирусы. При этом у детей в возрасте от трех до шести лет чаще выявлялась ротавирусная инфекция (66,7%), а у детей от семи до 16 лет – норовирусная инфекция (45,3%) (рис. 1).

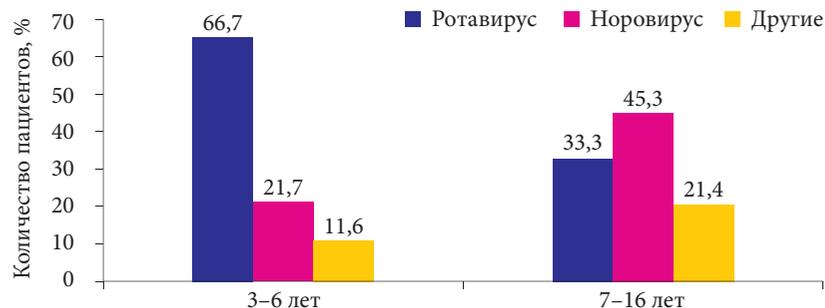


Рис. 1. Этиология возбудителей вирусной диареи у наблюдаемых детей разного возраста

² Григорович М.С. Исходы острых кишечных инфекций у детей, факторы, их определяющие, и оптимизация путей реабилитации: автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 2011.

³ Чернова Т.М., Субботина М.Д., Рубцова С.К. Эффективность препарата Кагоцел® при вирусных поражениях желудочно-кишечного тракта у детей // Медицинский совет. 2015. № 1.

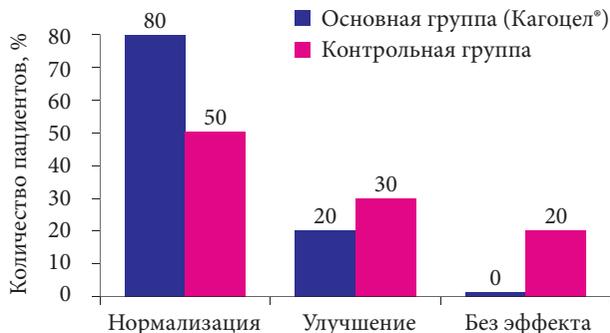


Рис. 2. Результаты копрологического исследования по окончании терапии

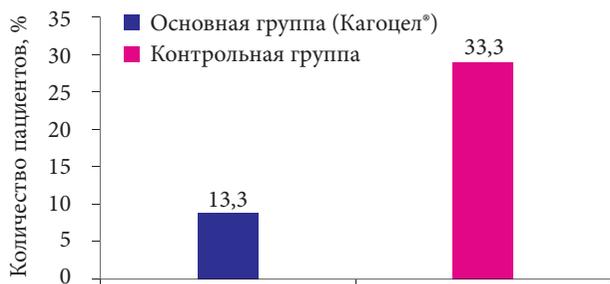


Рис. 3. Частота повторного выявления вируса по окончании терапии

Пациенты были разделены на две группы – основную и контрольную. Пациенты основной группы (n = 30) дополнительно к симптоматической терапии получали Кагоцел® по схеме лечения ОРВИ соответственно возрасту ребенка в течение четырех дней. Эффективность препарата Кагоцел® оценивали по результатам динамики основных клинических симптомов заболева-

ния и лабораторных показателей в исследуемых группах.

В группе Кагоцела длительность лихорадки и интоксикации оказалась достоверно меньше – на 1,1 и 1,2 суток соответственно – по сравнению с контрольной группой (p < 0,05). В то же время по продолжительности рвоты и абдоминального синдрома достоверных отличий не выявлено. Достоверные различия в группах были получены по продолжительности диареи. Так, в группе детей, получавших Кагоцел®, она была на 1,5 суток короче, чем в группе сравнения (p < 0,05). При повторном копрологическом исследовании, проведенном по окончании курса терапии у 80% детей основной группы, показатели нормализовались, а незначительные нарушения процессов переваривания и всасывания отмечались в 1,5 раза реже, чем в контрольной группе (рис. 2).

У каждого пятого ребенка, не получавшего Кагоцел®, сохранились признаки воспаления (до 8–10 лейкоцитов в поле зрения), что, возможно, было связано с реактивацией условно патогенной флоры и формированием вирусно-бактериальных ассоциаций и потребовало дополнительного назначения кишечного антисептика у 20% детей контрольной группы.

Таким образом, Кагоцел® не только положительно влияет на течение заболевания, но и способствует более активной элиминации виру-

сов с фекалиями. Это обусловлено влиянием препарата на репродукцию возбудителей и локализацию процесса их дальнейшего распространения в организме. Данные контрольного анализа молекулярно-генетического исследования фекалий больных продемонстрировали, что частота повторного выявления вирусов по окончании терапии у детей в основной группе после четырехдневного курса лечения Кагоцелом была практически в три раза меньше, чем в контрольной (рис. 3).

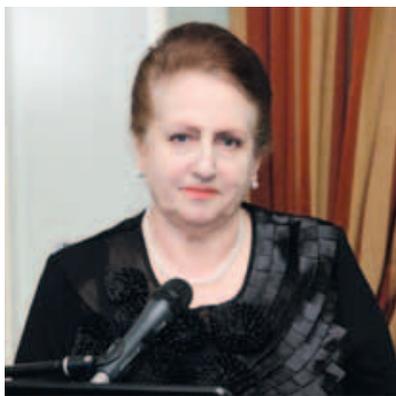
Немаловажным является и тот факт, что на фоне терапии с применением Кагоцела ни у одного пациента основной группы не выявлено нежелательных явлений. Благодаря эффективности и хорошей переносимости Кагоцела детям этой группы не потребовалось назначения дополнительной терапии.

В заключение Т.М. Чернова отметила, что помимо высокой клинической эффективности, безопасности и удобства применения в амбулаторной практике препарат Кагоцел® отличается хорошим соотношением «эффективность/стоимость». Фармакоэкономическая выгода заключается в сокращении расходов родителей на лечение и затрат государства на оплату листов нетрудоспособности, а также в экономии денежных средств поликлиники за счет уменьшения повторных визитов и повторных лабораторных обследований.

Клиническая эффективность препарата Кагоцел® в терапии бокавирусной и метапневмовирусной инфекции

Известно свыше 200 вирусов, размножение которых в клетках эпителия респираторного тракта вызывает развитие клинических признаков воспаления. По словам профессора кафедры инфекционных болезней у детей педиатрического факультета Российского национального

исследовательского медицинского университета (РНИМУ) им. Н.И. Пирогова, д.м.н. Флоры Семеновны ХАРЛАМОВОЙ, новые вирусы – метапневмовирус (HMPV) и бокавирус (HBoV) по распространенности не уступают инфекционным агентам, таким как аденовирусы, парагрипп и вирус гриппа.



Профессор
Ф.С. Харламова



Сателлитный симпозиум компании «НИАРМЕДИК ПЛЮС»

В структуре общей респираторной патологии чаще встречается НвоV-инфекция, но причиной патологии нижних дыхательных путей нередко становится НМРV-инфекция. Если НМРV-инфекция может тотально поражать и верхние, и нижние отделы дыхательных путей, то НвоV-инфекция в большей степени затрагивает верхние отделы и бронхиальное дерево. Например, пневмония и бронхолит – это клинические проявления метапневмовирусной инфекции, ларинготрахеит и бронхит – проявления бокавирусной инфекции. Профессор Ф.С. Харламова проанализировала патогенетические отличия и особенности течения этих двух инфекций у детей. НМРV-инфекция обычно встречается у детей первых двух-трех лет жизни и вызывает тяжелые формы заболевания: в 60% случаев дети нуждаются в госпитализации. Данная возрастная категория представляет группу риска по развитию тяжелых инфекций в форме тяжелых бронхолитов, альвеолитов, пневмонии. Особенно это касается детей первого года жизни и детей с ослабленной иммунной системой. Имеются данные о том, что за формирование бронхиальной астмы, рецидивирующего крупа, в частности, у детей более старшего возраста нередко ответственна метапневмовирусная инфекция, перенесенная в младенчестве. Среди осложнений метапневмовирусной инфекции упоминаются отиты, легочные ателектазы и перикардиты. НМРV-инфекция поражает не только респираторный тракт. Этот вирус способен проникать также в центральную нервную систему и вызывать развитие тяжелых форм энцефалита. Патогенетическое течение НМРV-инфекции начинается с прямого инфицирования эпителиоцитов дыхательных путей, которое сопровождается воспалительными изменениями с нейтрофильной инфильтрацией, дегенерацией и в ко-

