

ЭФФЕКТИВНАЯ

ФАРМАКО

ТЕРАПИЯ

педиатрия №2, 2017



№

23

Преимущества
современных
фитопрепаратов

12

Вакцинация
как способ борьбы
с ротавирусной
инфекцией

24

Возрастные
особенности
ингаляционной
терапии

30



umedp.ru

Свежие выпуски
и архив журнала



УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!
24-26 октября 2017 года состоится

XVI РОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС

«ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ»



Это одно из важнейших событий года в жизни педиатрической общественности страны. Конгресс вносит достойный вклад в решение проблемы повышения квалификации детских врачей и других специалистов, работающих в области охраны здоровья детей.

Научно-практические симпозиумы, семинары, школы, круглые столы и дискуссии будут посвящены актуальным проблемам и новейшим достижениям в диагностике и лечении в различных разделах педиатрии: аллергологии и иммунологии, гастроэнтерологии, гематологии, вакцинопрофилактике, эндокринологии, кардиологии, генетических заболеваниях, неврологии, нефрологии, неонатологии, нутрициологии, пульмонологии, экзопатологии.

Научная программа будет содержать результаты последних научных достижений в диагностике, лечении и профилактике наиболее распространенных болезней детского возраста.

В рамках конгресса будут проведены мероприятия для молодых ученых: конференция «Таболинские чтения» и конкурс молодых ученых по специальностям «педиатрия» и «стоматология» с вручением дипломов.

На конгрессе будет работать тематическая выставка, в которой примут участие ведущие российские и зарубежные компании, действующие на фармацевтическом рынке в области медицинской техники и детского питания, будут представлены новые лекарственные препараты, биологически активные добавки, современные нутрициологические средства, новейшее лабораторное, диагностическое и лечебное оборудование.

Российский конгресс «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии» участвует в программе непрерывного медицинского образования. Для достижения образовательных целей программа сбалансирована по времени и содержит мультимедийные презентации, интерактивные лекции, дискуссии, круглые столы, сессии «вопрос – ответ» и клинические разборы. По завершении проводится тестирование, по результатам которого будут выдаваться сертификаты НМО.

Организаторы конгресса:

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ
РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им. Н.И. Пирогова
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ПЕДИАТРИИ им. академика Ю.Е. ВЕЛЬТИЩЕВА
РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКИХ ЦЕНТРОВ
АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ КАРДИОЛОГОВ РОССИИ
ТВОРЧЕСКОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ ДЕТСКИХ НЕФРОЛОГОВ
НАЦИОНАЛЬНАЯ ПЕДИАТРИЧЕСКАЯ АКАДЕМИЯ НАУКИ И ИННОВАЦИЙ
НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ ДИЕТОЛОГОВ И НУТРИЦИОЛОГОВ
ОБЩЕСТВО ДЕТСКИХ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОВ
СОЮЗ ДЕТСКИХ АЛЛЕРГОЛОГОВ
РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ЛОР-ПЕДИАТРОВ
РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ПИТАНИЯ РАМН

Реклама

2017
Москва, 24-26 октября

СЕКРЕТАРИАТ ОРГКОМИТЕТА:

125412, г. Москва, ул. Талдомская, д. 2,
Научно-исследовательский клинический институт педиатрии
Оргкомитет XVI Российского конгресса
«Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии»
Тел. +7 (926) 525-16-82, e-mail: congress@pedklin.ru, www.congress2017.pedklin.ru

Эффективная
фармакотерапия. 23/2017.
Педиатрия. № 2

ISSN 2307-3586

Главный редактор

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

Ответственный секретарь

докт. мед. наук И.С. БАЗИН

Редакционная коллегия

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

докт. мед. наук, проф. В.А. ГОРБУНОВА

докт. мед. наук, проф. В.В. ЗАХАРОВ

докт. мед. наук, проф. И.Н. ЗАХАРОВА

докт. мед. наук И.А. ЛОСКУТОВ

докт. мед. наук, проф. Л.В. ЛУСС

докт. мед. наук, проф. О.Н. МИНУШКИН

докт. мед. наук, проф. А.М. МКРТУМЯН

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

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

докт. мед. наук, проф. А.И. СИНОПАЛЬНИКОВ

докт. мед. наук В.Р. ХАЙРУТДИНОВ

докт. мед. наук, проф. Д.Ф. ХРИТИНИН

докт. мед. наук, проф. Е.И. ШМЕЛЕВ

Научный редактор направления

«Педиатрия»

докт. мед. наук, проф. И.Н. ЗАХАРОВА

Редакционный совет направления

«Педиатрия»

М.Р. БОГОМИЛЬСКИЙ, Н.А. ГЕППЕ,

О.В. ЗАЙЦЕВА, Е.П. КАРПОВА,

И.Я. КОНЬ, А.Г. РУМЯНЦЕВ

© Агентство медицинской информации «Медфорум»

127422, Москва, ул. Тимирязевская,

д. 1, стр. 3. Тел. (495) 234-07-34

Генеральный директор

А. СЕНИЧКИН

Руководитель проекта

«Педиатрия»

В. ЛОПАТКИНА

(v.lopatkina@medforum-agency.ru)

Шеф-редактор Т. ЧЕМЕРИС

Журналисты А. ГОРЧАКОВА, С. ЕВСТАФЬЕВА

Корректор Е. САМОЙЛОВА

Дизайнер Т. АФОНЬКИН

Фотосъемка И. ЛУКЬЯНЕНКО

Тираж 17 500 экз.

Выходит 6 раз в год

Свидетельство о регистрации СМИ

ПИ № ФС77-23066 от 27.09.2005

Подписной индекс

по каталогу «Роспечать» (НТИ) 57946

Бесплатная подписка на электронную версию журнала

на сайте www.umedp.ru

Редакция не несет ответственности за содержание

рекламных материалов.

Любое воспроизведение материалов и их фрагментов

возможно только с письменного разрешения

редакции журнала. Мнение редакции может

не совпадать с мнением авторов

Авторы, присылающие статьи для публикации, должны

быть ознакомлены с инструкциями для авторов

и публичным авторским договором. Информация

размещена на сайте www.umedp.ru

Журнал «Эффективная фармакотерапия» включен

в перечень рецензируемых научных изданий ВАК

и индексируется в системе РИНЦ

Содержание

Люди. События. Даты

Здоровый образ жизни должен начинаться со школьной скамьи 4

Обзор

М.С. САВЕНКОВА, Л.В. ВАШУРА
Герпес 6-го типа: эпидемиология, диагностика, клинические варианты течения 6

Медицинский форум

Рациональное использование антимикробной терапии в педиатрии.
Старые проблемы, новые решения 12

Актуальные возможности вакцинопрофилактики ротавирусной инфекции 24

Терапия респираторных обструктивных заболеваний у детей:
стандарты и реальность 30

Effective Pharmacotherapy. 2017.
Issue 23. Pediatrics. Issue 2

ISSN 2307-3586

Editor-in-Chief

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

Executive Editor

I.S. BAZIN, MD, DMSci

Editorial Board

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

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

V.R. KHAYRUTDINOV, MD, DMSci

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

I.A. LOSKUTOV, MD, DMSci

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

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

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

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

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

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

A.I. SINOPALNIKOV, 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. Dates

Healthy Lifestyle Should Start at School 4

Review

M.S. SAVENKOVA, L.V. VASHURA
Herpes of the 6th Type: Epidemiology, Diagnosis, Clinical Variants of the Disease 6

Medical Forum

Antimicrobial Therapy Rational Use in Pediatrics. Old Problems, New Solutions 12

Current Opportunities for Vaccinal Prevention of Rotaviral Enteritis 24

Therapy of Obstructive Respiratory Diseases in Children: Standards and Reality 30



Балтийский медицинский форум

27–28
сентября
2017

Приглашаем вас принять участие в IV межрегиональном Всероссийском конгрессе «Балтийский медицинский форум 2017»

27-28 сентября 2017 года, Санкт-Петербург, «Парк Инн Пулковская»

Целевая аудитория конгресса – врачи различных терапевтических специальностей, клинические фармакологи Санкт-Петербурга и регионов России. Количество участников конгресса – более 1000 специалистов здравоохранения.

Тематика конгресса посвящена актуальным проблемам кардиологии, пульмонологии, гастроэнтерологии, эндокринологии, ревматологии, нефрологии, а также клинической фармакологии, реабилитологии и коморбидности в клинике внутренних болезней. Наряду с этим будут освещены вопросы организации медицинской помощи населению, оценки качества медицинской помощи и преемственности в лечении пациентов терапевтического профиля в амбулаторно-поликлиническом звене и стационарах ЛПУ. Подробную тематику конгресса вы можете найти на сайте www.baltmedforum.ru.

Конгресс будет подан на аккредитацию в системе НМО с начислением 12 образовательных кредитов за два дня работы конгресса по ряду специальностей: основной – "терапия", дополнительным – "семейная медицина", "кардиология", "пульмонология", "гастроэнтерология", "эндокринология", "ревматология".

Зарегистрироваться и получить индивидуальный QR-код можно в разделе "Личный кабинет":
<http://baltmedforum.ru/login.html>.

Организатор и технический оператор конгресса – АНО ИКМЦ «МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ И ТЕХНОЛОГИИ».

Тезисы к публикации принимаются не позднее 25 августа по адресу:
evgeniy.trofimov@szgmu.ru.


АНО «МЕДИЦИНСКИЕ
НАУКИ
И ТЕХНОЛОГИИ»

baltmedforum.ru



Здоровый образ жизни должен начинаться со школьной скамьи



«Пuls жизни» – всероссийская социально-образовательная программа, целью которой является развитие профилактической медицины и повышение уровня знаний населения о рисках, связанных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Проект стартовал по инициативе международного химико-фармацевтического концерна «Байер» при поддержке ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России и Российского общества профилактики неинфекционных заболеваний. В рамках программы «Пuls жизни» был проведен онлайн-опрос «Как вернуть моду на спорт и здоровое питание среди школьников». Его результаты прозвучали на пресс-конференции 27 июня 2017 г.

Внимание к теме вызвано тревожной статистикой: из-за пассивного образа жизни и неправильного питания примерно четверо из пяти детей выходят из школы с проблемами здоровья различной тяжести. О важности первичной профилактики свидетельствует и тот факт, что в 16 лет 60% юношей и 40% девушек имеют факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний¹, являющихся основной причиной смертности в России и мире². Безусловный фактор

риска многих заболеваний – избыточная масса тела³. Опрос среди родителей школьников включал вопросы о питании детей, физической нагрузке, осведомленности о здоровом образе жизни. Как показали результаты, лишь у 39% детей показатели роста и веса соответствуют возрастным нормам. 31% школьников страдают от лишнего веса, 30% – от его недостатка. У 21% за время обучения в школе появились хронические заболевания. 28% детей более трех раз за

год пропускали занятия в школе из-за болезни. 60% родителей считают, что у их детей вполне здоровые рацион и режим питания. При этом завтракают дома каждый день 62% детей, 25% едят утром каши и почти столько же – бутерброды. Ровно половина питается в школьной столовой, получая полный обед, а 35% детей остаются без горячего питания. Вызывает беспокойство и то, что более 35% употребляют овощи и фрукты всего два-три раза

¹ Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в детском и подростковом возрасте. Российские рекомендации // www.gnicpm.ru/UserFiles/Rekomendaci_prof_deti_1RKJ_6_2012.pdf.

² 10 ведущих причин смерти в мире. Информационный бюллетень // www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/ru/

³ Рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в детском и подростковом возрасте // www.scardio.ru/content/images/recommendation/rekomendacii_po_profilaktike_ss_z_v_detskom_i_podrostkovom_vozraste_2012.pdf.



Здравоохранение сегодня

в неделю или еще реже. В то же время фаст-фуд несколько раз в неделю или даже несколько раз в день употребляет почти четверть детей. Любимые напитки более чем у трети детей – сладкие газированные, бутилированные и пакетированные. Только 26% выбирают простую или минеральную воду.

Физическая активность в школе на ожидаемом уровне: 16% детей не посещают уроки физкультуры, большинство по состоянию здоровья. Однако для 40% это единственная регулярная физическая нагрузка. Более чем у 40% детей физическая нагрузка в свободное время отсутствует. Почти половина родителей рассказывают своим детям о пользе здорового образа жизни, и 21% семей воспитывают детей на личном примере, придерживаясь здорового питания и физической активности. Небольшой процент родителей признались, что их дети не испытывают потребности в информации о здоровом образе жизни.

Эксперты – инициаторы социально-образовательной программы «Пульс жизни» убеждены, что изменить отношение к здоровому образу жизни среди школьников можно, но необходимо принимать во внимание их физические и психологические особенности.

По мнению Оксаны Михайловны ДРАПКИНОЙ, члена-корреспондента РАН, профессора, д.м.н., первого заместителя директора по научной и лечебной работе ФГБУ «ГНИЦ профилактической медицины», главного

специалиста-терапевта Минздрава России, при выборе профилактических мероприятий следует учитывать возможные факторы риска и реальные потребности активно растущего организма. Клинически доказано, что сбалансированное питание, поддержание индекса массы тела в рамках возрастной нормы в сочетании с адекватной физической нагрузкой благоприятно влияют на снижение распространенности факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Следовательно, привычку здорового образа жизни необходимо формировать с детства. Создание отдельной программы по популяризации здорового образа жизни среди детей поможет снизить распространенность хронических неинфекционных заболеваний, прежде всего сердечно-сосудистых.

Елена Вячеславовна ПАВЛОВСКАЯ, к.м.н., старший научный сотрудник ФГБУ «ФИЦ питания и биотехнологии», считает, что лишний вес у ребенка должен стать поводом для беспокойства родителей. Критическими периодами для дебюта ожирения являются первый год жизни, возраст пять-шесть лет и период полового созревания. Ребенок с лишним весом имеет очень высокий риск через 10–15 лет столкнуться с гипертонией и диабетом. Особенно опасен избыток веса для мальчиков. Поэтому нужно регулярно взвешивать детей и обсуждать их вес с педиатром.

Вырабатывая подходы к решению проблемы, необходимо учитывать психологические за-

NB

Что мешает российским школьникам расти здоровыми

- ✓ Более 35% употребляют овощи и фрукты всего два-три раза в неделю или еще реже
- ✓ Почти четверть (24%) детей употребляет фаст-фуд несколько раз в неделю или даже несколько раз в день
- ✓ Для 40% детей уроки физкультуры – единственная регулярная физическая нагрузка
- ✓ Только у 39% детей соотношение роста и веса соответствует возрастным нормам

кономерности процесса формирования ответственного отношения к собственному здоровью. «Воспитывать у детей правильное отношение к собственному здоровью и здоровому образу жизни необходимо с самого раннего возраста на основе четких принципов, главными из которых являются последовательность, регулярность и долговременность воздействия. И в эту работу должны быть вовлечены родители, учителя, медицинские работники, представители досуговых и спортивных кружков и секций – все те, кто так или иначе оказывает влияние на формирование поведения ребенка, демонстрируя позитивные модели и обучая практическим навыкам бережного отношения к своему здоровью», – уверена Марина Борисовна КОТОВА, к.м.н., ведущий научный сотрудник ФГБУ «ГНИЦ профилактической медицины».

По словам Светланы Вадимовны МЕЛЕШКО, руководителя группы коммуникаций компании Bayer, проведенный опрос – часть большой программы, направленной на сохранение здоровья населения России, в том числе подрастающего поколения.

Источник:
пресс-релиз компании Bayer

«Создание отдельной программы по популяризации здорового образа жизни среди детей поможет снизить распространенность хронических неинфекционных заболеваний, прежде всего сердечно-сосудистых»

Герпес 6-го типа: эпидемиология, диагностика, клинические варианты течения

М.С. Савенкова, Л.В. Вашура

Адрес для переписки: Марина Сергеевна Савенкова, mpsavenkov@mail.ru

Представлен обзор литературы, посвященной вопросу изучения герпеса 6-го типа. Приведены эпидемиологические данные и характеристики структуры вируса. Особое внимание уделено диагностике вируса герпеса 6-го типа, его клиническим формам и проявлениям.

Ключевые слова: герпесвирусные инфекции, вирус герпеса человека 6-го типа, цитомегаловирус, иммуноферментный анализ

Как известно, герпесвирусные инфекции являются причиной развития многих соматических и онкологических заболеваний, занимают ведущее место среди причин смертности, преждевременных родов, младенческой смертности, заболеваемости новорожденных, способствуют ранней инвалидизации детей [1]. Это обусловлено повсеместным распространением герпесвирусов, наличием разных форм (острых, хронических, латентных), многообразием вызываемых ими заболеваний. Герпесвирусы (*Herpesviridae*) – большое семейство ДНК-содержащих вирусов, вызывающих разнообразные болезни не только у человека, но и других млекопитающих. Одним из восьми представителей семейства герпесвирусов является вирус герпеса человека 6-го типа (ВГЧ-6).

Согласно международной классификации, ВГЧ-6 – ДНК-вирус подсемейства *Betaherpesvirinae* рода *Roseolovirus*, имеет два серологических подтипа – 6А и 6В [2]. ВГЧ-6, сравнительно недавно внесенный в перечень известных человеческих патогенов, претендует на роль этиологического агента таких заболеваний, как рассеянный склероз, энцефалит, лихорадка у детей с судорожным синдромом, инфекционный мононуклеоз, «внезапная экзантема». Имеются данные о том, что ВГЧ-6 является кофактором СПИДа, некоторых форм карцином шейки матки и назофарингеальных карцином [3]. Ученые изучали роль ВГЧ-6 как этиологического агента возникновения фебрильных судорог у детей. Установлено, что на долю судорог, обусловленных ВГЧ-6, приходится 20–40% [4–6].

История открытия ВГЧ-6

ВГЧ-6 впервые был обнаружен в 1986 г. у взрослых больных, страдавших лимфоретикулярными заболеваниями и зараженных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) [7]. Через два года тот же вирус был изолирован из крови четырех младенцев с врожденной розеолой [7]. Несмотря на то что «новый» вирус был изначально выявлен в В-лимфоцитах иммунокомпрометированных взрослых больных, впоследствии выяснилось, что он имеет первоначальное сродство к Т-лимфоцитам, и его оригинальное название «человеческий В-лимфотропный вирус» было изменено на ВГЧ-6 [7, 8].

Эпидемиология

Первые клинико-эпидемиологические исследования были проведены в 1986 г. в штате Невада (США). Заболевание сопровождалось гриппоподобной симптоматикой: лихорадкой, ночным потоотделением, увеличением размеров лимфатических узлов, рядом психологических симптомов (усталость, депрессия). Заболевание получило название синдрома хронической усталости. При этом у 75% больных выявлялись антитела к ВГЧ-6. Год спустя первый больной с клинически



сходным заболеванием и антителами к ВГЧ-6 в крови был зарегистрирован в Германии. В дальнейшем эту инфекцию обнаружили в Европе (Англия, Швеция) и Африке. При этом разные исследователи сообщали о выделении ВГЧ-6 из клеток крови не только от лиц с различными лимфопролиферативными, гематологическими заболеваниями, инфицированных человеческим В-лимфотропным вирусом – 1, ВИЧ-1 и ВИЧ-2, больных СПИДом, но и от здоровых взрослых. Серологические исследования показали повсеместность случаев инфекции, вызванной ВГЧ-6: она была обнаружена во всех странах, где проводились исследования.

Инфицирование обычно происходит на первом или втором году жизни. Соответственно около 95% взрослых имеют антитела к ВГЧ-6 [8]. В США и Японии приобретенная ВГЧ-6-инфекция встречается преимущественно у младенцев 6–18 месяцев жизни. Почти все дети инфицируются в возрасте до трех лет и сохраняют иммунитет на всю жизнь. Примечательно, что эта инфекция, приобретенная в детском возрасте, приводит к высокой частоте серопозитивности у взрослых [7, 8]. По данным российских авторов, у 80% здоровых доноров, 65% ВИЧ-инфицированных и 73% онкологических больных выявляются антитела к ВГЧ-6. Большинство детей при рождении серопозитивны за счет материнских антител, титр которых снижается к пяти месяцам [3]. Однако к концу первого года жизни процент серопозитивных малышей оказывается таким же, как среди детей более старшего возраста и взрослых. Высокая частота выявления антител и ранний возраст инфицирования указывают на присутствие вируса в ближайшем окружении [2].

Структура вируса

От остальных герпесвирусов ВГЧ-6 отличается биологическими и иммунологическими свойствами, спектром чувствительных клеток, антигенной структурой, составом генома, количеством

и молекулярной массой структурных вирусных белков. Диаметр вириона равен 160–200 нм, тип симметрии икосаэдрический, содержит 162 капсомера, имеет суперкапсидную липидосодержащую оболочку. Геном представлен двунитчатой ДНК. Рестрикционный анализ ДНК ВГЧ-6 показал варибельность генома различных изолятов вируса. При сравнении первичной структуры геномов определенное сходство прослеживается скорее между ВГЧ-6 и цитомегаловирусом (ЦМВ), чем между ВГЧ-6 и другими герпесвирусами [9]. Очевидно, именно данной степени гомологии объясняется наибольшая способность к сосуществованию ВГЧ-6 и ЦМВ [9].

Исследования изолятов ВГЧ-6 от людей с различной патологией показали принадлежность к двум вариантам – А или В (ВГЧ-6А и ВГЧ-6В). Варианты различаются клеточным тропизмом *in vitro*, рестрикционным эндонуклеазным профилем, нуклеотидной последовательностью, реактивностью с моноклональными антителами, сероэпидемиологией и причастностью к различным заболеваниям. Инфекция, индуцированная ВГЧ-6А, наблюдается реже. Роль данного варианта вируса в патологии человека недостаточна ясна. Предположительно штаммы ВГЧ-6А нейровирулентны, тогда как ВГЧ-6В является основным этиопатогеном внезапной экзантемы и чаще выделяется у пациентов с лимфопролиферативными и иммуносупрессивными заболеваниями [10].

Вирус ВГЧ-6 селективно тропен к CD4+Т-клеткам, но способен поражать Т-клетки с детерминантами CD3+, CD5+, CD7+, CD8-. Вирус реплицируется во многих клеточных первичных и перевиваемых культурах различного происхождения: лимфоцитах Т-ряда, моноцитарно-макрофагальных, мегакариоцитах, глиальных клетках, клетках тимуса, свежeweделенных лимфоцитах человека. Ростовый цикл вируса – четыре-пять дней. В условиях *in vitro* инфицированные ВГЧ-6 клетки на пятый день образовывали синцитии с ядерными и цитоплаз-

матическими включениями, отмечались баллонообразные крупные клетки, репродукция вируса сопровождалась деструкцией и лизисом клеток. На пятый – десятый день почти 90% всех клеток были поражены вирусом [3].

Выделение ВГЧ-6, определение вирусных белков и ДНК в образцах слюны и мокроты указывают на то, что вирус находится в организме человека в слюнных железах. Эксперименты *in vitro* показали, что ВГЧ-6 в латентной фазе сохраняется в моноцитах/макрофагах. В естественных условиях основным путем передачи вируса является воздушно-капельный. Не исключен вертикальный путь заражения: антигены вируса обнаружены в абортном материале при спонтанных абортах. Возможны половой путь передачи вируса и перинатальная инфекция. Длительная репродукция при острой инфекции и персистенция ВГЧ-6 в клетках крови внешне здоровых людей, включая доноров, являются серьезными факторами риска передачи вируса при переливании крови и ее компонентов, трансплантации органов и тканей [3]. Результаты экспериментальных исследований свидетельствуют о том, что ВГЧ-6 латентно инфицирует моноциты и макрофаги разных тканей, а также стволовые клетки костного мозга, из которых впоследствии происходит его реактивация [7, 8].

Иммунитет

У новорожденных при наличии материнских антител может существовать относительная защита против ВГЧ-6. Первичная инфекция отличается виремией, которая стимулирует продукцию нейтрализующих антител, что приводит к прекращению виремии [11, 12]. Специфические антитела IgM появляются в течение первых пяти дней от начала клинических симптомов, в последующие один-два месяца снижаются и в дальнейшем не определяются. Специфические IgM могут присутствовать при реактивации инфекции в небольшом количестве у здоровых людей. Уровень специфических IgG повы-

недидиатрия

шается в течение второй-третьей недели, при этом возрастает их avidность. IgG к ВГЧ-6 персистируют всю жизнь, но в более низких количествах, чем в раннем детстве. Уровни антител могут колебаться после перенесенной первичной инфекции, скорее всего из-за реактивации латентного вируса. Значительное возрастание уровня антител наблюдается в случае заражения другими вирусами с похожими ДНК, например ВГЧ-7 и ЦМВ [7, 13, 14]. Исследователи отмечают, что у детей в течение нескольких лет после первичной инфекции титр IgG к ВГЧ-6 может четырехкратно увеличиваться, иногда вследствие острого заражения другим агентом. В этом случае не стоит исключать возможную реактивацию латентного ВГЧ-6 [7, 8].

Клеточный иммунитет важен в контроле первичной инфекции ВГЧ-6 и впоследствии в поддержании латентного состояния. Реактивация ВГЧ-6 у иммунологически скомпрометированных больных подтверждает значимость клеточного иммунитета. Острая стадия первичной инфекции связана с увеличенной клеточной активностью естественных киллеров, возможно через интерлейкина (ИЛ) 15 и индукцию интерферона (ИФН) альфа. Согласно результатам исследования ВГЧ-6 в условиях *in vitro*, репликация вируса снижается под влиянием экзогенного ИФН. Установлено, что ВГЧ-6 индуцирует ИЛ-1-бета и фактор некроза опухоли альфа. Это говорит о том, что ВГЧ-6 способен модулировать иммунный ответ при первичной инфекции и реактивации посредством стимуляции продукции цитокинов [8].

После первичной инфекции сохраняется персистенция вируса в латентном состоянии или в виде хронической инфекции с продукцией вируса. Компоненты иммунного ответа, имеющего значение в контроле хронической инфекции, неизвестны. Реактивация латентного вируса наблюдается у иммунологически скомпрометированных больных, но иногда и у иммунокомпетентных людей

по неизвестным причинам. ВГЧ-6 ДНК часто обнаруживается после первичной инфекции в моноядерных клетках периферической крови и секретах здоровых людей, но главное местоположение латентной инфекции ВГЧ-6 неизвестно.

Диагностика

Лабораторный диагноз первичной инфекции ВГЧ-6 в настоящий момент устанавливается с помощью современного лабораторного оборудования. Трудности в диагностике связаны с персистирующей и латентной формами инфекции. ВГЧ-6 ДНК может обнаруживаться в лимфоцитах периферической крови или других тканях методом гибридизации. Саузерн-блот-гибридизация менее чувствительна, чем полимеразная цепная реакция (ПЦР). Однако обнаружение ВГЧ-6 ДНК в этих тканях не всегда указывает на первичную инфекцию, чаще это проявление персистирующей инфекции, которая возникла после первичной инфекции и не сопровождается вирусемией [8, 14]. Обнаружение ВГЧ-6 ДНК в плазме и определение высокого титра вируса – более чувствительный метод для диагностики первичной инфекции (около 90%), но это может свидетельствовать и о реактивации инфекции. ПЦР с обратной транскриптазой позволяет надежно дифференцировать латентную инфекцию ВГЧ-6 и реактивацию инфекции [7, 8]. Существует ряд серологических методов определения ВГЧ-6-инфекции: иммунофлуоресцентный, иммуноферментный анализ (ИФА), иммуноблот, иммунопреципитация. ИФА используются чаще, однако серологический диагноз имеет ряд недостатков и редко помогает в диагностике клинической манифестации. Определение титра специфических IgM используют для диагностики острой инфекции или реактивации. Между тем не у всех детей с первичной инфекцией отмечается продукция антител IgM, а приблизительно у 5% здоровых взрослых обнаруживаются антитела IgM к ВГЧ-6 [8]. В связи с тем что практически у всех

взрослых выявляют IgG к ВГЧ-6, обнаружение специфических антител в одном образце незначимо. К тому же повышение их титра не свидетельствует о новой инфекции или реактивации. Возможно также выявление перекрестно реагирующих антител к другим ДНК-вирусам, особенно ВГЧ-7 [8]. Доступные в настоящий момент серологические тест-системы не позволяют дифференцировать варианты А и В ВГЧ-6. У детей диагноз первичной инфекции, вызванной ВГЧ-6, требует обнаружения вирусемии (изоляция ВГЧ-6 в моноядерных клетках периферической крови) и существенного нарастания серологических тестов. ВГЧ-6-вирусемия наблюдается относительно редко у здоровых детей по сравнению с детьми с первичной инфекцией. Изоляция ВГЧ-6 требует культивации со стимулированными клетками крови пуповины и последующей идентификации на оборудовании, доступном только исследовательским лабораториям [8]. Реинфекция ВГЧ-6 наблюдается у больных с нарушенным иммунным статусом, иммуносупрессией (трансплантация органов, СПИД и др.) [3].

Клиническая симптоматика

Клинически герпес 6-го типа проявляется полиморфизмом и может скрываться под различными масками. Это обусловлено не только формой инфекции, но и штаммовыми различиями вируса [3]. Так, к заболеваниям, ассоциированным с первичной острой ВГЧ-6-инфекцией, относятся:

- синдром хронической усталости (миалгический энцефаломиелит) (значение ВГЧ-6 в возникновении данного синдрома обсуждается различными авторами, но доказательства, подтверждающие эту гипотезу, неоднозначны);
- внезапная экзантема у новорожденных и более старших детей;
- судороги с фебрильной провокацией;
- инфекционный мононуклеоз у подростков и взрослых, не свя-



занный с инфекцией, вызванной вирусом Эпштейна – Барр;

- гистиоцитарный некротический лимфаденит, некоторые заболевания центральной нервной системы (ЦНС), в частности энцефалит, ассоциированный с ВГЧ-6, и др. [15].

Выделяют также заболевания, ассоциированные с персистирующей ВГЧ-6-инфекцией:

- лимфопролиферативные (иммунодефицит, лимфаденопатия, поликлональная лимфопролиферация);
- злокачественные лимфомы (неходжкинская лимфома, периферическая Т-клеточная лейкомия, В-клеточная лимфома, дерматопатическая лимфаденопатия, болезнь Ходжкина, синусоидальная В-клеточная лимфома, плеоморфная Т-клеточная лимфома).