нечном итоге некрозом эпителия. При этом повышается продукция слизи, возникают локальные геморрагии, образуются гиалиновые мембраны. На поздней стадии может сформироваться гиперплазия перибронхиальной лимфоидной ткани и внутриальвеолярное накопление макрофагов, свидетельствующие о формировании хронического воспалительного процесса в дыхательных путях. В иммунном ответе на НМРV-инфекцию основную роль играют CD4+Т-лимфоциты и дендритные клетки. Первичная НвоV-инфекция имеет место у детей первых месяцев жизни, но наиболее подвержены заражению дети в возрасте от шести месяцев до трех лет. Данные исследований свидетельствуют о наиболее частом поражении респираторного тракта в варианте обструкции дыхательных путей. Нередко при НвоV-инфекции наблюдается сочетанное поражение респираторного тракта и ЖКТ в форме гастроэнтерита. Иногда отмечается развитие эритемы или экзантемы в сочетании с признаками системной инфекции. В настоящее время большинство исследователей склоняются к мнению, что бокавирус является возбудителем острых респираторных и кишечных заболеваний у детей младшего возраста, преимущественно от шести месяцев до двух лет. В иммунном ответе при НвоV-инфекции особую роль играет значительный выброс интерлейкинов 2 и 4 и сниженный уровень интерлейкина 10. Иммунологический ответ при НвоV-инфекции остается не до

конца изученным, но он напоминает ответ при респираторно-синцитиальной инфекции. В многоцентровом исследовании, проведенном на кафедре инфекционных болезней у детей педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова и НИИ вирусологии им. Д.И. Ивановского, участвовало 120 детей в возрасте от двух до шести лет в начале постпандемического периода. Данные исследования показали, что в структуре ОРВИ, кроме вирусов гриппа, парагриппа, аденовирусов, риновирусов, респираторно-синцитиального вируса, у 42 (35%) наблюдавшихся детей были выявлены метапневмовирус и бокавирусы. Из 42 больных с выявленной метапневмовирусной и бокавирусной инфекцией микст-инфекция имела место у 24 обследованных, моноинфекция – у 18 (табл. 1). Из 18 больных с моноинфекцией семеро получали Кагоцел®, 11 детей – плацебо. Из 24 больных с микст-инфекцией 11 детей принимали Кагоцел®, 13 – плацебо. В группе микст-инфекции имело место сочетание бокавирусной инфекции с аденовирусной, либо с риновирусной, либо с респираторно-синцитиальной. Метапневмовирусная инфекция чаще сочеталась с парагриппозной, аденовирусной, риновирусной и респираторно-синцитиальной инфекцией. Развитию острых инфекционных воспалительных заболеваний дыхательных путей и их осложнений, таких как гайморит, пневмония, отит, способствуют нарушения иммунной системы, одним из важнейших показателей кото-

неддиагности

Таблица 1. Распределение больных с выделенными моно- и микст-метапневмовирусной и бокавирусной инфекциями по группам

| Кагоцел® n = 18 | | | | Плацебо n = 24 | | | |
|--------------------|----------------|----------------|----------------|-------------------|----------------|----------------|----------------|
| НМРV n = 8 | | НвоV n = 10 | | НМРV n = 13 | | НвоV n = 11 | |
| Моно n = 3 | Микст n = 5 | Моно n = 4 | Микст n = 6 | Моно n = 6 | Микст n = 7 | Моно n = 5 | Микст n = 6 |



рой является система ИФН. Доказано, что иммунная система детей раннего возраста характеризуется высокой пролиферативной активностью лимфоцитов с преобладанием фракции недифференцированных лимфоцитов с очень низким уровнем продукции цитокинов, в частности ИФН-продуцирующей активности. Примерно у 90% пациентов с фоновой патологией, в том числе у часто болеющих детей с неблагоприятным аллергоанамнезом, хроническими очагами инфекций, активность практически всех показателей ИФН-статуса снижена.

Следовательно, этиотропные препараты должны не только сочетать в себе свойства ингибитора вирусной продукции, но и обладать стимулирующей активностью в отношении иммунной защиты с целью устранения инертности специфического противовирусного иммунного ответа. Согласно разработанным критериям назначения препарата ИФН и его индукторов при гриппе и других респираторных инфекциях, таковые показаны детям с исходно низкой продукцией ИФН-альфа и -гамма, но с достаточно высоким индексом стимуляции этих ИФН, что имеет место у детей от года до шести лет.

Среди индукторов ИФН названным условиям отвечает отечественный противовирусный препарат Кагоцел®, который очень

хорошо зарекомендовал себя в ряде экспериментальных и клинических исследований у взрослых и детей. При действии таких индукторов, как Кагоцел®, формируется образование ИФН на физиологическом уровне. При этом не происходит синтеза высоких концентраций ИФН, вызывающих нежелательные эффекты в организме, что обеспечивает хорошую переносимость препарата.

Профессор Ф.С. Харламова продемонстрировала эффективность и безопасность препарата Кагоцел® у детей в возрасте от двух до шести лет, опираясь на собственные данные, полученные в рандомизированном слепом плацебоконтролируемом исследовании по изучению эффективности и безопасности препарата Кагоцел® при гриппе и других острых респираторных инфекциях. В исследование были включены 60 детей, которые находились в специализированном отделении Морозовской детской городской клинической больницы, куда были госпитализированы в основном со стенозом гортани, бронхообструктивным синдромом⁴.

Пациенты были распределены на две равные группы по 30 детей. В первой группе, получавшей Кагоцел® на фоне симптоматической терапии, у 19 больных диагностирован стеноз гортани 1-й степени, у семи – стеноз гортани 2-й сте-

пени, у четырех – ларинготрахеобронхит, у шестерых – рецидивирующий круп. Антибактериальная терапия проводилась 11 пациентам в связи с отитом и бронхитом вирусно-бактериальной этиологии. Во второй группе, получавшей плацебо на фоне симптоматической терапии, клинические проявления стеноза гортани 1-й степени отмечались у 22 больных, 2-й степени – у шестерых, ларинготрахеобронхит – у шестерых, рецидивирующий круп – у четырех, ларингит без признаков стеноза – у двоих. Антибактериальная терапия проводилась девяти пациентам в связи с отитом и бронхитом вирусно-бактериальной этиологии.

Характерной особенностью клинических проявлений у больных метапневмовирусной инфекцией наряду с общими интоксикационными проявлениями были выраженные хрипы в легких (64%), респираторная одышка (45%) и признаки бронхообструкции. У больных с бокавирусной инфекцией в основном отмечалось поражение верхнего отдела респираторного тракта, хрипы в легких прослушивались у 10% детей. У одного пациента с бокавирусной инфекцией имел место гастроэнтерит, который сопровождался жидким стулом и рвотой.

В первой группе больные получали Кагоцел® в течение четырех

Таблица 2. Продолжительность симптомов ОРВИ на фоне лечения Кагоцелом и плацебо у детей от двух до шести лет (n = 40)

| Симптом | Длительность в днях (M ± m) | |
|---------------------|--|---|
| | Кагоцел® + симптоматическая терапия (n = 19) | плацебо + симптоматическая терапия (n = 21) |
| Лихорадка | 1,7 ± 0,4* | 2,8 ± 0,3 |
| Интоксикация | 1,3 ± 0,4** | 2,75 ± 0,2 |
| Катаральные явления | 4,2 ± 0,2** | 5,9 ± 0,3 |
| Сухой кашель | 4,4 ± 0,3** | 5,4 ± 0,3 |
| Ларингит | 3,2 ± 0,1** | 5,2 ± 0,2 |
| Стеноз гортани | 1,8 ± 0,4 | 2,4 ± 0,2 |

* Различия достоверны (p < 0,05).

** Различия достоверны (p < 0,001).

⁴ Харламова Ф.С., Учайкин В.Ф., Кладова О.В. и др. Клиническая и профилактическая эффективность индуктора интерферона при ОРВИ у детей младшего дошкольного возраста // Педиатрическая фармакология. 2012. Т. 9. № 1. С. 81–89.

Работает

даже при запоздалом лечении!



кагоцел®

противовирусное средство

Современный противовирусный препарат для взрослых и детей с 3 лет



**СРЕДИ ПРЕПАРАТОВ
ОТ ПРОСТУДЫ И ГРИППА***



Кагоцел® работает при приеме вплоть до четвертого дня от начала появления первых симптомов простуды и гриппа. Вызывает в организме образование интерферонов с высокой противовирусной активностью, а также стимулирует иммунную защиту организма.

Кагоцел® способствует улучшению самочувствия ребенка, устраняя симптомы простуды и гриппа и укорачивая сроки антибактериальной терапии при лечении осложнений этих заболеваний.**

Профилактический курс препарата Кагоцел® способствует снижению заболеваемости у часто болеющих малышей.**

№1 для профилактики и лечения ОРВИ и гриппа по результатам голосования российских врачей в рамках премии «Russian Pharma Awards 2014».***



Реклама

* По данным ЗАО «Группа ДСМ»: Кагоцел® – самый популярный противовирусный препарат от простуды и гриппа в РФ в 2014 г., в упаковках.

** Харламова Ф.С. с соавт. Клиническая и профилактическая эффективность индуктора интерферона при ОРВИ у детей младшего дошкольного возраста // Педиатрическая фармакология. – 2012. – № 9 (1). – С. 81–89.

*** По версии Russian Pharma Awards 2014, в номинации «Препарат выбора для профилактики и лечения ОРВИ и гриппа».

ООО «НИАРМЕДИК ПЛЮС»

125252, Москва, ул. Авиаконструктора Микояна, д. 12. Тел./факс: +7 (495) 741-49-89.

Подробную информацию вы можете получить на сайте: www.kagocel.ru

Рег. уд. Р N002027/01 от 19.11.2007.

Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников.



VII Всероссийский конгресс по инфекционным болезням

Таблица 3. Продолжительность симптомов ОРВИ у детей, получавших Кагоцел® и плацебо на фоне антибактериальной терапии (n = 20)

| Симптом | Длительность в днях (M ± m) | |
|---------------------|---|---|
| | Кагоцел® + антибактериальная терапия (n = 11) | плацебо + антибактериальная терапия (n = 9) |
| Лихорадка | 2,9 ± 0,6* | 4,3 ± 0,3 |
| Интоксикация | 3,8 ± 0,3 | 5,0 ± 0,7 |
| Катаральные явления | 5,7 ± 0,4* | 6,9 ± 0,5 |
| Сухой кашель | 5,7 ± 0,3* | 6,8 ± 0,4 |
| Ларингит | 3,0 ± 0,2** | 4,8 ± 0,3 |
| Стеноз гортани | 2,4 ± 0,1** | 3,2 ± 0,2 |

* Различия достоверны (p < 0,05).

** Различия достоверны (p < 0,001).

дней по одной таблетке два раза в день в течение первых двух дней, а затем по одной таблетке один раз в день в течение последующих двух дней. Во второй группе пациенты принимали плацебо по аналогичной схеме.

У больных, получавших Кагоцел® на фоне симптоматической терапии при неосложненном течении заболевания, по всем показателям клинических проявлений (лихорадка, интоксикация, катаральные явления, сухой кашель, ларингит, стеноз гортани) отмечалось достоверное уменьшение продолжительности симптомов по сравнению с детьми, принимавшими плацебо (табл. 2).

Количество койко-дней, проведенных детьми в стационаре, на фоне терапии препаратом Кагоцел® достоверно сокращалось в сравнении с таковым при приеме плацебо и составило в среднем 4,7 ± 0,3 против 6,3 ± 0,3 дня (p < 0,05).

Тенденция к более быстрому купированию клинических симптомов ОРВИ и гриппа наблюдалась и в группе детей (n = 20), получавших одновременно с Кагоцелом антибактериальную терапию (табл. 3).

У больных на фоне приема Кагоцела сокращались сроки применения антибиотиков и соответственно достоверно (p < 0,05) снижалось количество койко-дней, проведенных в стационаре, по сравнению с пациентами, принимавшими плацебо, – 6,1 ± 0,3 против 7,3 ± 0,4 дня соответственно.

Таким образом, на примере клинической эффективности препарата Кагоцел® удалось показать скорость его воздействия на инфекционный процесс при ларинго-, бронхообструкции и других клинических проявлениях, сопряженных с гриппом и ОРВИ, в том числе с метапневмовирусной, бокавирусной, аденовирусной инфекциями, у детей в возрасте от двух лет. На фоне терапии препаратом Кагоцел® при ОРВИ независимо от этиологии достоверно сокращалась продолжительность основных клини-

ческих симптомов заболевания и симптомов стенозирующего ларинготрахеита и обструктивного бронхита, гастроэнтерита.

«В процессе терапии у всех пациентов наблюдалась хорошая переносимость препарата без побочных эффектов. Кагоцел® хорошо переносится детьми с двухлетнего возраста, сокращает сроки пребывания в стационаре и рекомендован для лечения указанных вирусных инфекций в ранние сроки заболевания», – подчеркнула Флора Семеновна, завершая выступление.

Заключение

Современный отечественный индуктор интерферона из группы полифенов растительного происхождения Кагоцел® характеризуется низкой токсичностью, широким спектром биологической активности и иммуномодулирующим эффектом. Результаты клинических исследований показали эффективность и безопасность применения препарата Кагоцел® у детей в возрасте от двух до шести лет в лечении ОРВИ и гриппа независимо от этиологии. Кагоцел® на фоне симптоматической терапии эффективно купирует инфекционный процесс при ларинго-, бронхообструкции и других клинических проявлениях, сопряженных с гриппом и ОРВИ, в том числе с метапневмовирус-

ной, бокавирусной и аденовирусной инфекциями, у детей с двухлетнего возраста без побочных явлений.

Кагоцел® достоверно сокращает количество койко-дней, проведенных детьми в стационаре, и сроки антибактериальной терапии при лечении осложнений ОРВИ.

Включение препарата Кагоцел® в комплексную терапию у детей с вирусным поражением ЖКТ позволяет достоверно уменьшить длительность лихорадки, симптомов интоксикации, диарейного синдрома и в три раза сократить частоту повторного выявления возбудителя.

Применение Кагоцела позволяет существенно снизить материальные затраты на лечение вирусной диареи, гриппа, ОРВИ. ✪

недуга

Н О Я Б Р Ъ 2015 Г О Д А



ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС ПО ДЕТСКОЙ АЛЛЕРГОЛОГИИ И ИММУНОЛОГИИ

«ИННОВАЦИОННЫЕ ПОЗИЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА»



*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 Конгресса
детских аллергологов, иммунологов и педиатров России*

г. Москва

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

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

Электронная почта: adair@adair.ru



Особенности клинического течения и иммунокорригирующая терапия острых респираторных вирусных инфекций у часто болеющих детей



В нашей стране уровень заболеваемости острыми вирусными инфекциями, особенно среди детей, остается высоким. В связи с этим особую актуальность приобретают вопросы лечения респираторных инфекционных заболеваний в группе часто болеющих детей. Именно этой теме был посвящен доклад профессора кафедры инфекционных болезней у детей и поликлинической педиатрии Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского, д.м.н., главного специалиста по инфекционным болезням у детей ПФО Минздрава России Елены Владимировны МИХАЙЛОВОЙ, прозвучавший на симпозиуме, организованном при поддержке компании «БИОКАД».

Как известно, часто болеющие дети (ЧБД) – не нозологическая форма и не диагноз. Это группа диспансерного наблюдения, включающая детей с частыми респираторными инфекциями, в большинстве случаев возникающими из-за транзиторных корригируемых отклонений в защитных системах организма. Таким образом, у ЧБД по сравнению со сверстниками уровень заболеваемости выше. Он оценивается по частоте эпизодов острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ).

Инфекционный индекс для детей старше трех лет рассчитывается как соотношение суммы всех случаев ОРВИ за год и возраста

ребенка (годы). Инфекционный индекс ЧБД – 1,1–3,5.

ЧБД составляют 20–65% детской популяции. Данная категория пациентов отличается резистентностью к традиционным методам терапии.

На долю ЧБД приходится 50–60% всех регистрируемых заболеваний. Около 20% ЧБД страдают респираторными инфекциями практически ежемесячно. В 40% случаев к семи-восемью годам у них формируется хроническая патология.