Внезапная экзантема – самая характерная манифестация первичной инфекции ВГЧ-6 и, по мнению большинства исследователей, главное проявление первичной ВГЧ-6-инфекции. Типичное течение внезапной экзантемы характеризуется начальными проявлениями в виде высокой лихорадки, интоксикационного синдрома, лимфаденопатии с увеличением шейных и затылочных лимфоузлов, небольшой инъекцией в зеве, иногда энантемой в виде мелкой макулопапулезной сыпи на мягком небе и языке (пятна Nagayama's), гиперемией и отеком конъюнктивы век. Барабанные перепонки часто гиперемированы, отчасти из-за лихорадки и легкого катарального отита [15]. Экзантема появляется при снижении температуры. Иногда сыпь наблюдается перед снижением лихорадки или после отсутствия у ребенка температуры в течение дня. Высыпания розеолезного, макулезного или макулопапулезного характера розовой окраски до 2–3 мм в диаметре бледнеют при надавливании, редко сливаются, не сопровождаются зудом. Высыпания обычно сразу появляются на туловище с последующим распространением на шею, лицо, верхние и нижние

конечности. В некоторых случаях они располагаются преимущественно на туловище, шее и лице. Продолжительность высыпаний – от нескольких часов до 1–3 дней, исчезают бесследно. Иногда отмечается экзантема в виде эритемы. Основной причиной поражения ЦНС в 20–27% случаев является ЦМВ, в 10–15% – вирус Эпштейна – Барр, в 15–20% – вирус простого герпеса [16–20]. Как известно, герпетические поражения ЦНС протекают особенно тяжело. Болезни, обусловленные вирусом простого герпеса, занимают второе место после гриппа как причина смерти от вирусных инфекций. Подавляющее большинство спорадических случаев острых вирусных энцефалитов, особенно у детей, имеет герпетическую этиологию [20].

Неврологическими осложнениями ВГЧ-6, кроме фебрильных судорог, являются нейроинфекции (менингит, энцефалит). Не исключено развитие эпилепсии [6], но данная тема полностью не изучена. Причиной фебрильных судорог может быть как прямое повреждающее воздействие на ЦНС, так и опосредованное за счет активации ИЛ-8 в ликворе [6]. Вместе с тем в проведенных исследованиях по выявлению ВГЧ-6 в спинномозговой жидкости у детей определение ДНК этих вирусов в ликворе было очень низким или количество ВГЧ-6 крайне малым [6].

Некоторые ученые называют ВГЧ-6 причиной развития рассеянного склероза, синдрома полиорганной недостаточности, розового лишая, гепатита, вирусного гемофагоцитоза, идиопатической тромбоцитопенической пурпуры, синдрома чрезмерной чувствительности к лекарственным препаратам, особенно антибактериальным. Однако подобные утверждения носят спорный характер и требуют дальнейшего всестороннего изучения.

Е.И. Веселова и соавт. изучали у 102 детей раннего возраста (от 1,5 месяца жизни до двух лет десяти месяцев) клинические особенности течения острых инфекций, ассоциированных с герпесом

6-го типа. Был сделан вывод о полиморфизме клинических проявлений. Основными клиническими вариантами течения были острые респираторные вирусные инфекции с гипертермией, внезапная экзантема, поражение слизистой полости рта, нижних дыхательных путей, ЦНС, кожи [21].

Представляют интерес результаты обследования плодов и новорожденных с экстремально низкой массой тела на вирусы герпеса и краснухи как причины летальных исходов. Исследовались мазки-отпечатки органов 109 погибших плодов и новорожденных с помощью реакции непрямой иммунофлуоресценции на герпетические вирусы и вирус краснухи. Установлено, что среди всех исследуемых вирусов ВГЧ-6 занимает далеко не последнее место (41,6%) [22].

Заключение

В настоящее время инфекция, обусловленная вирусом герпеса 6-го типа, в нашей стране особенно актуальна. Последние годы отечественные и зарубежные специалисты активно изучали строение вируса, методы диагностики инфекции, ее комбинации с другими герпесвирусами, особенности клинических форм и вариантов течения. Установлено, что при распространении инфекции ведущая роль принадлежит ближайшему окружению. Выявлено наиболее частое сочетание ВГЧ-6 с ЦМВ. Актуальной является диагностика данной инфекции с преобладанием методик, основанных на выявлении ДНК ВГЧ-6 в плазме и других средах организма. В перспективе – разработка и других методов диагностики (ИФА, энзимные методы и др.). Однако обязательным остается динамическое обследование, поскольку результаты однократно взятого анализа не всегда объективны. Последние годы активно разрабатываются методы противовирусного лечения заболеваний, вызванных данной инфекцией, в частности с применением иммуномодулирующих препаратов. Тем не менее четких позиций по данному вопросу пока не выработано. *

недиагностируемая

Литература

1. Суханова Л.П., Скляр М.С. Детская и перинатальная смертность в России: тенденции, структура, факторы риска // Социальные аспекты здоровья населения. 2008. № 1 // vestnik.mednet.ru.
2. Каражас Н.В., Малышев Н.А., Рыбалкина Т.Н. и др. Герпетические инфекции. Эпидемиология, клиника, диагностика, лечение и профилактика. Методические рекомендации. М., 2007.
3. Кускова Т.К., Белова Е.Г. Семейство герпесвирусов на современном этапе // Лечащий врач. 2004. № 5. С. 611.
4. Murakami K. A study of the relationship between initial febrile seizures and human herpes virus 6, 7 infections // No To Hattatsu. 2004. Vol. 36. № 3. P. 248–252.
5. Ward K.N., Andrews N.J., Verity C.M. et al. Human herpesviruses-6 and -7 each cause significant neurological morbidity in Britain and Ireland // Arch. Dis. Child. 2005. Vol. 90. № 6. P. 619–623.
6. Никольский М.А., Радыш М.В. Роль вирусов герпеса человека 6 и 7-го типов в возникновении фебрильных судорог у детей // Вопросы диагностики в педиатрии. 2012. Т. 4. № 4. С. 46–48.
7. Caserta M.T., McDermott M.P., Dewhurst S. et al. Human herpesvirus 6 (HHV6) DNA persistence and reactivation in healthy children // J. Pediatr. 2004. Vol. 145. № 4. P. 478–484.
8. Long S.S., Pickering L.K., Prober C.G. Principles and practice of pediatric infectious diseases. Churchill Livingstone Inc., 1997. P. 1821.
9. Калугина М.Ю., Каражас Н.В., Рыбалкина Т.Н. и др. Актуальность диагностики инфекции, вызванной вирусом герпеса человека 6-го типа // Детские инфекции. 2012. Т. 11. № 1. С. 60–63.
10. Мелехина Е.В., Чугунова О.Л., Каражас Н.В. Клинические формы инфекции, вызванной вирусом герпеса человека 6 типа, у детей старше одного года // Педиатрия и детская хирургия. Сборник тезисов. 2012.
11. Борисов Л.Б. Медицинская микробиология, вирусология, иммунология. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2001.
12. Исаков В.А., Сельков С.А., Мошетова Л.К., Чернакова Г.М. Современная терапия герпесвирусных инфекций. Руководство для врачей. СПб., 2004.
13. Pereira C.M., Gasparetto P.F., Corrêa M.E. et al. Human herpesvirus 6 in oral fluids from healthy individuals // Arch. Oral Biol. 2004. Vol. 49. № 12. P. 1043–1046.
14. Ashshi A.M., Klapper P.E., Cooper R.J. Detection of human cytomegalovirus, human herpesvirus type 6 and human herpesvirus type 7 in urine specimens by multiplex PCR // J. Infect. 2003. Vol. 47. № 1. P. 59–64.
15. Исаков В.А., Борисова В.В., Исаков Д.В. Герпес: патогенез и лабораторная диагностика: Руководство для врачей. СПб.: Лань, 1999.
16. Лобзин Ю.В., Пилипенко В.В., Одинак М.М. и др. Герпетический (HSV I/II) энцефалит: алгоритмы диагностики и терапии // Инфекции и антимикробная терапия. 2005. Т. 7. № 4.
17. Протас И.И., Хмара М.Е. Современные представления об этиологии и патогенезе герпетической инфекции центральной нервной системы // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2002. № 2. С. 73–75.
18. Хмара М.Е. Герпетическая инфекция ЦНС: клинико-морфологические и патогенетические аспекты // Инфекции и антимикробная терапия. 2005. Т. 7. № 4.
19. Ющук Н.Д., Степанченко А.В., Деконенко Е.П. Поражения нервной системы при герпетических инфекциях. Учебное пособие. М.: Профиль, 2005.
20. Сорокина М.Н., Скрипченко Н.В. Вирусные энцефалиты и менингиты у детей. Руководство для врачей. М., 2004. С. 192–201.
21. Веселова Е.И., Мелехина Е.В., Чугунова О.Л., Любезнова И.Г. Клинические особенности течения острых форм инфекции, ассоциированной с вирусом герпеса 6-го типа, у детей раннего возраста // Материалы XII Конгресса детских инфекционистов России «Актуальные вопросы инфекционной патологии и вакцинопрофилактики». М., 2013. С. 18.
22. Репина И.Б., Калугина М.Ю. Результаты обследования плодов и новорожденных с экстремально низкой массой тела на герпетические вирусы и вирус краснухи // Материалы XII Конгресса детских инфекционистов России «Актуальные вопросы инфекционной патологии и вакцинопрофилактики». М., 2013. С. 57.

Herpes of the 6th Type: Epidemiology, Diagnosis, Clinical Variants of the Disease

M.S. Savenkova, L.V. Vashura

N.I. Pirogov Russian National Research Medical University

Contact person: Marina Sergeevna Savenkova, mpsavenkov@mail.ru

The overview of the literature devoted to the herpesvirus 6 study. Provided epidemiological data and characterization of the virus structure. Special attention is paid to the diagnosis of the herpesvirus 6, its clinical forms and manifestations.

Key words: herpesvirus infection, human herpesvirus 6, cytomegalovirus, enzyme-linked immunosorbent assay



120 лет со дня рождения В.Х. Василенко

XII Национальный конгресс терапевтов

22–24 ноября 2017 года

Москва  Крокус Экспо

ст. метро Мякинино, 65 км МКАД

Зарегистрироваться на сайте www.congress.rnmot.ru

Оргкомитет:

117420, Москва, а/я 1
телефон: +7 (495) 518-26-70
электронная почта: mail@interforum.pro
www.rnmot.ru

 Реклама

Конгресс-оператор:



ООО «КСТ Интерфорум»
Москва, ул. Профсоюзная, д. 57
телефон: +7 (495) 722-64-20
электронная почта: mail@interforum.pro
www.rnmot.ru



Рациональное использование антимикробной терапии в педиатрии. Старые проблемы, новые решения

Широкое распространение среди россиян самолечения противомикробными препаратами способствует увеличению уровня антибиотикорезистентности. В связи с этим особую актуальность приобретает поиск новых возможностей терапии без избыточного назначения антибиотиков. Интерес к терапии препаратами на основе экстрактов растений подтверждается высокой научно-публикационной активностью в этой сфере медицины.

Немецкая фармацевтическая компания «Бионорика» по праву считается мировым лидером в производстве растительных лекарственных средств. Компания производит их, следуя разработанной ею концепции фитониринга, объединяющего традиционные знания в области фитотерапии, инновации в фармацевтике, новейшие результаты исследований. Фитониринг – концепция раскрытия и изучения активных веществ растений (phyto) с использованием современных научных методов и новых фармацевтических технологий (neering) с целью производства высокоэффективных препаратов для лечения и улучшения качества жизни пациентов. Компания «Бионорика» вкладывает значительные средства не только в разработку растительных лекарственных средств, но и в создание научной доказательной базы исследований эффективности и безопасности активных ингредиентов производимых фитопрепаратов.



Профессор, д.м.н.
Л.С. Намазова-
Баранова

Открывая симпозиум, заместитель директора Национального научно-практического центра здоровья детей (ННПЦЗД) по научной работе, директор НИИ педиатрии, академик РАН, профессор, д.м.н. Лейла Сеймуровна НАМАЗОВА-

Вопросы фитотерапии и нерационального использования антибиотиков

БАРАНОВА обозначила его отправную точку – нежелание многих родителей использовать антибиотики и стремление заменить их фитопрепаратами. Как известно, цель стратегии Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в области народной медицины 2014–2023 гг. – оказать поддержку государствам:

- ✓ в использовании потенциально-го вклада народной медицины в обеспечение здоровья, благополучия и медико-санитарной помощи, ориентированной на людей;
- ✓ содействию при необходимости безопасному и эффективному использованию народной ме-

дицины за счет установления норм и правил проведения научных исследований и интеграции продукции, практики и практиков народной и дополнительной медицины в систему здравоохранения.

Стратегия ВОЗ в области народной медицины¹ представляет собой объемный документ, каждая глава которого посвящена определенной проблеме. Безусловно, создание такого документа не случайно. Анализируя состояние народной медицины, несложно заметить, что перечень государств, в которых функционируют национальные научно-исследовательские институты,

¹ apps.who.int/iris/bitstream/10665/112501/1/9789244506097_rus.pdf.



Сателлитный симпозиум компании «Бионорика»

занимающиеся народной и дополнительной медициной, постоянно расширяется. О значимости данного направления свидетельствует научная и публикационная активность. Количество публикаций по фитотерапии ежегодно увеличивается.

Наука не стоит на месте, разработаны новые технологии переработки растительного сырья. Сегодня очевидна принципиальная разница между высокотехнологичными современными стандартизованными фитопрепаратами и отварами лекарственных растений, приготовленными в домашних условиях.

Почему фитотерапия так популярна? Причин несколько. Прежде всего стремление к здоровому образу жизни. Его обязательным

компонентом считается все, что связано с натуральным. Не последнюю роль играет и приемлемая стоимость фитопрепаратов. Страхование медицины покрывает далеко не все расходы на приобретение лекарственных средств, и пациент должен понимать, за что платит. Кроме того, не получая эффекта от обычной терапии, многие пытаются найти альтернативные методы лечения.

В силу особенностей национального здравоохранения и менталитета достижения фитотерапии в различных странах используются по-разному. Например, в Германии и Австралии приверженцев фитотерапии достаточно много – около 6%, в США – менее 0,5%.

Профессор Л.С. Намазова-Баранова, затронув также тему антиби-

отикотерапии, обратила внимание аудитории на ежегодно возрастающую антибиотикорезистентность. Так, за два года резистентность к антибиотикам увеличилась почти на треть². Это обусловлено прежде всего нерациональным применением данных препаратов. Кроме того, в России высок уровень самолечения. Любой приглянувшийся антибиотик можно приобрести без ограничений – по собственному желанию, а не по назначению врача.

«Сегодня мы должны задуматься, весь ли потенциал растительного мира использован. В стремлении создать что-то искусственное мы нередко забываем об имеющихся возможностях», – констатировала профессор Л.С. Намазова-Баранова, завершая выступление.

Современная фитотерапия в педиатрии. От традиций к доказательствам

Компания «Бионорика» на протяжении нескольких десятков лет создает фитопрепараты с научно подтвержденной эффективностью и высоким уровнем безопасности. Как заметил председатель правления компании профессор Михаэль ПОПП, в научные исследования «Бионорика» вкладывает более 15% оборота, полученного от продаж лекарственных средств. Причем клинические исследования многих производимых препаратов начались тогда, когда активным изучением растительных препаратов другие компании еще не занимались.

Препараты компании «Бионорика» коренным образом отличаются от продукции индийских и китайских производителей, которые свыше 90% сырья для растительных препаратов заготавливают из дикорастущих растений. Такое сырье не может обеспечить должного качества. Используя за-

патентованные технологические методы, компания «Бионорика» производит препараты исключительно на основе экстрактов растений, самостоятельно культивируемых и выращиваемых из собственного посевного материала на плантациях в Германии, Австрии, Венгрии, Польше, Франции, на Майорке.

На качество растительных лекарственных средств влияют:

- ✓ происхождение и качество посевного материала, его чистота, жизнеспособность;
- ✓ условия выращивания и техника сбора растений;
- ✓ обработка сырья после уборки.