Повышенная заболеваемость детей обусловлена незрелостью иммунной системы, сниженной продукцией цитокинов, дефицитом интерферона (ИФН), недостаточной выработкой имму-

ноглобулина (Ig) А, наличием хронических очагов инфекции, персистенцией вирусов. Кроме того, причинами частой заболеваемости могут быть фоновые заболевания, нерациональная антибиотикотерапия. Сегодня особое внимание исследователи уделяют наследственным факторам развития частой заболеваемости у детей.

Один из факторов, предрасполагающих к развитию частой заболеваемости у детей, – персистенция патогенных возбудителей, нередко протекающая под маской ОРВИ и сопровождаемая выраженным иммунным дисбалансом. Наиболее распространенными возбудителями являются микоплазмы, хламидии,



Сателлитный симпозиум компании ВЮСАД

вирусы герпеса. Персистенция патогенных возбудителей приводит к недостаточности симптоматической и адаптогенной терапии для купирования эпизодов ОРВИ у ЧБД.

Профессор Е.В. Михайлова представила результаты исследования, проведенного на базе детской инфекционной больницы № 5, детской поликлиники № 3 г. Саратова, с участием 200 детей в возрасте от одного до десяти лет¹. Целью работы стало изучение клинических особенностей течения острого респираторного заболевания у ЧБД, оценка показателей иммунного статуса детей с определением уровня иммуноглобулинов, ИФН (альфа, гамма). В исследовании применялись методы верификации диагноза. Этиологическую расшифровку ОРВИ выполняли с помощью иммунохроматографии носоглоточного смыва к вирусам гриппа, парагриппа, аденовирусам, респираторно-синцитиальным (РС) вирусам, иммуноферментного анализа (ИФА) крови на определение антител к вирусам парагриппа, аденовирусам, РС-вирусу, а также полимеразной цепной реакции (ПЦР) мазка из носоглотки и крови. Возбудителей оппортунистических инфекций выявляли методом ПЦР и ИФА крови с определением IgM, IgG – вирус герпеса 1-го, 2-го и 6-го типов, Эпштейна – Барр, цитомегаловируса, *Chlamydia pneumoniae*, *Pneumocystis carinii*.

Пациентов разделили на две равные группы – часто болеющие и редко болеющие дети. Как показали результаты исследования, у ЧБД частота эпизодов заболеваний выше, чем у редко болеющих детей, – $7,4 \pm 0,71$ против $3,1 \pm 0,80$ соответственно. Инфекционный индекс у ЧБД – 2,03, у редко болеющих детей – 0,85. В группе ЧБД более трети пациентов имели антитела класса G к вирусам просто-

го герпеса 1-го и 2-го типов, более половины – к цитомегаловирусу и вирусу Эпштейна – Барр. У 56% детей группы ЧБД в период манифестации ОРВИ обнаружены IgG к вирусу герпеса 6-го типа. У 37,5% детей из группы ЧБД имел место повышенный уровень антител к IgE, у 73,8% детей – дефицит ИФН-альфа и ИФН-гамма.

В группе ЧБД респираторная микст-инфекция встречалась в 61% случаев, моноинфекция – в 8% случаев. В группе редко болеющих детей только 20% имели фоновую патологию (анемию, отягощенный аллергологический анамнез). В группе ЧБД у 80% пациентов отмечалась фоновая патология, в том числе анемия, гипотрофия, ожирение, тимомегалия, отягощенный аллергологический анамнез, энцефалопатия.

Сопутствующие хронические заболевания в группе ЧБД выявлены в 30% случаев (хронический тонзиллит, пиелонефрит, бронхиальная астма, дисметаболическая нефропатия). В группе редко болеющих детей хронических заболеваний не обнаружено.

В группе ЧБД среднетяжелая форма ОРВИ встречалась в 70%, тяжелая – в 30% случаев. В группе редко болеющих детей эти показатели составили 90 и 10% случаев соответственно. В группе ЧБД частота поражения нижних дыхательных путей и симптомы дыхательной недостаточности наблюдались в 72 и 31% случаев соответственно, в группе редко болеющих детей – в 30 и 5%.

Таким образом, большинство пациентов из группы ЧБД (80%) имели сопутствующую соматическую патологию, более половины из них – патологию нескольких органов или систем. У 61% детей ОРВИ были вызваны несколькими возбудителями. У ЧБД тяжелая форма респираторных заболеваний встреча-

лась в три раза чаще, поражения нижних дыхательных путей – в 2,2 раза чаще по сравнению с группой редко болеющих детей. В ходе исследования отмечены иммунологические нарушения в группе ЧБД в период заболевания – снижение уровня IgA, повышение уровня IgE, дефицит продукции ИФН-альфа и ИФН-гамма.

При лечении ОРВИ в группе ЧБД на первом месте стоит этиотропная терапия. Однако у больных детей, часто страдающих ОРВИ, использования только этиотропных препаратов недостаточно. Максимальный клинический эффект может быть получен лишь при сочетанном применении препаратов с разным механизмом действия. В этом случае достигаются подавление репликации вируса и одновременная коррекция нарушения в системе иммунитета и ИФН.

ИФН обладают универсальными антивирусными свойствами подавления репликации ДНК- и РНК-содержащих вирусов. Существует несколько форм для применения рекомбинантных генно-инженерных ИФН у детей. Препарат Генферон® лайт (ИФН-альфа-2b) выпускается в форме суппозиторий для лечения ОРВИ и других инфекционных заболеваний бактериальной и вирусной этиологии у детей и в форме назального дозированного спрея для профилактики и лечения гриппа и ОРВИ у взрослых и детей старше 14 лет.

Применение препарата Генферон® лайт в форме суппозиторий позволяет подобрать оптимальную дозу (125 000 или 250 000 МЕ) ИФН в зависимости от возраста ребенка.

Препарат отличается высокой эффективностью благодаря уравновешенному сочетанию ИФН-альфа и таурина, который потенцирует действие ИФН.

недлительная

¹ Михайлова Е.В., Чудакова Т.К., Малюгина Т.Н. и др. Иммунокорректирующая терапия острых респираторных заболеваний у часто болеющих детей // Вопросы практической педиатрии. 2014. № 4. С. 52–57.



Применение препарата Генферон® лайт в форме суппозитория позволяет подобрать оптимальную дозу (125 000 или 250 000 МЕ) ИФН в зависимости от возраста ребенка. Препарат отличается высокой эффективностью благодаря уравниванию сочетанию ИФН-альфа и таурина, который потенцирует действие ИФН

Отсутствие нежелательных явлений при лечении ОРВИ подтверждает благоприятный профиль безопасности, хорошую переносимость и эффективность использования иммунокорригирующей терапии препаратом Генферон® лайт в группах ЧБД.

Сочетанное использование препарата прямого противовирусного действия Арбидол® и препарата Генферон® лайт высоко эффективно у больных ОРВИ, гриппом, осложненных пневмонией. Это проявляется в более быстром (на два – четыре дня) купировании интоксикационного, катарального синдрома, нормализации температуры, восстановлении аппетита и улучшении общего состояния.

Профессор Е.В. Михайлова также привела данные сравнительного рандомизированного проспективного исследования эффективности и безопасности препаратов Генферон® лайт и Арбидол® в лечении и профилактике эпизодов ОРВИ в группе часто и длительно болеющих детей. Исследование проводили на базе четырех исследовательских центров – Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского и детской городской поликлиники № 35 г. Санкт-Петербурга.

В исследовании приняли участие 64 ребенка в возрасте от трех до

шести лет из группы ЧБД с диагнозом ОРВИ, получавших лечение в амбулаторных условиях. Длительность ОРВИ на момент включения в исследование не превышала 48 часов с момента появления основных симптомов (лихорадка, катаральные явления). Больные не принимали препараты цитокинов, их индукторы и глюкокортикостероиды. В исследование не включали детей с аутоиммунными заболеваниями, иммунодефицитными состояниями, гиперчувствительностью к препаратам ИФН. Длительность наблюдения составила 180 дней.

Пациентов рандомизировали на две равные группы, сопоставимые по половозрастным характеристикам, фоновой патологии, инфекционному индексу, сопутствующим и перенесенным заболеваниям, клиническим проявлениям ОРВИ на скрининге, исходным показателям иммунограммы, а также концентрации уровней IgE, ИФН-альфа и ИФН-гамма.