Специалисты компании «Бионорика» для получения максимально сходных свойств семян проводят селекцию самых лучших растений. Созданы новые аналитические методы, с помощью которых прямо на поле в течение минуты можно определить компоненты растений. Последу-



Профессор
М. Попп

ющий лабораторный анализ помогает понять, насколько качества конкретного растения можно интегрировать в свойства будущего препарата. Только строгое соблюдение всех стадий селекции и выращивания, а также условий процесса переработки растений обеспечивает высочайшее качество сырья и экстрактов. Собственный инженерный отдел и уникальное оборудование компании, запатентованные технологические методы позволяют производить продукцию высокого качества.

² Лазарева М.А., Куличенко Т.В., Алябьева Н.М. и др. Носоглоточное носительство Streptococcus pneumoniae у воспитанников детских домов, дошкольных учреждений и неорганизованных детей младше 5 лет // Вопросы современной педиатрии. 2015. Т. 14. № 2. С. 246–255.



При острых респираторных инфекциях Синупрет в комбинации со стандартной терапией (антибиотики + деконгестанты) обеспечивает дополнительный положительный эффект

Спектр действия фитопрепаратов намного шире спектра действия химически синтезированных препаратов. Такое преимущество достигается за счет комбинации активных веществ, воздействующих на множество рецепторов. Оптимальное содержание активных веществ сводит практически к нулю побочные эффекты.

Специалисты компании «Бионорика» проводят множество исследований, занимаются фито- и биоаналитикой, метаболомикой. Научные работы ведутся в США, Бермингеме, Филадельфии. Полученные результаты публикуются в признанных научных журналах. Профессор М. Попп отметил, что впервые в истории фармацевтики растительное лекарственное средство Синупрет достигло наивысшего уровня доказательства эффективности, и представил результаты ряда проведенных научных работ.

Так, в ходе исследований доказаны противовоспалительная активность и секретолитическое действие Синупрета. Показано, что препарат способствует секреции ионов хлора в эпителии дыхательных путей, стимулирует движения ресничек эпителия, оказывая дозозависимый эффект. Синупрет в комбинации со стандартной те-

рапией (антибиотики + деконгестанты) обеспечивает дополнительный положительный эффект при острых респираторных инфекциях. Важно, что фитопрепараты можно применять в детской популяции. На фоне их использования отмечается положительная динамика, уменьшается интенсивность проявлений респираторных инфекций верхних дыхательных путей. В частности, при использовании Синупрета у детей в возрасте от двух до 12 лет выраженность затруднения носового дыхания существенно снижается. По оценке 90% врачей, эффективность препарата хорошая и очень хорошая³. При сравнительном анализе эффективности и безопасности Синупрета перорально и флутиказона интраназально получены схожие показатели в обеих группах лечения⁴.

Результаты многоцентрового двойного слепого плацебоконтролируемого рандомизированного клинического исследования (ARhiSi-2) эффективности и безопасности растительного лекарственного препарата Синупрет показали достоверное различие (1,03) между плацебо и активным препаратом⁵. Широким профилем фармакологического действия характеризуется Бронхипрет. Препарат проявляет противовирусную, антибактериальную активность, обладает противовоспалительными и противокашлевыми свойствами, оказывает секретолитическое и бронхолитическое действие. В исследованиях *in vitro* выявлено, что комбинация экстрактов тимьяна и первоцвета снижает вызванное интерлейкином 13 образование определяющего консистенцию слизи муцина 5AC в бокаловидных клетках и размножение слизиобразующих бокаловидных клеток.

Комбинация жидких экстрактов тимьяна и плюща, входящих в состав сиропа Бронхипрет, приводит к значимому увеличению частоты мерцания ресничек эпителия.

В клинических плацебоконтролируемых исследованиях (E-BRO-3, E-BRO-AWB 1) Бронхипрет продемонстрировал хорошую эффективность как у взрослых пациентов, так и у детей. При этом у детей результаты терапии оказались лучше, хотя заболевания у них протекали в более тяжелой форме.

В проспективном неинтервенционном исследовании препарата Тонзилгон Н участвовали дети и подростки от двух до 17 лет (n = 1161) с рецидивирующими инфекциями верхних дыхательных путей (минимум две за последние полгода). Пациенты принимали Тонзилгон Н капли или драже в течение 14 дней. На фоне применения препарата отмечалось достоверное улучшение симптомов⁶.

Данные неинтервенционного наблюдательного исследования, проведенного в Германии, с участием свыше 1100 пациентов подтвердили эффективность и хорошую переносимость препарата Тонзилгон Н.

В неинтервенционном проспективном многоцентровом исследовании оценивали эффективность препарата Канефрон Н в амбулаторных условиях у 636 пациентов с инфекциями мочевых путей, пиелонефритом, циститом, уролитиазом, нефритом и т.д. Участники исследования были рандомизированы на четыре возрастные группы: от одного до двух лет, от двух до пяти, от шести до 11, от 12 до 17. 66% пациентов принимали раствор Канефрон Н, 34% – драже. Группа детей младшего возраста (менее шести лет) получала преимущест-

³ Biebach K., Kramer A. Effektive Behandlung der Rhinosinusitis bei Kinder // Praktisch Padiatrie, Sonderdruck aus pad. 2004. Vol. 10. P. 3–8.

⁴ Passali D., Loglisci M., Passali G.C. et al. A prospective open-label study to assess the efficacy and safety of a herbal medicinal product (Sinupret) in patients with acute rhinosinusitis // ORL J. Otorhinolaryngol. Relat. Spec. 2015. Vol. 77. № 1. P. 27–32.

⁵ Jund R., Mondigler M., Steindl H. et al. Clinical efficacy of a dry extract of five herbal drugs in acute viral rhinosinusitis // Rhinology. 2012. Vol. 50. № 4. P. 417–426.

⁶ Berger T. Tolerability and efficacy of a herbal combination preparation in children and adolescents with recurrent infections of the upper respiratory tract // MMW Fortschr. Med. 2008. Vol. 150. Suppl. 2. P. 85–90.



Сателлитный симпозиум компании «Бионорика»

венно раствор, группа старшего возраста (от шести до 11 лет) – раствор и драже примерно в одинаковых долях, группа подростков (12–17 лет) – преимущественно драже. Во время третьего визита 90% врачей-исследователей оценили результаты применения препарата Канефрон Н как хорошие и очень хорошие (рис. 1).

В завершение профессор М. Попп напомнил о такой важной проблеме, как антибиотикорезистентность. Развитие устойчивости патогенной флоры к антибиотикам усложняет процесс лечения инфекционных заболеваний, вследствие чего они могут приобретать более тяжелое течение и сопровождаться осложнениями. Чтобы решить данную проблему, необходимо помимо рационального применения антибиотиков и разработки новых антибактериальных препаратов использовать альтернативные подходы, в том числе фитотерапию.

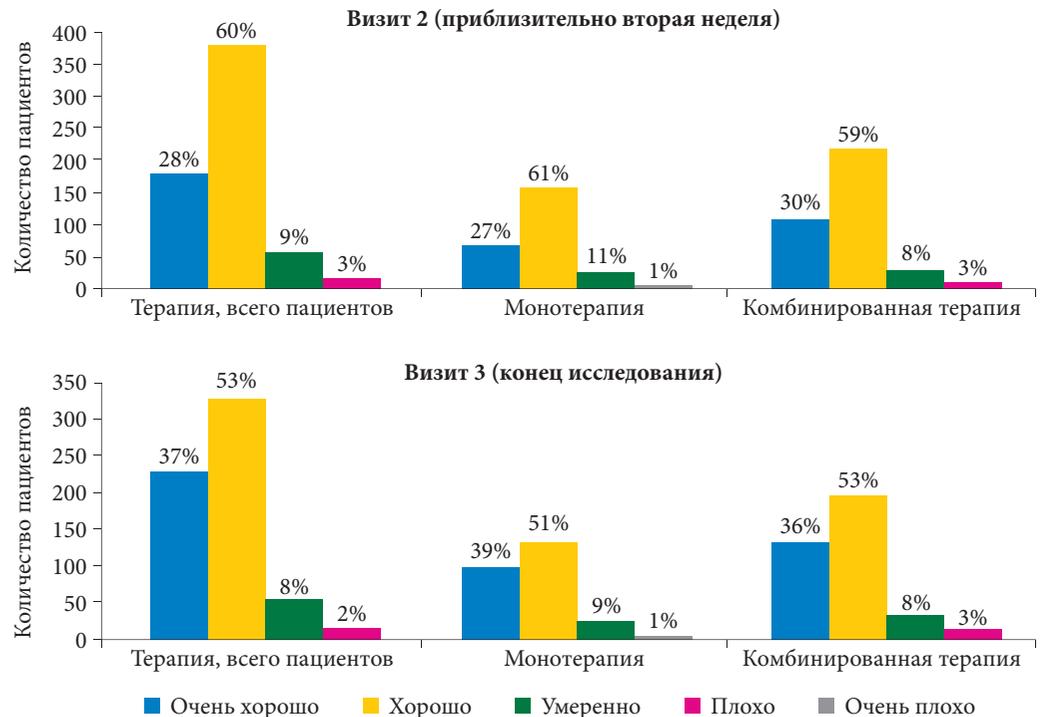


Рис. 1. Оценка эффективности препарата Канефрон Н

Инфекции мочевых путей у детей: от профилактики развития до профилактики рецидивов

По словам ведущего научного сотрудника нефрологического отделения НИИ педиатрии ННПЦЗД, д.м.н. Ольги Викторовны КОМАРОВОЙ, ключевыми моментами ведения пациента с инфекцией мочевыводящих путей (ИМВП) остаются цикличность оказания помощи и замкнутость такого цикла. Все начинается с профилактики развития ИМВП. Но в случае ее возникновения прежде всего необходимо провести раннюю диагностику, затем назначить адекватное лечение, предполагающее, в частности:

- контроль за течением болезни;
- предупреждение развития рецидивов;
- при не самом неблагоприятном течении – профилактику прогрессирования повреждения почечной ткани (нефропротективная терапия).

Далее следует вернуться к профилактике, но уже вторичной, с контролем функции почек.

Перед началом профилактических мероприятий важно определить факторы риска с целью их возможного устранения. Речь прежде всего идет о нарушении уродинамики (структурные аномалии мочевыводящих путей, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, нарушение нормального функционирования мочевого пузыря – нейрогенная дисфункция). Необходимо контролировать эвакуаторную функцию кишечника, который может служить резервуаром уропатогенной флоры, учитывать анатомические особенности женских мочевыводящих путей (короткая широкая уретра, близость аноректальной зоны).

К мерам первичной профилактики, препятствующей развитию ИМВП, относятся:

- регулярное опорожнение мочевого пузыря и кишечника;
- достаточное потребление жидкости;



Д.м.н.
О.В. Комарова

- гигиена наружных половых органов.

Значимость первичной профилактики осознают не только российские специалисты. Три обозначенных направления прописаны в американских клинических рекомендациях (национальные институты здоровья), причем именно в указанной последовательности.

Лечение инфекции направлено:

- на эрадикацию бактерий из мочевыводящих путей;



XVIII Съезд педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии»

- купирование основных симптомов болезни и нормализацию лабораторных показателей;
- коррекцию нарушений уродинамики и профилактику развития рецидивов болезни.

Это важно, поскольку основная превентивная задача – препятствовать стойкому повреждению почечной ткани, которое может способствовать прогрессирующему замещению нормальной почечной ткани склерозирующей и приводить к снижению почечной функции и потенциальному развитию хронической почечной недостаточности (ХПН).

Нельзя с уверенностью сказать, что у пациента с первым эпизодом ИМВП имеется риск развития ХПН. Тем не менее исключать такую вероятность не стоит.

В соответствии с российскими и международными клиническими рекомендациями, препаратами выбора при ИМВП с учетом чувствительности микрофлоры мочи являются антибактериальные лекарственные средства.

Продолжительность терапии при цистите – 5–7 дней, пиелонефрите – 10–14 дней.

Незыблемым считается постулат о необходимости длительной антимикробной профилактики у всех детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом, у которых развитие инфекции вторично, а также у детей с рецидивирующим течением ИМВП. При бессимптомной бактериурии антибактериальная терапия не показана.

Обычно используются препараты нитрофуранового ряда, возможно применение триметоприма. Некоторые исследователи предлагают использовать защищенные пенициллины в малых дозах, а также препарат растительного происхождения Канефрон Н, препятствующий развитию рецидивов инфекции, в профилактических целях.

Что касается антибиотиков, результаты изучения их эффективности неоднозначны. Одни исследователи подтверждают необходимость антимикробной профилактики, другие не считают ее эффективной. То есть существуют два взгляда на длительную антимикробную профилактику. И тот и другой заслуживает рассмотрения.

За проведение длительной антибактериальной профилактики (в течение 6–12 месяцев) детям с пузырно-мочеточниковым рефлюксом, а также при повторных эпизодах острого пиелонефрита ратуют коллеги американских национальных институтов здоровья, канадской педиатрической ассоциации^{7, 8}. Аналогичных взглядов придерживается педиатрическая и нефрологическая общественность нашей страны.

Каждый повторный рецидив инфекции приводит к появлению нового рубчика на почечной ткани и потенциальному формированию очага нефросклероза с последующим прогрессированием.

Противники длительной антимикробной профилактики опасаются прежде всего роста антибиотикорезистентности. К тому же в ряде исследований показано, что профилактический курс не снижает риск повторных инфекций, а положительный эффект отмечается только у детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом высокой степени. Игнорировать подобное мнение не следует^{8–10}.

Сомнения в необходимости длительной антимикробной профилактики небеспочвенны. К высокой антибиотикорезистентности приводит в том числе многолетнее нерациональное использование антибактериальных препаратов. Например, в Германии 60% назначений антибиотиков считаются неоправданными.

Кроме того, в странах Евросоюза 25 000 летальных исходов в год обусловлены резистентностью патогенов к антибактериальным препаратам. Таким образом, проблема из категории медицинской перешла в категорию социальной.

Десять лет назад в Научном центре здоровья детей было проведено пилотное исследование, в котором сравнивали использование в профилактических целях фитопрепарата Канефрон Н и традиционного препарата нитрофуранового ряда. Зафиксирована значительная разница в частоте рецидивов ИМВП, а также переносимости препаратов¹¹.

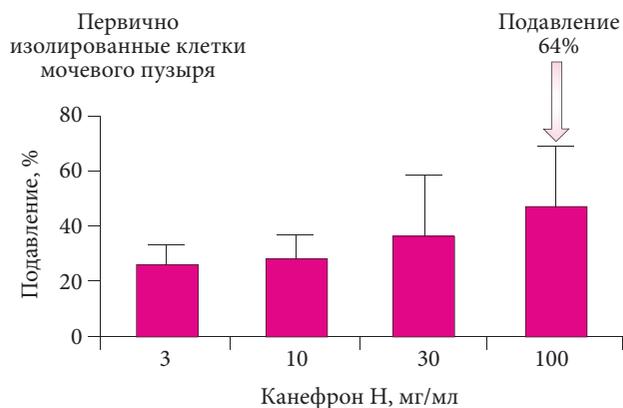


Рис. 2. Антиадгезивный эффект фитопрепарата Канефрон Н

⁷ Robinson J.L., Finlay J.C., Lang M.E. et al. Prophylactic antibiotics for children with recurrent urinary tract infections // Paediatr. Child. Health. 2015. Vol. 20. № 1. P. 45–51.

⁸ Mattoo T.K., Chesney R.W., Greenfield S.P. et al. Renal scarring in the Randomized Intervention for Children with Vesicoureteral Reflux (RIVUR) Trial // Clin. J. Am. Soc. Nephrol. 2016. Vol. 11. № 1. P. 54–61.