В основной группе пациенты получали препарат Генферон® лайт 125 000 МЕ ректально два раза в сутки в течение десяти дней одновременно со стандартной терапией, далее по профилактической схеме – по одному суппозиторию в сутки на ночь через день в течение трех недель. Пациенты контрольной группы принимали Арбидол® 50 мг внутрь четыре раза в сутки в течение пяти дней одновременно со стандартной терапией, далее – по

50 мг два раза в неделю в течение трех недель. Контроль терапии и ее эффективности проводили во время пяти визитов, а также в форме телефонных опросов.

Результаты исследования показали, что терапевтическая эффективность препаратов Генферон® лайт и Арбидол® в купировании эпизодов ОРВИ приблизительно одинакова. Однако повторных эпизодов ОРВИ в группе Генферона лайт к 140-му дню исследования было меньше (11 детей), чем в группе Арбидола (20 детей) ($p = 0,04$). В большинстве случаев в обеих группах имели место повторные эпизоды в виде ОРВИ легкой степени. Таким образом, при длительном наблюдении Генферон® лайт оказался более эффективным для предотвращения повторных эпизодов ОРВИ.

Данные исследования продемонстрировали, что применение препарата Генферон® лайт в острый период ОРВИ не менее эффективно, чем использование препарата прямого противовирусного действия Арбидол®. Генферон® лайт позволяет добиться купирования основных симптомов ОРВИ и статистически значимо снижает количество повторных эпизодов заболевания при длительном наблюдении (140 дней).

В заключение профессор Е.В. Михайлова отметила, что лечение ОРВИ в группе ЧБД требует более длительного назначения иммунокорригирующих препаратов с последующим переходом на поддерживающий режим с целью коррекции иммунологических нарушений и снижения числа повторных эпизодов ОРВИ. Рекомендуемый режим применения препарата Генферон® лайт у ЧБД – по одному суппозиторию два раза в сутки ректально в течение десяти дней одновременно со стандартной терапией, затем по одному суппозиторию один раз на ночь через день в течение трех недель. ❖



Генферон® лайт

Интерферон альфа-2b
Таурин

**Лечение вирусных инфекций
с первого дня жизни**



суппозитории вагинальные и ректальные
125 000 ME и 250 000 ME



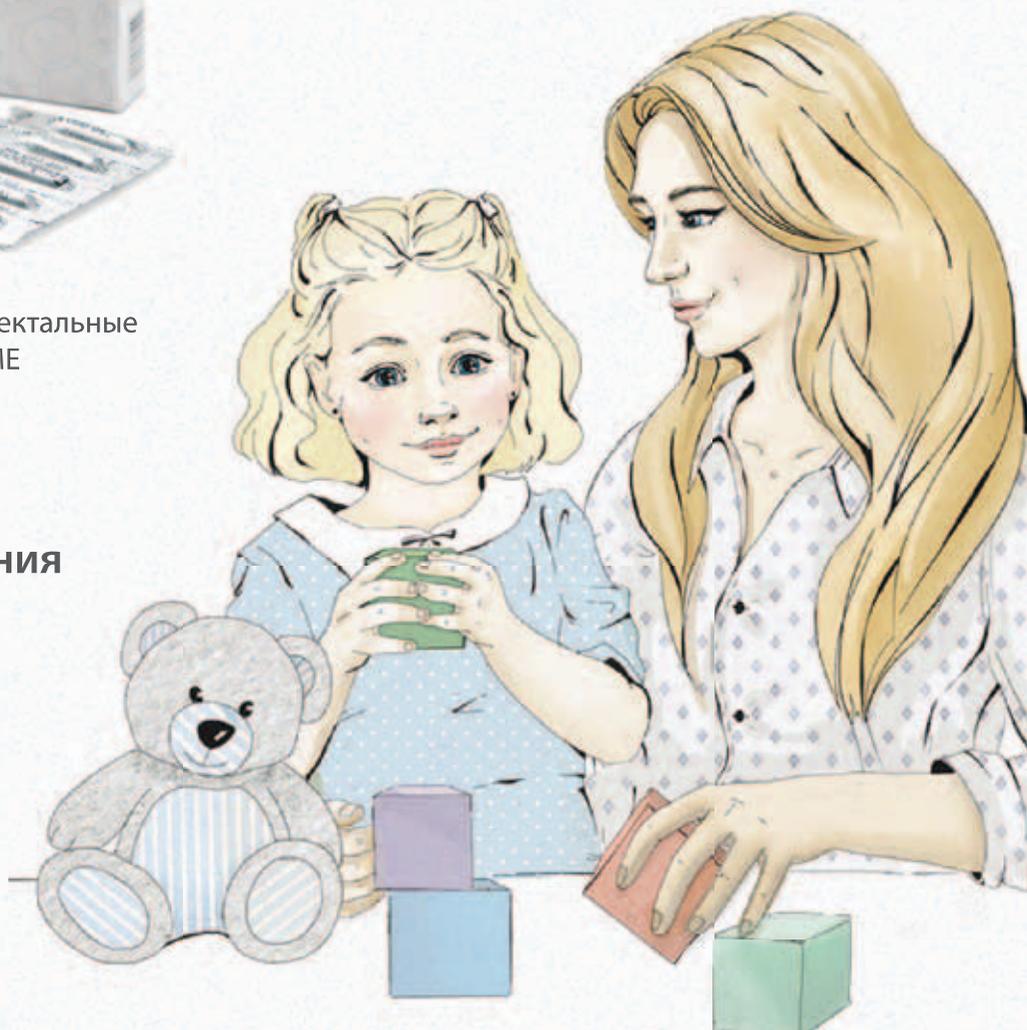
**Удобство применения
у детей**



**Уникальная
комбинация
активных
компонентов**



**Для лечения
простуды и гриппа**



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



biocad@biocad.ru
www.biocad.ru



BIOCAD
Biopharmaceutical Company

Реклама

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



Стратегия противовирусной терапии у детей с аденолимфотонзиллярными заболеваниями



Аденолимфотонзиллярные заболевания считаются распространенной патологией ЛОР-органов в детском возрасте и развиваются у 60–70% детей. В связи с этим особый интерес у участников симпозиума «Герпетические инфекции у детей» (Москва, 30 марта 2015 г.) вызвал доклад профессора кафедры детских инфекционных болезней Российской медицинской академии последипломного образования Минздрава России, д.м.н. Татьяны Александровны ЧЕБОТАРЕВОЙ. Она рассказала о наиболее оптимальной стратегии противовирусной терапии у детей с аденолимфотонзиллярными заболеваниями, клинико-иммунологической эффективности препарата ВИФЕРОН® как этиотропного средства для терапии хронических герпес-вирусных инфекций у детей с аденолимфотонзиллярным синдромом, а также перечислила компоненты комплексной терапии при лечении и профилактике гриппа и острых респираторных заболеваний.

Ведение детей с аденолимфотонзиллярными заболеваниями зачастую требует междисциплинарного подхода с участием оториноларинголога, инфекциониста, иммунолога-аллерголога, педиатра, гастроэнтеролога. Однако первичную консультацию и базисное обследование ребенок с аденолимфотонзиллярным заболеванием должен получить у оториноларинголога. Именно он решает, какую тактику лече-

ния выбрать – хирургическую или терапевтическую и есть ли необходимость в междисциплинарном скрининге.

При выборе терапевтической тактики к ведению пациента с аденолимфотонзиллярным заболеванием подключается инфекционист. Одна из основных задач этого специалиста – установить этиологию инфекции ЛОР-органов. Этиология может быть разнообразной. Но, как показывают результаты исследований, при хронических

аденоидитах и тонзиллитах среди этиологических агентов преобладают вирусы, в частности герпес-вирусы (рис. 1).

Хроническая герпес-вирусная инфекция – наиболее частая причина аденолимфотонзиллярных заболеваний. Согласно данным исследования, проведенного специалистами кафедры детских инфекционных болезней РМАПО, в этиологии аденолимфотонзиллярных заболеваний ведущее место при моноинфекции зани-



Сателлитный симпозиум компании «Ферон»

мают вирус Эпштейна – Барр, вирус герпеса человека 6-го типа. Цитомегаловирус выявляется в составе смешанной и комбинированной инфекции.

Различия в понимании смешанного и комбинированного характера инфекций являются важной современной трактовкой патологического процесса, вызванного герпес-вирусами. По мнению Т.А. Чеботаревой, смешанная инфекция – это первичная одновременная встреча организма с возбудителями, вызывающими острую инфекцию или инфекционный мононуклеоз. При комбинированной инфекции первичная встреча характерна только для одного возбудителя, для другого это реактивация.

Этиология хронического герпес-вирусного заболевания у детей с хроническим аденоидитом или тонзиллитом определяется с помощью двух методов диагностики – полимеразной цепной реакции (ПЦР) и иммуноферментного анализа.

При выборе средств противовирусной терапии хронических герпес-вирусных инфекций в манифестной и латентной форме у детей с аденолимфотонзиллярными заболеваниями предпочтительнее следует отдавать этиотропным препаратам с доказанным спектром противовирусной и иммуномодулирующей активности, к которым относятся интерфероны (препарат ВИФЕРОН®),

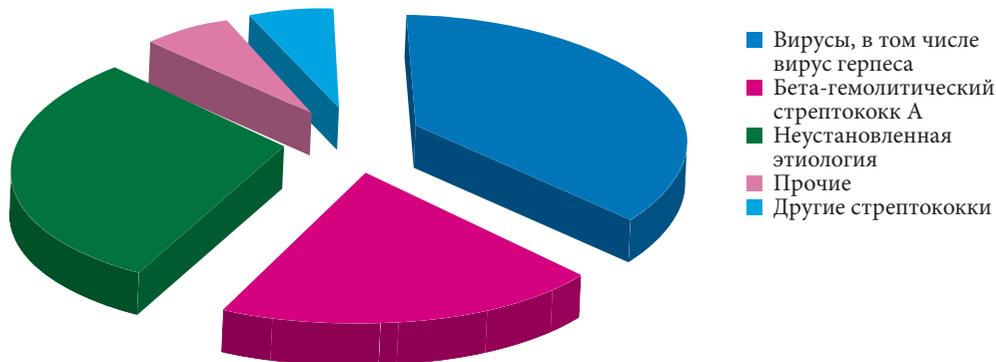


Рис. 1. Спектр наиболее частых этиологических агентов при хронических аденоидитах и хронических тонзиллитах

а также инозин пранобекс или комбинация названных препаратов. При неблагоприятном исходе назначают длительные курсы интерферонотерапии.

«Нашей исследовательской группе удалось получить очень хорошие результаты по применению препарата ВИФЕРОН®», – уточнила профессор Т.А. Чеботарева. При обострении хронической герпес-вирусной инфекции препарат ВИФЕРОН® (суппозитории ректальные) назначают непрерывным десятидневным курсом по одному суппозиторию два раза в сутки с последующим переходом на прерывистый курс – три раза в неделю в течение всего периода репликативной активности возбудителя (контроль ПЦР ДНК вируса).

Препарат ВИФЕРОН® можно использовать и при латентной гер-

пес-вирусной инфекции в случае доказанной репликативной активности возбудителей, имеющих значение в реализации аденолимфотонзиллярного синдрома. При латентной герпес-вирусной инфекции препарат ВИФЕРОН® (мазь, суппозитории ректальные) применяют в соответствии с авторской программой «Шаг за шагом», разработанной профессором И.В. Нестеровой. Согласно методике терапия препаратом ВИФЕРОН® в двух лекарственных формах – мазь и суппозитории проводится в течение двух с половиной месяцев в возрастной дозе со снижением частоты введения препарата.

Инозин пранобекс не рекомендован при латентной герпес-вирусной инфекции. Он показан только при обострении хронической герпес-вирусной инфекции десятидневным курсом в дозе 50–100 мг/кг.

Профессор Т.А. Чеботарева рассмотрела возможности этиотропной терапии и профилактики респираторных вирусных инфекций препаратом ВИФЕРОН® у детей с хроническими инфекциями ЛОР-органов. Высокая инфекционная заболеваемость детей с аденолимфотонзиллярным синдромом обусловлена, в частности, недостаточностью мукозального иммунитета, кратковременностью иммунологи-

Препарат ВИФЕРОН® рекомендуется как этиотропное средство противовирусной терапии хронических герпес-вирусных инфекций в манифестной и латентной форме у детей с аденолимфотонзиллярными заболеваниями, а также в качестве компонента комплексной и иммунокорректирующей терапии при лечении и профилактике ОРВИ и гриппа у детей, страдающих хроническими инфекциями ЛОР-органов

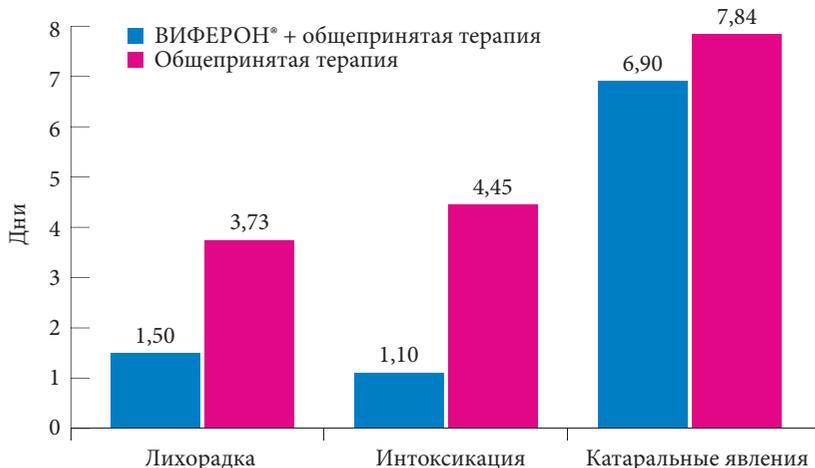


Рис. 2. Лечение ОРВИ и гриппа у детей, включая недоношенных новорожденных

ческой памяти или отсутствием протективного уровня антител после перенесенного инфекционного заболевания, отсутствием адекватного восстановления иммунной системы в период реконвалесценции после острой респираторной инфекции (ОРИ) и низкой эффективностью вакцинопрофилактики гриппа.

Одним из весомых преимуществ терапии гриппа и ОРВИ у детей препаратом ВИФЕРОН® является широкий спектр его противовирусной активности в отсутствие возможности формирования резистентных вариантов вирусов. Разнообразие форм выпуска (гель, мазь, суппозитории ректальные) позволяет дифференцированно подходить к назначению этого препарата при ряде инфекций вирусной и бактериальной этиологии, использовать различные, в том числе комбинированные, схемы терапии. ВИФЕРОН® блокирует размножение вируса, восстанавливает защитные свойства иммунной системы и тем самым проявляет эффективность на любой стадии заболевания.

Согласно данным собственного исследования профессора Т.А. Чеботаревой, включение препарата ВИФЕРОН® (суппозитории рек-

тальные) в комплексную терапию ОРВИ вирусной и вирусно-бактериальной этиологии способствовало сокращению длительности симптомов, определяющих тяжесть ОРВИ (рис. 2)¹.

На фоне комбинированной терапии с использованием препарата ВИФЕРОН® наблюдался значимый клинический эффект: достоверно уменьшалась продолжительность и выраженность лихорадки, интоксикации, катарального синдрома, что приводило к сокращению общей продолжительности заболевания (в среднем на два дня).

Детям до семи лет препарат ВИФЕРОН® (суппозитории ректальные) назначают в дозе 150 000 МЕ два раза в сутки в течение пяти дней, детям старше семи лет – в дозе 500 000 МЕ два раза в сутки в течение пяти дней. Всего рекомендовано один-два курса.

Препарат ВИФЕРОН® (сочетанное системное (ректальное) и местное (гель/мазь) применение) нормализует продукцию цитокинов, оказывает положительное влияние на параметры клеточного и гуморального звеньев иммунитета.

На фоне применения препарата ВИФЕРОН® в виде геля или мази у детей с недостатком мукозального иммунитета отмечаются ак-

тивация мукоцилиарных факторов защиты слизистых оболочек, противовирусный эффект, повышение синтеза секреторного иммуноглобулина класса А. Профессор Т.А. Чеботарева представила схему профилактики рекуррентных ОРВИ с местным применением препарата ВИФЕРОН® (гель/мазь):

- весна: смазывание носовых ходов препаратом ВИФЕРОН® (гель/мазь) ежедневно два раза в день в течение двух недель;
- весна/лето: прием препарата направленного химического синтеза (два курса по десять дней) или препарата из группы микробного происхождения (три – пять месяцев);
- осень: смазывание препаратом ВИФЕРОН® (гель/мазь) носовых ходов ежедневно два раза в день в течение двух недель, далее – два раза в день три раза в неделю (понедельник, среда, пятница) в течение месяца.