⁹ Montini G., Rigon L., Zucchetta P. et al. Prophylaxis after first febrile urinary tract infection in children? A multicenter, randomized, controlled, noninferiority trial // Pediatrics. 2008. Vol. 122. № 5. P. 1064–1071.

¹⁰ Brandström P., Hansson S. Long-term, low-dose prophylaxis against urinary tract infections in young children // Pediatr. Nephrol. 2015. Vol. 30. № 3. P. 425–432.

¹¹ Вознесенская Т.С., Кутафина Е.К. Фитотерапия в лечении инфекции мочевой системы у детей // Педиатрическая фармакология. 2007. Т. 4. № 5. С. 38–40.



Сателлитный симпозиум компании «Бионорика»

Экспериментальные работы показывают положительную антимикробную эффективность фитопрепарата (рис. 2)¹², что дает основания для проведения дальнейших исследований, сравнения растительного препарата с другими средствами, которые можно использовать для профилактики ИМВП.

В действующих клинических рекомендациях по ведению детей с ИМВП предусмотрено осуществление антимикробной профилактики по строгим показаниям:

- наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса;
- рецидивы ИМВП;
- первый эпизод ИМВП до момента исключения аномалий развития мочевой системы (в среднем один месяц)¹³.

Конечно, клинические рекомендации не следует считать незыблемым документом. Они обновляются с появлением новых результатов международных и отечественных исследований. В ближайшее время планируется проведение исследования, посвященного сравнительной

оценке разных схем антимикробной профилактики. Исследователи надеются получить убедительные данные, подтверждающие эффективность и безопасность изучаемых препаратов, и представить их в новой редакции клинических рекомендаций.

Таким образом, вопросы, касающиеся целесообразности и эффективности длительной антимикробной профилактики, новых подходов к ней в целях снижения антибиотикорезистентности, потенциала фитопрепаратов, остаются открытыми.

ОРВИ? Назофарингит? Риносинусит?

Профессор кафедры оториноларингологии Российского национального исследовательского медицинского университета (РНИМУ) им. Н.И. Пирогова, д.м.н. Елена Юрьевна РАДЦИГ обратила внимание аудитории на один важный момент: у детей с примерно одинаковыми жалобами возможна разная клиническая ситуация.

При попадании аэропатогенов (вирусов, бактерий, поллютантов, аллергенов) с воздушной струей на слизистые оболочки полости носа у детей развивается воспаление верхних дыхательных путей. Правда, не у всех. При определенных благоприятных условиях, в том числе благодаря защитным функциям слизистой оболочки, заболевание не развивается.

Сказанное профессор Е.Ю. Радциг проиллюстрировала на конкретном примере. Ребенок в возрасте двух лет с жалобами на заложенность и выделения из носа (двухлетний возраст позволяет исключить возможную ринопатию на фоне прорезывания зубов). Помимо заложенности и выделений из носа имеет место незначительное повышение тем-

пературы (температура может быть нормальной). Такому ребенку может быть поставлен диагноз острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ), инфекционного ринита или риносинусита (любая простуда – *common cold* – это фактически риносинусит, поскольку затрагивается слизистая оболочка и полости носа, и околоносовых пазух). Не исключен и другой диагноз, например назофарингит, который, согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), имеет такой же код, как и ОРВИ или аденоидит. На основании ряда дополнительных жалоб, в частности болезненности в области пазух, а также данных рентгеновского исследования может быть поставлен диагноз синусита. Пациент должен наблюдаться у оториноларинголога, но может остаться и под наблюдением педиатра.

Назофарингит – воспаление слизистой оболочки полости носа и глотки. Это определение было сформулировано в доэндоскопическую эпоху, до того, как появилась возможность с помощью оптики оценить состояние



Профессор, д.м.н.
Е.Ю. Радциг

глоточной миндалины. Но назофарингит – это фактически респираторная вирусная инфекция. Он вызывается разными возбудителями и обозначается различными кодами МКБ-10, соответствующими ряду заболеваний. Нередко этими заболеваниями занимаются педиатры, поэтому острый назофарингит в ряде случаев кодируется как ОРВИ. Но если затронута лимфоидная ткань, возможен иной диагноз. Больного будет наблюдать оториноларинголог.

Так же как ОРВИ, назофарингит характеризуется сезонностью. Этиологическая причина заключается в многообразии вирусов, тропных к эпителию верхних дыхательных путей. Назофарингит характеризуется способ-

¹² Efficacy of Canephron N against bacterial adhesion, inflammation and bladder hyperactivity. 13th International Congress of the Society for Ethnopharmacology. Graz, Austria, 2012. Poster 671.

¹³ Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с инфекцией мочевыводящих путей. М., 2015.



XVIII Съезд педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии»

ностью к рецидивированию и хронизации, часто сопровождается хроническим воспалением глоточной миндалины, связан с нарушением как местного, так и системного иммунитета.

Если говорить об этиологии назофарингита, причиной острого заболевания являются преимущественно респираторные вирусы – 80–90% случаев. Остальные заболевания вызваны бактериальной, грибковой и смешанной флорой. Хроническое течение назофарингита связано с бактериями, внутриклеточными возбудителями (вирус Эпштейна – Барр, цитомегаловирус, герпес-вирус, хламидии, микоплазмы), хронической патологией желудочно-кишечного тракта. Результаты исследования, проведенного на кафедре оториноларингологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, показали разнообразие этиологических факторов назофарингита под кодом ОРВИ: вирусы, бактерии, множество различных ассоциаций. Тем не менее почти у пятой части больных возбудитель не был выделен¹⁴. С учетом антибиотикорезистентности возникает вопрос: нужны ли таким детям антибактериальные препараты, как топические, так и системные?

При аденоидите, воспалении глоточной миндалины определяется намного больше возбудителей¹⁵. Как правило, заболевание микробиологически позитивно. В данном случае можно говорить об антимикробной терапии, с предпочтительным использованием топических, а не системных антимикробных препаратов.

Возвращаясь к этиологии острого назофарингита как явления респираторной вирусной инфекции, профессор Е.Ю. Радциг подчеркнула, что далеко не всегда можно выделить возбудителя. Поэтому особые требования предъявляются к противовоспалительному эффекту назначаемого лекарственного средства. Кроме того, необходим препарат, который воздействует на образующийся секрет и эпителий (секретомоторное, рефлекторное действие). Желательно назначать как можно меньше лекарственных средств, в идеале – один препарат комплексного действия, характеризующийся всеми указанными свойствами.

Лечение острого синусита начинается с элиминационно-ирригационной (с использованием изо- и гипертонических растворов) и разгрузочной терапии, в которую включены топические деконгестанты и глюкокортикостероиды (ГКС)¹⁶. Профессор Е.Ю. Радциг напомнила о строгом соблюдении возрастных ограничений при назначении топических ГКС – только с 12 лет. Пункционное лечение показано при продуктивной форме воспаления, когда проводимая медикаментозная терапия неэффективна. Назначается промывание физиологическим или антисептическим раствором, причем допустимо использование только препаратов, предназначенных для местного введения в пазухи¹⁶.

Отношение к мукоактивной терапии неоднозначно. В европейских и отечественных доку-

ментах имеются разногласия, но российские эксперты одобряют применение препаратов, воздействующих и на секрет, и на мерцательный эпителий¹⁶.

В качестве средств этиотропной терапии обсуждается назначение не только антибиотиков, но и препаратов с противовирусной активностью, в том числе фитопрепаратов¹⁶.

Что касается этиологии синусита, бактериальный синусит встречается чаще, чем указано в европейских документах. Практически треть синуситов бактериальной природы, чисто вирусных синуситов вдвое меньше. Много синуситов смешанной этиологии (вирусно-бактериальной). Почти у четверти детей встречается микробиологически негативный синусит^{17, 18}. Таким детям антибиотики не показаны. Как известно, при остром среднем гнойном отите должны назначаться антибактериальные препараты. Но данные комплексного исследования свидетельствуют о том, что чисто бактериальных отитов не так много. Значительно больше заболеваний, вызванных вирусами. Безусловно, существует смешанная форма, и в ряде случаев неизвестно, чем вызвано воспаление^{17, 18}. Ларингиты имеют в основном вирусную этиологию. Тем не менее и при этом заболевании пациентам иногда назначают антибиотики.

Что следует учитывать, назначая лечение? Во-первых, назначать лекарственные препараты, в инструкции к применению которых указан установленный

¹⁴ Радциг Е.Ю., Злобина Н.В. Назофарингит: современный взгляд на проблему // Материалы XIX Съезда оториноларингологов России. Казань, 2016.

¹⁵ Радциг Е.Ю., Злобина Н.В., Лапицкая А.С., Селькова Е.П. Этиология аденоидита у детей при острой респираторной вирусной инфекции // Вестник Российского государственного медицинского университета. 2015. № 3. С. 38–40.

¹⁶ Абдулкеримов Х.Т., Гаращенко Т.И., Кошель В.И. и др. Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов. СПб.: Полиформ-групп, 2014. С. 15–17.

¹⁷ Радциг Е.Ю., Малыгина Л.В. Риносинусит у детей: лечение этиотропное и симптоматическое // Материалы XIX Съезда оториноларингологов России. Казань, 2016.

¹⁸ Radsig E., Bugaichuk O.V., Selkova E.P., Lapitskaya A.S. What we have learned about acute purulent otitis media etiology in pre-school children? // ESPO. Lisbon, 2016.



Сателлитный симпозиум компании «Бионорика»

диагноз. Во-вторых, учитывать возраст больного и возрастные ограничения, определенные в инструкции. Например, начиная с двухлетнего возраста можно использовать препарат Синупрет.

Чтобы проанализировать необходимость антибактериальной терапии, было проведено исследование. Пациенты с синуситом были разделены на две группы: в одной проводилась антибактериальная терапия, в другой – нет. Ухудшение наступало даже на фоне применения системного антибактериального препарата, причем у детей, которым требовалось пункционное лечение или дренирование пазух. В остальных случаях можно было обойтись без антибактериального препарата. Доктор Л.В. Малыгина, проводившая данное исследование, разработала для практических врачей шкалу для оценки состояния больного и решения вопроса о необходимости назначения антибактериального препарата.

Системный антибактериальный препарат не стоит назначать на ранних стадиях острого риносинусита, при легкой и среднетяжелой форме без осложнений при умеренно выраженных симптомах и отсутствии предшествующего лечения, особенно у детей старших возрастных групп.

Только в отсутствие положительной динамики либо в случае ухудшения состояния необходимо назначение системной антибактериальной терапии¹⁷.

Продолжая рассматривать вопросы этиотропной терапии, профессор Е.Ю. Радциг акцентировала внимание на действии препарата Синупрет, обладающего обширной доказательной базой. К действию препарата чувствительны негриппозные

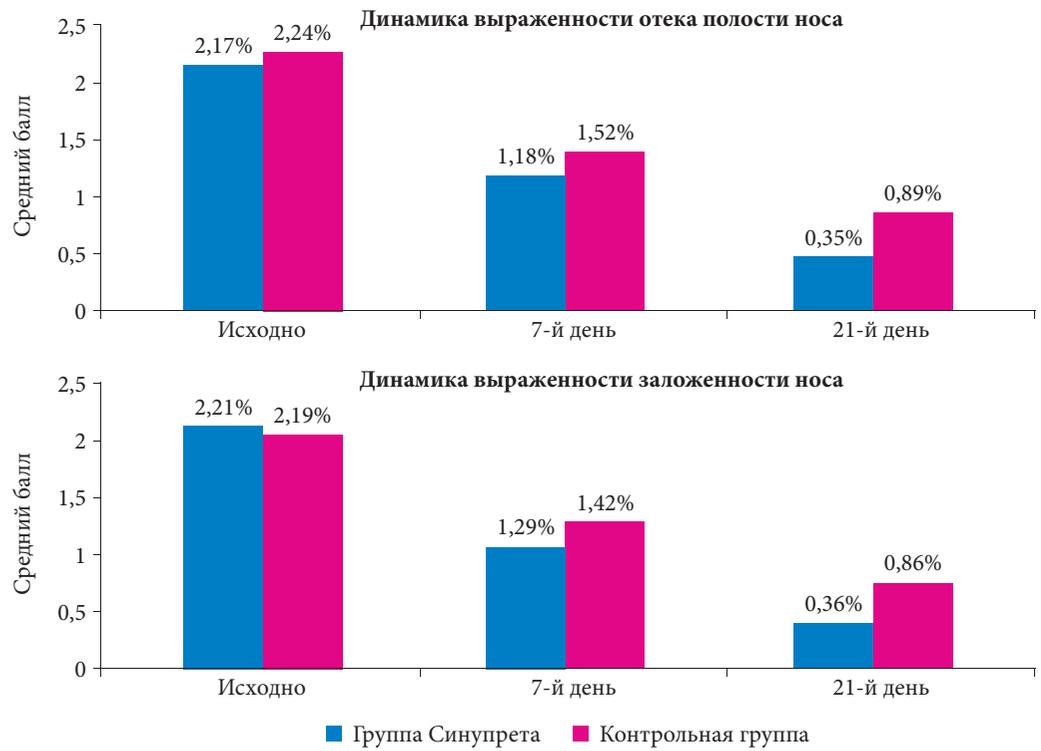


Рис. 3. Эффективность препарата Синупрет

респираторные вирусы. Особенно важно влияние на риновирус – ведущий возбудитель синусита, аденовирус, респираторно-синцитиальный вирус, вирус парагриппа¹⁹.

Благодаря антибактериальной активности Синупрет можно использовать совместно с антибиотиками и в виде монотерапии. Очень важен противовоспалительный эффект Синупрета. Дело в том, что не всегда удается выявить возбудитель. Синусит, отит, ларингит, равно как любая ЛОР-патология, характеризуются наличием так называемых микробиологически негативных форм. Доля микробиологически негативных заболеваний постоянно увеличивается. И здесь снова возникает вопрос об актуальности использования антибиотиков.

Синупрет применяется не только для лечения, но и в профилактических целях. Детям, у которых сохранялись жалобы после лечения по поводу синусита, назначали пролонгированный курс Синупрета до трех недель по усмотрению лечащего врача. Как показали результаты, Синупрет более чем в два раза эффективнее нормализует носовое дыхание и снижает выраженность отека полости носа (рис. 3)²⁰.

В заключение профессор Е.Ю. Радциг еще раз напомнила о ситуациях, когда показано назначение Синупрета. Препарат можно назначать в виде монотерапии или в составе комплексной терапии, для купирования симптомов риносинусита на фоне ОРВИ, а также после проведенного лечения при сохранении жалоб пациента.

¹⁹ Glatthaar-Saalmüller B, Rauchhaus U, Rode S. et al. Antiviral activity in vitro of two preparations of the herbal medicinal product Sinupret® against viruses causing respiratory infections // Phytomedicine. 2011. Vol. 19. № 1. P. 1–7.

²⁰ Радциг Е.Ю., Ермилова Н.В., Лобеева Н.А., Богомильский М.Р. Особенности ведения больных с затяжными формами острого синусита // Вопросы современной педиатрии. 2008. Т. 7. № 6. С. 11–15.



XVIII Съезд педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии»



Профессор, д.м.н.
А.Л. Заплатников

В начале своего выступления профессор кафедры педиатрии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, д.м.н. Андрей Леонидович ЗАПЛАТНИКОВ привел определение ангины. Ангина (от лат. *ango* – сжимать, душить) – острое инфекционное воспаление лимфаденоидной ткани глотки, вызываемое стрептококками или стафилококками, реже другими микроорганизмами²¹. Возможности диагностики значительно расширились, и стало очевидно, что и другие возбудители, в том числе вирусы, способны приводить к аналогичной клинической картине.