Безусловно, перед началом эпидемического сезона следует проводить вакцинацию против гриппа. Перспективным направлением является совершенствование вакцинопрофилактики гриппа путем повышения ее эффективности с включением препарата ВИФЕРОН®.

В заключение профессор Т.А. Чеботарева отметила, что препарат ВИФЕРОН®, продемонстрировавший в многочисленных исследованиях клинико-иммунологическую эффективность, можно рекомендовать как этиотропное средство противовирусной терапии хронических герпес-вирусных инфекций в манифестной и латентной форме у детей с аденолимфотонзиллярными заболеваниями. Кроме того, препарат можно использовать в качестве компонента комплексной и иммунокорректирующей терапии при лечении и профилактике ОРВИ и гриппа у детей, страдающих хроническими инфекциями ЛОР-органов. ✪

¹ Чеботарева Т.А., Мазанкова Л.Н. Эффективность Виферона в терапии и профилактике гриппа и других ОРВИ у детей // mif-ua.com/archive/article_print/11583.



XIV РОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС

«Инновационные технологии
в педиатрии и детской хирургии»

2015

Москва, 20–22 октября

Гостиничный комплекс "КОСМОС",
проспект Мира, 150

www.congress2015.pedklin.ru



ОРГАНИЗАТОРЫ КОНГРЕССА:

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. Н.И. ПИРОГОВА
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ПЕДИАТРИИ
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
НИ ДЕТСКИЙ ОРТОПЕДИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ им. Г.И. ТУРНЕРА
ВСЕРОССИЙСКИЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ "ЗАЩИТА"

ВКЛЮЧЕННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ:

VI РОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС ПО ДЕТСКОЙ ЭПИЛЕПТОЛОГИИ
ШКОЛА "Актуальные вопросы педиатрии"
(педиатрическому факультету ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова — 85 лет)
ШКОЛА по легочной артериальной гипертензии
ШКОЛА "Аллергические заболевания у детей"
ШКОЛА АРИТМОЛОГА "Решение сложных клинических задач"
РОССИЙСКАЯ ШКОЛА по детской аллергологии и иммунологии
МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КУРС
"Мультидисциплинарный подход: Spina-bifida и энурез у детей"
ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА по детской нефрологии
РОССИЙСКИЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КУРС
"Этика и деонтология в работе специалистов, оказывающих помощь матерям и детям"
XIII НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
"Актуальные вопросы хирургии, травматологии и ортопедии детского возраста"
VII НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ "Генетические технологии в решении актуальных проблем ранней диагностики и лечения наследственных болезней у детей"
IV ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ по детской гастроэнтерологии и нутрициологии
V МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
"Отдаленные медико-биологические последствия влияния малых доз ионизирующей радиации на детское население"
I ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ "Актуальные вопросы нервно-мышечных заболеваний"
VI ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ "Педиатрические аспекты дисплазии соединительной ткани. Достижения и перспективы"
IX НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ "ЛОР-патология в практике врача-педиатра"
XI НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ "Стоматологическое здоровье ребенка"
СОВЕЩАНИЕ ДЕКАНОВ педиатрических факультетов медицинских вузов России
КОНФЕРЕНЦИЯ и ПОСТЕРНАЯ СЕССИЯ молодых ученых в области педиатрии, детской хирургии и стоматологии
XIV ВСЕРОССИЙСКАЯ ВЫСТАВКА
"Современные диагностические, лекарственные и нутрициологические технологии в педиатрии и детской хирургии"

Вход для всех желающих свободный

АДРЕС СЕКРЕТАРИАТА ОРГКОМИТЕТА КОНГРЕССА:

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

Научно-исследовательский клинический институт педиатрии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова
Оргкомитет конгресса "Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии"

Контакты:

тел. +7 (499) 487-05-69

факс +7 (495) 484-58-02

моб. +7 (926) 525-16-82

e-mail: congress@pedklin.ru



Уважаемые коллеги!

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

XXV Национального конгресса по болезням органов дыхания

Конгресс состоится в г. Москве
с 13 по 16 октября 2015 г.

Организаторы конгресса Российское респираторное общество
Министерство здравоохранения Российской Федерации
(План научно-практических мероприятий Министерства здравоохранения
Российской Федерации на 2015 год)

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

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

Президент конгресса профессор Демко И.В.

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 медицин-

ской помощи пациентам с заболеваниями органов дыхания. Новые клинические рекомендации – ХОБЛ, бронхиальная астма, саркоидоз, тяжелая внебольничная пневмония у взрослых. Орфанные заболевания. Интервенционная пульмонология: бронхоскопия, торакоскопия, новые рекомендации по плевральной пункции, криотерапия. Профессиональные заболевания легких. Иммунологические аспекты при инфекционных заболеваниях органов дыхания. Легочная ги-

пертензия. Функциональные методы диагностики: Кардиореспираторные нагрузочные тесты: клинические примеры. Морфология для клиницистов.

Рак легких: современные рекомендации по диагностике и показания к методам лечения. Медицина сна. Образовательные программы в пульмонологии. Формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации в вопросах респираторного здоровья.

Заявки на участие в научной программе (не позднее 1 июня 2015 г.) **присылать:** pulmo2012@mail.ru,
rropulmo@mail.ru тел. 8 (495) 940-6331, www.pulmonology.ru (правила оформления заявки размещены на сайте)

ТЕЗИСЫ. Тезисы конгресса принимаются бесплатно. Должны быть высланы через сайт www.pulmonology.ru не позднее 30 июля 2015 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 25 сентября 2015 г. прислать по e-mail: rropulmo@mail.ru с пометкой: «Конкурс молодых ученых».

РЕГИСТРАЦИОННЫЙ ВЗНОС.

Регистрационный взнос до 1 августа 2015 г. составляет 6500 рублей, после 1 августа – 7500 рублей.

Лица, оплатившие единый регистрационный взнос, имеют:

• Участие в мероприятиях XXV Национального

конгресса по болезням органов дыхания

- Годовую подписку на журналы «Пульмонология», «Атмосфера», «Астма и Аллергия»
- Получают монографии, подготавливаемые ежегодно ведущими экспертами в области респираторной медицины
- Доступ к закрытой части сайта www.pulmonology.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
- ЕРО и РРО будут осуществлять активное опережающее сотрудничество для предложения членам РРО предпочтительного доступа к образовательным услугам ЕРО онлайн и возможности участия в меропри-

ятиях ЕРО, а также оказывать поддержку образовательных инициатив РРО

ПО ВОПРОСАМ РЕГИСТРАЦИИ:

regpulmo2015@mail.ru,
тел. (843) 526-5332, 526-5427,
8 (917) 269-6753.

ДЛЯ БРОНИРОВАНИЯ НОМЕРОВ:

pulmocongress2015@mail.ru,
тел.: (843) 526-5332, 526-5427,
8 (917) 269-6753.

ПОСТЕРНАЯ СЕССИЯ. Заявки на участие в постерной сессии присылать pulmo2012@mail.ru до 1 октября 2015 г.

Постер представляется на русском языке. Правила оформления постеров размещены на сайте www.pulmonology.ru.

ВЫСТАВКА В рамках работы конгресса состоится выставка лекарственных препаратов, медицинского оборудования, новых технологий, информационно-издательских групп. Заявки на участие в выставке принимаются до 20.09.2015 г. тел.: (495) 730-5649, 8 910 465-1906, exporulmo@mail.ru



Ежегодный Международный Форум Питание и здоровье

Health & Nutrition

3–5 декабря 2015 года

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

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА

ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ
И ФАРМАЦЕВТИКИ

Председатель организационного комитета

Б.С. Каганов

Председатель Национальной ассоциации диетологов и нутрициологов, президент Федерации педиатров стран СНГ, профессор, член-корреспондент РАН

Соорганизаторы форума

- Национальное общество диетологов (Россия)
- Национальная ассоциация диетологов и нутрициологов (Россия)
- Федерация педиатров стран СНГ
- Российская ассоциация специалистов перинатальной медицины
- 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

Заявки на доклады принимаются до 15 октября 2015 года

E-mail: congress@nadm.ru

Тезисы

Тезисы, поданные в оргкомитет, публикуются **бесплатно**.