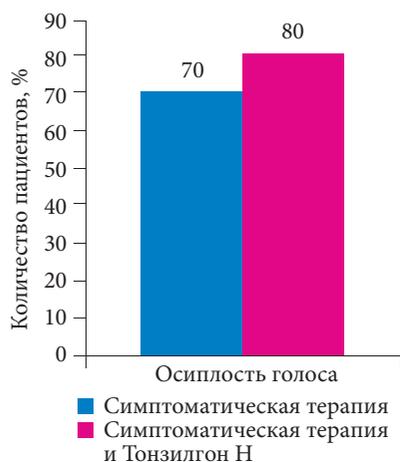


Рис. 4. Клиническая эффективность препарата Тонзилгон Н при лечении детей с ОРВИ

Тонзиллофарингиты в практике врача-педиатра: диагностика и лечение

В большинстве случаев педиатры лишены возможности провести экспресс-диагностику, и под рубрикой J00 нередко скрываются острые респираторные инфекции, протекающие в том числе с клиническими проявлениями в виде гиперемии, отека небных миндалин, наложений, налетов. Медицинская статистика требует выделять рубрики J02 и J03, поскольку кодируемые таким образом поражения небных миндалин либо глотки вызваны стрептококком. Стрептококк небезопасен как во время заболевания (развиваются острые осложнения), так и в отсроченном периоде. Хорошо известны постстрептококковые ревматизм, нефрит. Именно поэтому, по словам профессора А.Л. Заплатникова, ключевым остается вопрос о снижении необоснованного назначения антибиотиков.

Действительно, не всегда можно решить, когда назначение антибиотика обязательно. Чем быстрее будет внедрена в ежедневную практику врача экспресс-диагностика, верифицирующая этиологию, тем меньше останется шансов на необоснованное назначение антибиотиков. Результаты замечательного наблюдения, проведенного профессорами А.Б. Малаховым и Н.А. Геппе, показали, что при использовании экспресс-метода, выявлявшего стрептококк, частота назначения антибиотиков снижалась почти на 70%.

Сложно определить клинически, какими возбудителями – бактериями или вирусами обусловлено поражение. В структуре сходных по клинической симптоматике заболеваний на долю стрептококковых ангин приходится не более 30%. Стрептококк – один из немногих возбудителей, которые остаются высокочувствительными к природным пе-

нициллинам. Анкетирование врачей-педиатров свидетельствует о том, что последние 5–7 лет природные пенициллины назначают в единичных случаях. Здесь уместно вспомнить о необходимости строгого соблюдения золотого правила антибактериальной химиотерапии – этиотропности. Между тем даже если с помощью экспресс-диагностики удалось установить, что заболевание вызвано стрептококком, прежде чем назначать антибиотик, необходимо ответить на два вопроса:

- имеется ли у пациента аллергия на бета-лактамы;
- принимал ли пациент ранее незащищенные бета-лактамы (пенициллины, аминопенициллины, цефалоспорины первого поколения), особенно коротким курсом и в малых дозах?

Если пациент в течение предшествовавшего периода принимал незащищенные антибиотики, не исключено, что ко-патогенная флора (гемофильная палочка, *Moraxella catarrhalis*) при малых дозах, коротком курсе могла стать продуцентом бета-лактамазы. Следовательно, только тогда в качестве стартовой терапии можно назначать защищенные аминопенициллины.

При аллергии на группу бета-лактамных антибиотиков можно рассмотреть вопрос о назначении макролидов. Эту группу антибиотиков следует сохранить для пациентов с аллергией, для атипичных заболеваний, для гастроэнтерологов (для проведения эрадикационной антихеликобактерной терапии).

В том случае, если заболевание вызвано не стрептококками, антибиотик скорее всего не нужен, ведь большинство заболеваний обусловлено не бактериальной, а вирусной инфекцией.

²¹ Энциклопедический словарь медицинских терминов / под ред. Б.В. Петровского. М., 1982. Т. 1. С. 56.

Заложен нос? Риносинусит?

Лекарственный растительный препарат

Синупрет®

Рег. уд. П № 014247/01, 014247/02



- Устраняет заложенность носа
- Обладает противовирусным действием
- Предупреждает развитие осложнений

Природа. Наука. Здоровье.

www.bionorica.ru

*Синупрет® капли - для взрослых и детей от 2-х лет
Синупрет® драже - для взрослых и детей старше 6 лет

РЕКЛАМА





XVIII Съезд педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии»

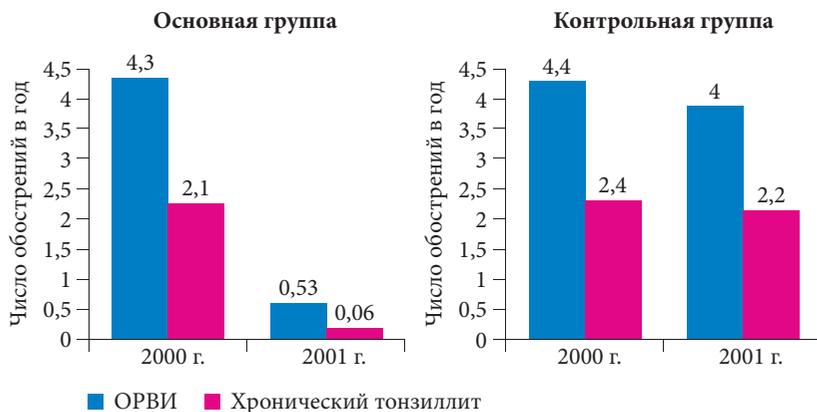


Рис. 5. Профилактическая эффективность препарата Тонзилгон Н у детей с хроническим тонзиллитом

Следовательно, на первый план выходит симптоматическая терапия, возможно в сочетании с противовирусными препаратами. При этом не надо забывать о растительных препаратах, в частности о таких, как Тонзилгон Н, ведь данный препарат обладает комплексным действием, оказывая противовоспалительный, анти-септический и иммуномодулирующий эффекты.

Данные исследований показали, что у детей с ОРВИ, которые в дополнение к симптоматической терапии получали Тонзилгон Н, быстрее восстанавливался голос (рис. 4)²². Кроме того, на фоне применения препарата достоверно быстрее купируется боль при глотании, наблюдается тенденция к более быстрому купированию общих симптомов респираторной вирусной инфекции.

У детей с хроническими очагами инфекции в носоглотке применение препарата Тонзилгон Н в дополнение к стандартной терапии существенно уменьшает по сравнению с контрольной группой частоту обострений. Частота обострений хронического тонзиллита

на фоне применения препарата Тонзилгон Н снижается почти в восемь раз (рис. 5)²³.

Свыше 90% респондентов оценивают препарат Тонзилгон Н как эффективный либо высокоэффективный²⁴.

Экспериментальные данные свидетельствуют о противовирусном действии препарата Тонзилгон Н – наблюдается дозозависимый эффект ингибции репликации респираторно-синцитиального вируса. В тонзиллярной ткани под влиянием препарата достоверно (по сравнению с контролем) увеличивается продукция альфа и гамма-интерферонов. Кроме того, возрастает количество CD56+ -клеток (натуральных киллеров) и фагоцитирующих клеток. Этим объясняется эффективность препарата Тонзилгон Н при вирусных и бактериальных инфекциях. Завершая выступление, профессор А.Л. Заплатников подчеркнул, что профилактика – основа основ. Надо помнить о специфической иммунопрофилактике – вакцинации против сезонного гриппа, особенно в группах риска, против гемофильной, пневмококковой

инфекции и рациональной терапии каждого эпизода острого заболевания либо рецидива (обострения) хронического заболевания без полипрагмазии.

Заключение

Компания «Бионорика» – один из крупнейших в мире производителей растительных лекарственных средств. На протяжении многолетней деятельности компания придерживается основополагающего принципа: ни один препарат не должен выйти на фармацевтический рынок, пока в соответствующих испытаниях не доказана его эффективность. Продукция компании «Бионорика» – современные лекарственные средства на растительной основе. Не случайно именно они все чаще становятся препаратами первого выбора у пациентов, врачей и фармацевтов.

Тонзилгон Н (компания «Бионорика») обладает противовоспалительным и антисептическим действием. Активные компоненты входящих в состав препарата ромашки, алтея и хвоща способствуют повышению активности неспецифических факторов защиты организма. Полисахариды, эфирные масла и флавоноиды ромашки, алтея и тысячелистника, танины коры дуба оказывают противовоспалительное действие и способствуют уменьшению отека слизистой оболочки дыхательных путей.

Синупрет (компания «Бионорика») оказывает секретолитическое, секретомоторное, противовоспалительное действие, способствует оттоку экссудата из придаточных пазух носа и верхних дыхательных путей. *

²² Шуматова Т.А., Катенкова Э.Ю., Гергерт А.В. и др. Клинический анализ применения препарата Тонзилгон Н у детей для лечения острых респираторных инфекций, сопровождающихся болью в горле // Фарматека. 2016. № 11 (324). С. 100–105.

²³ Гаращенко Т.И., Радциг Е.Ю. Эффективность консервативной терапии хронических тонзиллитов у детей препаратом Тонзилгон // Тезисы докладов IX Российского национального конгресса «Человек и лекарство». М., 2002.

²⁴ Дрынов Г.И., Ивановщина О.К., Дьякова Ф.Н. Результаты лечения детей с хроническим тонзиллитом препаратом Тонзилгон Н // Детский доктор. 2011. № 1. С. 76–77.



III Международный КОНГРЕСС и ВЫСТАВКА ФИЗИОТЕРАПИЯ. ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА. РЕАБИЛИТАЦИЯ. СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА

23–24 октября 2017. Культурный центр ЗИЛ, Москва, ул. Восточная, 4к1



УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Приглашаем вас принять участие в работе III Международного конгресса «Физиотерапия. Лечебная физкультура. Реабилитация. Спортивная медицина», который состоится 23–24 октября 2017 года в Москве.

Мероприятие будет интересно специалистам в области физиотерапии, лечебной физкультуры, мануальной терапии, педиатрии, травматологии, ортопедии, хирургии, ревматологии, курортологии, медицинской реабилитации, спортивной медицины.

До встречи на конгрессе!

Александр Николаевич РАЗУМОВ
Председатель оргкомитета конгресса

Организаторы конгресса



Конгресс будет аккредитован в системе непрерывного медицинского образования с получением кредитных баллов

В ЧИСЛЕ КЛЮЧЕВЫХ ДОКЛАДЧИКОВ КОНГРЕССА

РАЗУМОВ Александр Николаевич — академик РАН, президент Общероссийской общественной организации «Российское общество врачей восстановительной медицины, медицинской реабилитации, курортологов и физиотерапевтов», заслуженный деятель науки РФ, лауреат премии Правительства РФ, профессор.

ПОГОНЧЕНКОВА Ирэна Владимировна — д.м.н., директор ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ».

ПОНОМАРЕНКО Геннадий Николаевич — главный физиотерапевт Министерства обороны РФ, заведующий кафедрой курортологии и физиотерапии (с курсом медицинской реабилитации) Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова, профессор.

ТУРОВА Елена Арнольдовна — председатель Совета Общероссийской общественной организации «Российское общество врачей восстановительной медицины, медицинской реабилитации, курортологов и физиотерапевтов», профессор.

КУЛИКОВ Александр Геннадьевич — вице-президент Общероссийской общественной организации «Российское общество врачей восстановительной медицины, медицинской реабилитации, курортологов и физиотерапевтов», проректор по научной работе, заведующий кафедрой физической терапии, спортивной медицины и медицинской реабилитации Российской медицинской академии последипломного образования МЗ РФ, профессор.

КОЧЕТКОВ Андрей Васильевич — главный внештатный специалист-эксперт по медицинской реабилитации Федерального медико-биологического агентства России, заместитель главного врача ФГБУЗ «ЦКБ восстановительного лечения Федерального медико-биологического агентства России» по науке и новым медицинским технологиям, профессор.



Итоги II Международного конгресса, Москва, 2016

870 человек из **42** городов России, Украины и Белоруссии

20 симпозиумов и мастер-классов

139 спикеров

40 компаний – участников выставки



Агентство MBS
event@mb-solutions.ru
8 499 500 9396
www.event-mbs.ru

По вопросам участия, пожалуйста, обращайтесь в оргкомитет конгресса:

Наталья Ломоносова / 8 499 500 93 96 / 8 926 696 88 60 / event@mb-solutions.ru



Актуальные возможности вакцинопрофилактики ротавирусной инфекции

Ротавирусная инфекция (РВИ), протекающая в виде острого гастроэнтерита (РВГЭ) с диареей, относится к числу наиболее распространенных инфекционных заболеваний у детей. Единственной эффективной мерой борьбы с РВИ считается вакцинопрофилактика. Обсуждению эффективности и безопасности вакцинации пентавалентной вакциной РотаТек в снижении заболеваемости и смертности от РВГЭ был посвящен симпозиум «Скрытая эпидемия ротавирусной инфекции в России». Симпозиум, организованный в рамках XVIII Съезда педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» (Москва, 18 февраля 2017 г.), прошел под председательством д.м.н., профессора, руководителя отдела профилактики инфекционных заболеваний Научно-исследовательского института детских инфекций Сусанны Михайловны ХАРИТ.



Профессор, д.м.н.
В.К. Таточенко

В начале выступления д.м.н., профессор Владимир Кириллович ТАТОЧЕНКО (Научный центр здоровья детей) привел данные о распространенности нозокомиальных инфекций в России, сославшись на доклад д.м.н., профессора В.Г. Акимкина, прозвучавший в рамках Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Контроль и профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи» в 2015 г. Согласно официальной статистике,

Проблема внутрибольничной циркуляции ротавируса

распространенность нозокомиальных инфекций – 25–30 тыс. в год. Однако реальная ситуация иная – 2–2,5 млн случаев в год.

Сокращение нозокомиальных ротавирусных инфекций (РВИ) – повсеместная практика, связанная с невыполнимыми требованиями СанПиН о выявлении вирусносителей, изоляции контактов, реконвалесцентов, обследовании персонала детских учреждений и больниц. Подобные инфекции не регистрируются и диагностируются как острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) с кишечным синдромом.

Следует отметить, что ротавирусы устойчивы к хлору, эфиру, хлороформу, детергентам, гипохлориту, ультразвуку и инактивируются только фенолами, крезолом, формалином. Ротавирусы достаточно долго персистируют:

- ✓ в водопроводной воде – до 60 дней;
- ✓ во внешней среде – от десяти до 30 дней;

- ✓ в фекалиях – до семи месяцев;
- ✓ на фруктах – от пяти до 30 дней;
- ✓ шерстяных и хлопковых тканях – от 12 до 45 дней;
- ✓ различных поверхностях – до десяти дней.

Заражение РВИ происходит не только контактным путем, но и через загрязненные предметы и поверхности, а также воздушным путем (ротавирус обнаружен в воздухе больничных палат). К слову сказать, важный фактор распространения нозокомиальных РВИ внутри больничной палаты – медперсонал (несоблюдение гигиены, в частности мытья рук) и матери, остающиеся с больными детьми¹.

Высокая температура тела, интоксикация, рвота в отсутствие диареи, характерные для начального этапа ротавирусного гастроэнтерита (РВГЭ), приводят к госпитализации в соматическое отделение. Такая картина наблюдается у 7% пациентов с РВГЭ, значительно чаще при ранней госпитализации.

¹ Korycka M. Nosocomial rotavirus infections // Przegl. Epidemiol. 2004. Vol. 58. № 3. P. 467–473.