Тезисы должны быть высланы **не позднее 10 ноября 2015 года** через сайт www.congress-pitanie.ru (правила оформления размещены на сайте)

Из тезисов, поданных в оргкомитет до 15 октября 2015 года, научным комитетом будут выбраны материалы для включения в научную программу в форме докладов

Выставка

Выставка **Health&Nutrition** собирает на своей площадке производителей продукции для качественного питания, здоровья и красоты, 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 БАД
- лечебное, специализированное и диетическое питание
- детское питание
- здоровая кухня
- вода и напитки
- фитнес-оборудование

ВХОД НА ФОРУМ И ВЫСТАВКУ СВОБОДНЫЙ!

Регистрационный взнос

Участники форума, оплатившие регистрационный взнос, имеют право на получение именного бейджа участника и комплекта официальных материалов форума (программы, сборника тезисов, каталога выставки, медицинской и популярной литературы и др.).

Регистрационный взнос для физических лиц, оплаченный **с 1 октября до 1 декабря 2015 года**, составляет 1500 руб., в дни работы форума – 2500 руб.

Члены НОД, оплатившие членский взнос за 2015 год до 1 декабря 2015 года, освобождаются от регистрационного взноса.

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

On-line оплата с помощью банковской карты
на сайте www.congress-pitanie.ru

Дополнительная информация

Сафронова Анна Николаевна (участие в научной программе форума), e-mail: congress@nadm.ru

Макарова Татьяна Владимировна (участие коммерческих компаний в выставке и научной программе форума),

тел. +7 (495) 517-7055, тел./факс +7 (495) 660-6004, e-mail: mtv@nadm.ru

Карпинская Елена Александровна (регистрационный взнос и тезисы), тел./факс +7 (495) 660-6004, e-mail: dietology@mm-agency.ru

Соловьева Татьяна Викторовна (размещение в гостинице), тел./факс +7 (495) 660-6004, e-mail: med@mm-agency.ru

www.congress-pitanie.ru

DISCOVERYMED

ПЛАН НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ НА 2015 ГОД

Первое полугодие

4 февраля: VI научно-практическая конференция

**«Грипп и другие респираторные инфекции: профилактика, диагностика и лечение»
с симпозиумом «Бронхолегочные осложнения гриппа и ОРВИ»**

Санкт-Петербург, отель «SOKOS HOTEL OLYMPIA GARDEN», м. «Технологический институт», Батайский пер., 3А

12 февраля: VI научно-практическая конференция **«Заболевания шейки матки»**

Санкт-Петербург, ЛОКБ, конференц-зал, пр. Луначарского, 45–49, м. «Озерки»

4 марта: VI научно-практическая конференция **«Рациональная фармакотерапия
в практике терапевта» с симпозиумом «Болезни органов дыхания»**

Санкт-Петербург, СЗГМУ им. Мечникова, м. «Чернышевская», ул. Кирочная, д. 41, актовыв зал

25 марта: II научно-практическая конференция **«Традиции и достижения российской педиатрии»**

Санкт-Петербург, СЗГМУ им. Мечникова (ст. метро «Чернышевская»), ул. Кирочная, д. 41, актовыв зал

15 апреля: VII научно-практическая конференция **«Актуальные вопросы неврологии»
с симпозиумом «Заболевания пожилого возраста»**

Санкт-Петербург, СЗГМУ им. Мечникова, м. «Чернышевская», ул. Кирочная, д. 41, актовыв зал

22 апреля: II междисциплинарная научно-практическая конференция

**«Рациональная фармакотерапия инфекционных заболеваний»
с симпозиумом «Профилактика и лечение клещевого энцефалита»**

Санкт-Петербург, СЗГМУ им. Мечникова, м. «Чернышевская», ул. Кирочная, д. 41, актовыв зал

18–19 мая: VIII междисциплинарная научно-практическая конференция:

**«Урогенитальные инфекции и репродуктивное здоровье: клиничко-лабораторная диагностика
и терапия» с сателлитными симпозиумами «Заболевания шейки матки и их лечение»
и «Мужское здоровье», Всероссийская научно-практическая конференция
«Герпесвирусные инфекции. Проблемы и перспективы терапии»**

Санкт-Петербург, ПетроКонгресс, Лодейнопольская ул., д. 5, м. «Чкаловская»

Второе полугодие

16 сентября: IX научно-практическая конференция **«Грипп и другие воздушно-капельные
инфекции» с симпозиумами «Современные стандарты профилактики
и лечения гриппа и ОРВИ» и «Новости вакцинопрофилактики»**

Санкт-Петербург, отель «SOKOS HOTEL OLYMPIA GARDEN», м. «Технологический институт», Батайский пер., 3А

23–24 сентября: 5-я научно-практическая конференция

«Современные проблемы детской гастроэнтерологии. Апостоловские чтения»
Санкт-Петербург, СЗГМУ им. Мечникова, м. «Чернышевская», ул. Кирочная, д. 41, актовыв зал

30 сентября: VII научно-практическая конференция

**«Актуальные вопросы внутренних болезней (кардиология, пульмонология, гастроэнтерология,
эндокринология и др.) по материалам международных конгрессов 2015 года»**

Санкт-Петербург, СЗГМУ им. Мечникова, м. «Чернышевская», ул. Кирочная, д. 41, актовыв зал

28 октября: VI научно-практическая конференция

**«Рациональная фармакотерапия в педиатрии» с симпозиумом
«Успехи в лечении заболеваний органов дыхания у детей»**

Санкт-Петербург, СЗГМУ им. Мечникова, м. «Чернышевская», ул. Кирочная, д. 41, актовыв зал

11 ноября: III научно-практическая конференция

**«Профилактика и лечение гриппа и ОРВИ в Северо-Западном федеральном округе»
с круглым столом «Лечение хронических вирусных гепатитов»**

25 ноября: X междисциплинарная научно-практическая конференция

**«Актуальные вопросы урологии и гинекологии» (инфекции, доброкачественные
и злокачественные новообразования, мочекаменная болезнь и др.)**

Санкт-Петербург, ПетроКонгресс, Лодейнопольская ул., д. 5, м. «Чкаловская»

В РАМКАХ КОНФЕРЕНЦИЙ ПРОХОДЯТ ТЕМАТИЧЕСКИЕ ВЫСТАВКИ

(812) 274-08-62, 327-76-22

EXPO@DISCOVERYMED.RU

WWW.TERRAMEDICA.SPB.RU



ВСЕРОССИЙСКИЙ ЕЖЕГОДНЫЙ КОНГРЕСС ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА

9-10 октября 2015 г., Санкт-Петербург

отель «Park Inn by Radisson Pulkovskaya»
(пл. Победы, д. 1, метро «Московская»)

ОРГАНИЗАТОРЫ КОНГРЕССА

- Министерство здравоохранения Российской Федерации
- Отделение медицинских наук РАН
- 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

**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:
+7 (812) 380-31-53,
+7 (812) 380-31-54

22-я Международная специализированная выставка

аптека

2015



РОССИЙСКАЯ НЕДЕЛЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



7-10
ДЕКАБРЯ

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ДЕЛОВОЙ
МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ
ФОРУМ

Москва
ЦВК «Экспоцентр»
павильон № 7

16+

www.aptekaexpo.ru

Организатор:

ЕВРОЭКСПО



EUROEXPO



X НАУЧНЫЙ КОНГРЕСС

РАЦИОНАЛЬНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ

www.clinicpharm.ru

Санкт-Петербург, 8–10 октября 2015 г.

КОНГРЕСС «РАЦИОНАЛЬНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ» –

это ежегодный форум, главной целью которого является формирование клинико-фармакологического мышления у практикующих врачей различных специальностей.

ФОРМАТ МЕРОПРИЯТИЯ ВКЛЮЧАЕТ:

пленарное заседание, профильные школы, круглые столы, семинары, симпозиумы, образовательные лекции, мастер-классы от лидеров направлений.

ФОРМАТ МЕРОПРИЯТИЯ ПОЗВОЛЯЕТ:

- повысить уровень профессиональной подготовки;
- усовершенствовать знания по вопросам фармакотерапии различных заболеваний;
- освоить новейшую информацию о лекарственных средствах и схемах их применения;
- ознакомиться с современными тенденциями развития мировой клинической медицины;
- получить необходимые знания по вопросам социальных, экономических, юридических и этических норм деятельности врача.

Организаторы:



Комитет по
здравоохранению
Санкт-Петербурга



АССОЦИАЦИЯ
КЛИНИЧЕСКИХ
ФАРМАКОЛОГОВ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Профессиональная
медицинская Ассоциация
клинических фармакологов
Санкт-Петербурга

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