XVIII Съезд педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии»

Ротавирус – ведущий возбудитель нозокомиальных диарей в детской популяции. Например, в Европе им заражаются 5–27% госпитализированных детей в возрасте до двух лет. Частота нозокомиальной РВИ в эпидемический сезон:

- в Европе: общая – 2,9 на 100 госпитализаций, в детской популяции (в возрасте до двух лет) – 8,1 на 100 госпитализаций²⁻⁴;
- Бразилии: 4,9 на 100 койко-дней и 5,5 на 100 больных⁵;
- Канаде: 0,5 на 100 койко-дней⁶.

Следует отметить, что РВИ удлиняет госпитализацию на три – пять дней и в половине случаев требует внутривенной регидратации.

Не последнюю роль в распространении ротавируса играет нозокоми-

альная РВИ. По данным разных авторов, доля полученных в больнице РВИ от всех пациентов с ротавирусом, находившихся в этой больнице на лечении, – 23,8–43,0%. В частности, в Польше данный показатель составляет 4,5–45,4%¹, США – 25%⁷. Из всех случаев ротавирусных диарей больничное происхождение имеют:

- в Австралии – 56,9%;
- Германии – 69,0%;
- Швейцарии – 48,6%;
- Польше – 72%^{8,9}.

Единственный метод контроля нозокомиальной инфекции – массовая вакцинация. Профессор В.К. Таточенко представил данные снижения частоты госпитализаций после вакцинации. Так, во

Франции вакцинация (три дозы, охват – 47%), проводимая с 2008 г., позволила снизить частоту госпитализаций среди детей в возрасте до двух лет по поводу РВГЭ на 98% по сравнению с невакцинированными¹⁰. В Финляндии среди вакцинированных (три дозы ротавирусной вакцины, охват – 90%) не зафиксировано случаев РВГЭ¹¹. Наряду со снижением частоты госпитализаций массовая вакцинация позволила снизить частоту нозокомиальных РВГЭ: в Австрии и Германии – на 72%¹², США (в первые два года) – на 60%¹³.

В заключение докладчик еще раз подчеркнул, что только массовая вакцинация способна противостоять ротавирусной инфекции.

Эпидемиология ротавирусной инфекции в России

По словам Александра Тихоновича ПОДКОЛЗИНА, к.м.н., заведующего лабораторией молекулярной диагностики и эпидемиологии кишечных инфекций Центрального научно-исследовательского института эпидемиологии, показатель заболеваемости РВИ в России не характеризует активность эпидемического процесса в популяции,

а лишь отражает адекватность надзора за данной патологией. К пятилетнему возрасту у детей во всем мире в анамнезе имеются случаи заболеваемости РВИ. Важно, что в детской популяции наиболее чувствителен возрастной критерий инфицирования как объективный показатель активности эпидемического процесса. По словам докладчика, показатель динамики



К.м.н.
А.Т. Подколзин

² Gleizes O., Desselberger U., Tatchenko V. et al. Nosocomial rotavirus infection in European countries: a review of the epidemiology, severity and economic burden of hospital-acquired rotavirus disease // *Pediatr. Infect. Dis. J.* 2006. Vol. 25. Suppl. 1. P. S12–21.

³ *Pediatric ROTavirus European CommitTEE (PROTECT)*. The paediatric burden of rotavirus disease in Europe // *Epidemiol. Infect.* 2006. Vol. 134. № 5. P. 908–916.

⁴ *Brujning-Verhagen P., Quach C., Bonten M.* Nosocomial rotavirus infections: a meta-analysis // *Pediatrics*. 2012. Vol. 129. № 4. P. e1011–1019.

⁵ *Moreira L.L., Netto E.M., Nascimento-Carvalho C.M.* Risk factors for nosocomial rotavirus infection in a paediatric hospital: the potential role for rotavirus vaccine use // *Vaccine*. 2009. Vol. 27. № 3. P. 416–420.

⁶ *Verhagen P., Moore D., Manges A., Quach C.* Nosocomial rotavirus gastroenteritis in a Canadian paediatric hospital: incidence, disease burden and patients affected // *J. Hosp. Infect.* 2011. Vol. 79. № 1. P. 59–63.

⁷ *Fischer T.K., Bresee J.S., Glass R.* Rotavirus vaccines and the prevention of hospital-acquired diarrhea in children // *Vaccine*. 2004. Vol. 22. Suppl. 1. P. S49–54.

⁸ *Foppa I.M., Karmaus W., Ehlken B. et al.* Health care-associated rotavirus illness in pediatric inpatients in Germany, Austria, and Switzerland // *Infect. Control. Hosp. Epidemiol.* 2006. Vol. 27. № 6. P. 633–635.

⁹ *Kuchar E., Nitsch-Osuch A., Szenborn L., Oldak E.* Rotaviruses as a cause of nosocomial infections in Poland – systematic review with metaanalysis of 11 studies // *Przegl. Epidemiol.* 2012. Vol. 66. № 3. P. 409–415.

¹⁰ 28th Annual ESPID Meeting. 2010, Nice, France.

¹¹ 29th Annual ESPID Meeting. 2011, Hague, Netherlands.

¹² *Zlomy M., Kofler S., Orth D. et al.* The impact of Rotavirus mass vaccination on hospitalization rates, nosocomial Rotavirus gastroenteritis and secondary blood stream infections // *BMC Infect. Dis.* 2013. Vol. 13. ID112.

¹³ *Anderson E.J., Rupp A., Shulman S.T. et al.* Impact of rotavirus vaccination on hospital-acquired rotavirus gastroenteritis in children // *Pediatrics*. 2011. Vol. 127. № 2. P. e264–270.



XVIII Съезд педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии»

накопительного процента инфицирования в российских регионах свидетельствует о наличии тенденции к некоторому «взрослению» заболеваемости РВИ среди детей. Только за 2016 г. показатель заболеваемости РВИ у детей первого года жизни снизился до 22,78%.

Эпидемиология РВИ имеет региональные особенности. В большинстве регионов, согласно объединенным данным по 61 субъекту РФ за 2008–2015 гг., пик заболеваемости РВИ приходится на холодные месяцы года (с декабря по май). Однако территории с субтропическим климатом, такие как Краснодарский край и Республика Крым, характеризуются атипичной сезонностью РВИ с пиком заболеваемости в летние месяцы, особенно в августе. Атипичный подъем РВИ на указанных территориях обусловлен не только особенностями климата, но и активной рекреацией людей из других регионов: количество отдыхающих в курортный сезон

практически в три раза превышает численность постоянно проживающего населения. Аналогичная ситуация и на зарубежных курортах. Решить данную проблему только за счет увеличения объема противоэпидемических мероприятий в курортный сезон практически невозможно.

К сожалению, заболевания, связанные с РВИ у детей, способны приводить к летальным исходам. А.Т. Подколзин перечислил основные патологии, выявленные по результатам патологоанатомических и лабораторных исследований у 55 детей в возрасте до пяти лет с синдромом диареи и развитием летальных исходов за период 2011–2016 гг. В 20% случаев это были пневмонии без возбудителей острых кишечных инфекций (ОКИ), в 17% – пневмонии в сочетании с ОКИ, в 50% случаев – ОКИ. В этиологической структуре основных возбудителей ОКИ доминировал ротавирус как по по-

казателю клинически значимой концентрации в острой фазе заболевания (23,6%), так и по общей частоте выявления патогенов (30,9%). На долю аденовируса пришлось 1,8 и 10,9%, норовируса – 7,3 и 9,1%, сальмонеллы – 5,5 и 7,3% соответственно. В большинстве своем ротавирусы были представлены генотипами G4P[8], G9P[8], G1P[8], G3P[8] и G2P[4]. По мнению А.Т. Подколзина, защитить детей от ротавируса и обеспечить необходимый эпидемиологический эффект способна только широкомасштабная вакцинация. Однако, как показывает статистика, в 2016 г. охват вакцинацией пятивалентной ротавирусной вакциной (РВ5) на территории РФ был весьма незначительным – менее 1%. Лидерами по охвату вакцинацией детского населения стали Ненецкий автономный округ (47%), Сахалинская область (39%), Камчатский край (19%) и Московская область (18%).



Профессор, д.м.н.
А.В. Горелов

Как отметил Александр Васильевич ГОРЕЛОВ, д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, руководитель клинического отдела инфекционной патологии Центрального научно-исследовательского института эпидемиологии, парадигма, долгое время определявшая РВИ исключительно как кишечную инфекцию, сегодня кардинально

Итоги вакцинации от ротавируса в мире и Российской Федерации: текущая ситуация

изменилась. Описаны случаи внекишечной локализации:

- ✓ неврологические осложнения: судороги, энцефалит, менингит, церебеллит;
- ✓ респираторные осложнения: средний отит, ларингит, фарингит, пневмония;
- ✓ поражения органов брюшной полости: гепатит, печеночный абсцесс, панкреатит, сахарный диабет, нефрит;
- ✓ прочие проявления: синдром Кавасаки, ДВС-синдром, гемофагоцитарный лимфогистиоцитоз, внезапная смерть ребенка грудного возраста во время сна¹⁴.

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), пневмококк (32%) и ротавирус (30%) – основные при-

чины детской смертности. Заболеваемость ОКИ сравнима с заболеваемостью ветряной оспой – 528,10 и 594,00 на 100 тыс. населения соответственно. Однако затраты на лечение ветряной оспы несопоставимы с затратами на лечение РВИ. Один случай госпитализации в 2010 г. при РВИ обошелся в 20 300 руб. Сегодня это уже 27 000 руб. В 2015 г. доля РВИ в структуре заболеваемости ОКИ превысила 50%. Ущерб, нанесенный РВИ, сопоставим с ущербом от других более массовых заболеваний. Единственный способ борьбы с РВИ – вакцинация. В Концепции и стратегии глобальной иммунизации ВОЗ предусмотрено, что ротавирусные вакцины должны быть включены во все национальные программы иммунизации.

¹⁴ Crawford S.E., Patel D.G., Cheng E. et al. Rotavirus viremia and extraintestinal viral infection in the neonatal rat model // J. Virol. 2006. Vol. 80. № 10. P. 4820–4832.



XVIII Съезд педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии»

Применение таких вакцин должно стать частью комплексной стратегии борьбы с заболеваниями, сопровождающимися диареей, направленной на снижение детской смертности, прежде всего с помощью вакцинации против РВИ.

Вакцина против ротавирусов успешно используется уже на протяжении 20 лет. В 88 странах мира проводят ротавирусную вакцинацию.

Безопасность вакцины РотаТек изучали в трех плацебоконтролируемых клинических исследованиях с участием 71 725 детей в возрасте до года, а также в пост-регистрационный период среди 81 000 детей, получавших РВ5. Вакцина продемонстрировала хороший профиль безопасности в до- и пострегистрационный период¹⁵⁻¹⁸.

Абсолютно очевидна и эффективность вакцинации. В 2008 г. в США были получены первые положительные результаты вакцинации по поводу РВИ: количество идентифицированных случаев РВИ снизилось на 64%, количество госпитализаций – на 45%¹⁹. Согласно другим данным, внедрение вакцинации против РВИ позволило в два раза уменьшить число госпитализаций по поводу ОКИ любой этиологии среди детей младше трех лет (рис. 1)²⁰.

Следует отметить, что, согласно европейским и американским стандартам, госпитализации под-

лежат дети в состоянии шока, с тяжелой дегидратацией (более 9% массы тела), неврологическими нарушениями (летаргия, судороги и т.д.), неукротимой рвотой, после хирургического вмешательства. То есть речь идет о крайне тяжелых ситуациях. Поэтому снижение частоты госпитализаций в два раза – экономически ощутимый результат.

В США было проведено пост-маркетинговое обсервационное исследование эффективности вакцины РотаТек в отношении снижения уровня госпитализации, посещений отделений скорой помощи и обращений за амбулаторной медицинской помощью у пациентов с диагностированным РВГЭ. 33 140 детей первой группы получили три дозы вакцины РотаТек, 26 167 детей второй группы – АКДС. Последующий мониторинг проводился в течение двух ротавирусных сезонов и начинался через 14 дней после получения третьей дозы в обеих группах или в начале каждого сезона. Запланированное наблюдение продолжалось до конца каждого сезона.

Согласно полученным результатам, эффективность вакцины против РВГЭ достигла 100% (95%-ный доверительный интервал (ДИ) 87–100) при госпитализации и посещениях отделений скорой помощи и 96% (95% ДИ 76–100) – при обращениях за амбулаторной медицинской помощью. Эффектив-



Рис. 1. Количество госпитализаций по поводу ОКИ и РВГЭ у детей в возрасте до пяти лет

ность вакцины (госпитализация и посещения отделений скорой помощи) против гастроэнтерита любого вида составила 59% (95% ДИ 47–68)²¹.

Интересные результаты были получены в исследовании В.А. Лорман и соавт. Внедрение в 2006 г. вакцинации против РВИ в Америке обеспечило популяционный эффект. В 2008 г. заболеваемость РВИ среди невакцинированных значительно снизилась в возрастных группах от ноля до четырех, от пяти до 14, от 15 до 24 лет. Кроме того, наблюдалось значительное уменьшение заболеваемости в марте (исторический пик РВИ) во всех возрастных группах. Частота РВГЭ среди невакцинированных лиц в возрасте от пяти до 14 лет уменьшилась на 71%. По оценкам, сумма предотвращенных расходов на лечение РВГЭ у лиц от пяти до 24 лет составила 204 млн долл.²²

¹⁵ Vesikari T., Matson D.O., Dennehy P. et al. Safety and efficacy of a pentavalent human-bovine (WC3) reassortant rotavirus vaccine // N. Engl. J. Med. 2006. Vol. 354. № 1. P. 23–33.

¹⁶ Block S.L., Vesikari T., Goveia M.G. et al. Efficacy, immunogenicity, and safety of a pentavalent human-bovine (WC3) reassortant rotavirus vaccine at the end of shelf life // Pediatrics. 2007. Vol. 119. № 1. P. 11–18.

¹⁷ Goveia M.G., Rodriguez Z.M., Dallas M.J. et al. Safety and efficacy of the pentavalent human-bovine (WC3) reassortant rotavirus vaccine in healthy premature infants // Pediatr. Infect. Dis. J. 2007. Vol. 26. № 12. P. 1099–1104.

¹⁸ Loughlin J., Mast T.C., Doherty M.C. et al. Postmarketing evaluation of the short-term safety of the pentavalent rotavirus vaccine // Pediatr. Infect. Dis. J. 2012. Vol. 31. № 3. P. 292–296.

¹⁹ Staat M.A., Payne D.C., Donauer S. et al. Effectiveness of pentavalent rotavirus vaccine against severe disease // Pediatrics. 2011. Vol. 128. № 2. P. 267–274.

²⁰ Payne D.C., Staat M.A., Edwards K.M. et al. Direct and indirect effects of rotavirus vaccination upon childhood hospitalizations in 3 US Counties, 2006–2009 // Clin. Infect. Dis. 2011. Vol. 53. № 3. P. 245–253.

²¹ Wang F.T., Mast T.C., Glass R.J. et al. Effectiveness of the pentavalent rotavirus vaccine in preventing gastroenteritis in the United States // Pediatrics. 2010. Vol. 25. № 2. P. e208–213.

²² Lopman B.A., Curns A.T., Yen C., Parashar U.D. Infant rotavirus vaccination may provide indirect protection to older children and adults in the United States // J. Infect. Dis. 2011. Vol. 204. № 7. P. 980–986.



XVIII Съезд педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии»

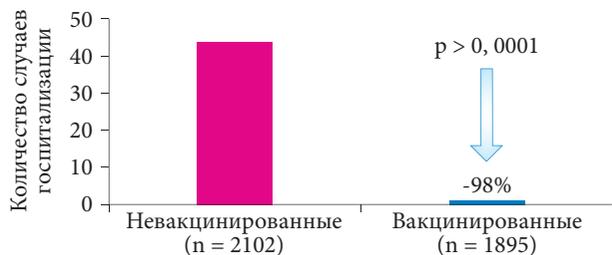


Рис. 2. Снижение госпитализаций по поводу ротавирусной инфекции у детей младше двух лет

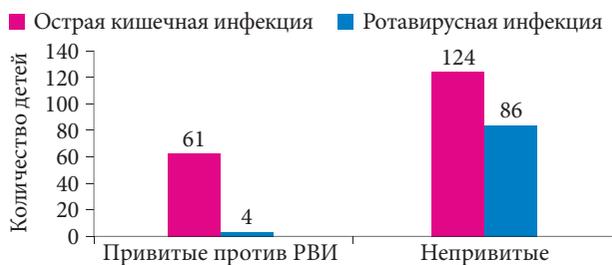


Рис. 3. Первый опыт РВИ-вакцинации в Тюмени

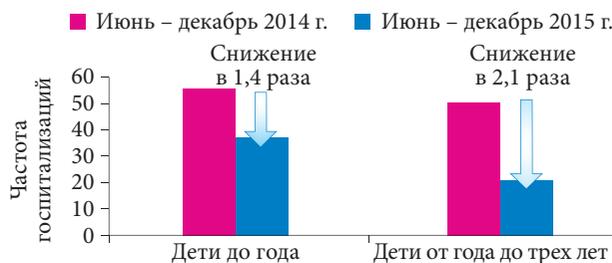


Рис. 4. Динамика госпитализированных с кишечной инфекцией

В Европе были получены аналогичные данные эффективности вакцины РотаТек. Так, во французском исследовании «случай – контроль», проведенном в 2008–2009 гг. в Бресте, оценивали частоту госпитализаций у детей младше двух лет по поводу ротавируса. В исследование были включены 2102 невакцинированных ребенка и 1895 вакцинированных детей, получивших три дозы вакцины РотаТек. Региональный проект внедрения вакцины РотаТек дал результат уже

через год: число госпитализаций по поводу РВИ в группе вакцинированных детей снизилось на 98% (рис. 2)¹⁰.

По словам профессора А.В. Горелова, в развивающихся странах, как и в России, этиологическая расшифровка диарей и гастроэнтеритов не проводится. Согласно опубликованным данным, в Мексике и Бразилии результативность вакцинации была высокой и привела к снижению заболеваемости РВГЭ на 79–94%^{23–25}. Внедрение вакцинации позволило снизить смертность от ОКИ. Показатели ее снижения коррелируют с долей РВИ: в Мексике – на 46%, Бразилии – на 22%^{26, 27}. В странах Европы проведение вакцинопрофилактики способствовало не только снижению риска госпитализаций, но и частоты обращений за врачебной помощью в поликлиники. На основании данных, опубликованных в 2015 г., вследствие применения вакцины РотаТек в 2006–2008 гг. (г. Темпере, Финляндия) частота госпитализаций и обращений в поликлиники в 2009–2011 гг. снизилась на 59% по поводу ОКИ, на 80% по поводу РВИ.

Первый положительный эффект вакцинации РВИ в нашей стране

был продемонстрирован в Тюмени и Ачинске. По данным профессора О.А. Рачковой, вакцинация в Тюмени способствовала снижению заболеваемости ОКИ в группе привитых детей по сравнению с непривитыми в два раза (124 против 62) и РВИ в 21 раз (4 против 86) (рис. 3).

По данным профессора Г.П. Мартынова, в Ачинске вакцинация способствовала снижению госпитализаций по поводу ОКИ в 1,4 раза у детей до года и 2,4 раза – у детей от года до трех лет (рис. 4).

Сказанное подтверждает эффективность вакцинации.

В заключение профессор А.В. Горелов отметил, что в странах, внедривших вакцинацию против РВИ, на следующий год отмечается снижение:

- ✓ заболеваемости РВИ на 70–90%;
- ✓ частоты госпитализаций на 50% и смертности по поводу любых ОКИ на 20–40%;
- ✓ заболеваемости РВГЭ в возрастных группах, не подлежащих вакцинации, на 15–70%.

Вакцинация против ротавируса рекомендована для включения в национальный календарь прививок РФ и региональные программы иммунопрофилактики.

Заключение

Внедрение ротавирусной вакцинации позволяет уменьшить частоту заболеваемости и распространения возбудителя в детской популяции. Введение трех доз пятивалентной ротавирусной вакцины РотаТек предотвращает среднетяжелые и тяжелые формы РВИ у детей раннего возраста, снижает смертность от РВГЭ, потребность в экстренной медицинской помощи, частоту госпитализаций, амбулаторного приема, нозокомиальной инфекции, а также способствует снижению заболеваемости непривитых детей в коллективах за счет уменьшения циркуляции ротавируса. Для достижения необходимого результата важен массовый охват вакцинацией детского населения. *

рентной медицинской помощи, частоту госпитализаций, амбулаторного приема, нозокомиальной инфекции, а также способствует снижению заболеваемости непривитых детей в коллективах за счет уменьшения циркуляции ротавируса. Для достижения необходимого результата важен массовый охват вакцинацией детского населения. *

²³ Lopman B.A., Payne D.C., Tate J.E. et al. Post-licensure experience with rotavirus vaccination in high and middle income countries; 2006 to 2011 // Curr. Opin. Virol. 2012. Vol. 2. № 4. P. 434–442.

²⁴ Gurgel R.Q., Correia J.B., Cuevas L.E. Effect of rotavirus vaccination on circulating virus strains // Lancet. 2008. Vol. 371. № 9609. P. 301–302.

²⁵ Justino M.C., Linhares A.C., Lanzieri T.M. et al. Effectiveness of the monovalent G1P[8] human rotavirus vaccine against hospitalization for severe G2P[4] rotavirus gastroenteritis in Belém, Brazil // Pediatr. Infect. Dis. J. 2011. Vol. 30. № 5. P. 396–401.

²⁶ Richardson V., Parashar U., Patel M. Childhood diarrhea deaths after rotavirus vaccination in Mexico // N. Engl. J. Med. 2011. Vol. 365. № 8. P. 772–773.

²⁷ Lanzieri T.M., Linhares A.C., Costa I. et al. Impact of rotavirus vaccination on childhood deaths from diarrhea in Brazil // Int. J. Infect. Dis. 2011. Vol. 15. № 3. P. e206–210.



РОТАТЕК® – первая и единственная пентавалентная, живая вакцина для перорального приема, которая защищает от 5-и наиболее распространенных в России серотипов ротавируса*^{1,2}

- РОТАТЕК® – 3-х дозовая схема вакцинации обеспечивает защиту от тяжелых, средних и легких форм ротавирусного гастроэнтерита²
- РОТАТЕК® совместим с другими вакцинами в рекомендованной схеме: 2 - 3 - 4,5 месяца²
- Безопасность подтверждена в одном из крупнейших в истории вакцин исследований REST (68 038 пациентов)³

Показания к применению: Активная иммунизация детей в возрасте от 6 до 32 недель с целью профилактики гастроэнтерита, вызываемого ротавирусами серотипов G1, G2, G3, G4 и серотипов G, содержащих P1A[8] (например, G9). Курс вакцинации состоит из трех готовых к употреблению доз вакцины РотаТек®, которые должны вводиться орально. Первая доза вакцины РотаТек® должна вводиться в возрасте от 6 до 12 недель, последующие дозы должны вводиться с интервалом от 4 до 10 недель. **Ключевая информация по безопасности вакцины РотаТек®.** **Противопоказания.** Повышенная чувствительность к любому компоненту вакцины РотаТек®, а также на введение вакцины РотаТек® в анамнезе. Инвагинация кишечника в анамнезе. Врожденные пороки развития желудочно-кишечного тракта, предрасполагающие к инвагинации кишечника. Иммунодефицит, подозрение на иммунодефицит или ВИЧ-носительство. Острые воспалительные процессы, сопровождающиеся высокой температурой (в этих случаях вакцинацию проводят после выздоровления или в стадии ремиссии). Инфекционное заболевание легкой степени тяжести не должно служить причиной отказа от вакцинации. Острая форма диареи или рвоты (в этих случаях вакцинацию проводят на стадии ремиссии). Непереносимость фруктозы, нарушение всасывания глюкозо-галактозного комплекса, недостаточность ферментов сахаразы и/или изомальтазы. Вакцина РотаТек® не должна вводиться лицам с тяжелым комбинированным иммунодефицитом. Случаи гастроэнтерита, вызванные вакцинным ви-

русом отмечались у детей с тяжелым комбинированным иммунодефицитом в пост-маркетинговых исследованиях. **С осторожностью.** При активных заболеваниях желудочно-кишечного тракта, включая хроническую диарею (отсутствие клинических данных). При задержке развития (отсутствие клинических данных). VACC-1054389-0011 (12.2012). При иммунокомпрометированном состоянии (например, в результате злокачественных новообразований или иммунодепрессивной терапии). При трансфузии крови или продуктов крови, включая иммуноглобулины, менее чем за 42 дня до намеченной вакцинации. Как и при любой другой иммунизации, вакцина РотаТек® может вызвать полную защиту не у всех вакцинированных. **Побочное действие.** Вакцина обычно хорошо переносится. Наиболее частыми нежелательными явлениями после введения вакцины РотаТек® (частота >1/10) являлись: инфекции верхних дыхательных путей, диарея, рвота, лихорадка, средний отит, возбудимость и кашель. Следующие нежелательные явления были спонтанно сообщены после регистрации вакцины РотаТек® (сообщения поступали от населения неизвестного количественного состава, поэтому невозможно определить частоту или установить причинно-следственную связь с вакцинацией): поражения кожи или подкожных тканей, сыпь, кровоподтек, нарушения желудочно-кишечного тракта, гастроэнтерит с выделением вакцинного вируса у детей с тяжелым комбинированным иммунодефицитом, иммунные системные нарушения – анафилактические реакции.

* На 15.04.2014 – единственная зарегистрированная вакцина для профилактики Ротавирусной инфекции в России
1. Podkolzin A.T., Petukhov D. N., Veselova O.A. EPMG Report: Rotavirus gr A surveillance and genotype distribution in Russian Federation in season 2011-2012. 2. Инструкция по применению Ротатек®. 3. Vesikari T et al. Safety and Efficacy of a Pentavalent Human-Bovine (WC3) Reassortant Rotavirus Vaccine. N Engl J Med 2006;354:23-33.

Перед назначением любого препарата, упомянутого в данном материале, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по применению, предоставляемой компанией-производителем. Компания MSD не рекомендует применять препараты компании способами, отличными от описанных в инструкции по применению



ООО «МСД Фармасьютикалс» Россия, 115093,
г. Москва, Павловская, д. 7, стр. 1,
Тел.: +7 (495) 916 71 00, Факс: +7 (495) 916 70 94,
www.merck.com

VACC-1084314-0017 (04.2014)

Реклама

РотаТек® 

(Вакцина для профилактики
ротавирусной инфекции,
пентавалентная, живая, оральная)



Терапия респираторных обструктивных заболеваний у детей: стандарты и реальность



Президиум: профессор Н.А. Гепте и профессор Н.И. Ильина, главный внештатный специалист аллерголог-иммунолог ФМБА России, главный врач Института иммунологии ФМБА России



Стенд компании «Натива»: вручение диплома академиком Р.М. Хаитовым, главным внештатным аллергологом-иммунологом Минздрава России

В рамках XIV Международного конгресса «Современные проблемы иммунологии, аллергологии и иммунофармакологии», организованного Российской ассоциацией аллергологов и клинических иммунологов (Москва, 22 марта 2017 г.), состоялся сателлитный симпозиум компании «Натива», посвященный актуальным вопросам диагностики и лечения обструктивных респираторных заболеваний у детей. Ведущие специалисты в области аллергологии и пульмонологии из разных регионов России проанализировали приоритетные подходы к терапии обструктивного синдрома различной этиологии в педиатрической практике, методы фармакотерапии с применением современных эффективных ингаляционных лекарственных средств, в том числе отечественного производства.



Профессор, д.м.н.
Е.В. Просекова

Обструктивные респираторные заболевания в клинической практике: фармакоэкономические аспекты терапии

Главный специалист аллерголог-иммунолог Департамента здравоохранения Приморского края, заведующая кафедрой клинической лабораторной диагностики, общей и клинической иммунологии Тихоокеанского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор Елена Викторовна ПРОСЕКОВА отметила, что вопрос

качества медицинской помощи по-прежнему чрезвычайно актуален. Критерии оценки качества медицинской помощи, утвержденные приказом Минздрава России от 7 июля 2015 г. № 422ан, сформированы в соответствии с законодательством по группам заболеваний или состояний на основании порядков оказания медицинской помощи, стандартов



Сателлитный симпозиум компании «Натива»

и клинических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи. Эти критерии действительны для медицинских компаний любой организационно-правовой формы. Под качеством медицинской помощи понимают совокупность характеристик, отражающих своевременность, адекватность выбранных методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, а также степень достижения запланированного результата. Доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются за счет использования порядков и стандартов по ее оказанию, предоставления медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Согласно статье 87 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется путем:

- выполнения требований к осуществлению медицинской деятельности, установленных законодательством Российской Федерации;
- определения показателей качества деятельности медицинских организаций;
- соблюдения объема, сроков и условий оказания медицинской помощи, контроля качества медицинской помощи фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании;
- формирования системы оценки деятельности медицинских работников, участвующих в оказании медицинских услуг;
- создания информационных систем в сфере здравоохранения, обеспечивающих в том числе персонифицированный учет при осуществлении медицинской деятельности.

На территории РФ действует ряд нормативных документов, утверждающих порядок оказания медицинской помощи населению, в том числе по профилям «пульмонология» и «аллергология и иммунология». Однако, согласно статистике, удовлетворенность населения медицинской помощью за период 2006–2015 гг. не достигла 50%, несмотря на позитивную динамику показателя. Это обусловлено, в частности, проблемами, связанными с организацией медицинской помощи, несоблюдением норм оказания помощи, ненадлежащим уровнем знаний медицинскими работниками и региональными органами здравоохранения основных нормативно-правовых документов, регламентирующих порядок оказания медицинской помощи.

Профессор Е.В. Просекова в качестве примера привела протоколы и стандарты лечения бронхообструктивного синдрома (БОС) как достаточно распространенной нозологии у детей и взрослых.

Бронхообструктивный синдром – симптомокомплекс, вызванный нарушением проходимости воздуха по бронхам из-за сужения дыхательных путей с последующим увеличением сопротивления потока воздуха при вентиляции. БОС относится к патофизиологическим нарушениям, влияющим на исходы и прогрессирующее течение хронических бронхолегочных заболеваний, характерен для ряда заболеваний дыхательной системы, прежде всего хронической обструктивной болезни легких, бронхиальной астмы (БА), острых респираторных вирусных инфекций, пневмонии, острого обструктивного бронхита. В педиатрической практике чаще встречается БОС, сопровождающий БА и острый обструктивный бронхит.

В патогенезе БОС задействованы симпатические и парасимпатические отделы нервной системы. Соответственно в основе бронхиальной обструкции лежат обратимые (функциональные) и необратимые (органические) изменения. К функциональным механизмам относят спазм гладкой мускулатуры, гипер-

секрецию слизи и отек слизистой оболочки бронхов. Спазм гладкой мускулатуры и гиперсекреция слизи происходят под воздействием раздражающих факторов (поллютанты, инфекционный агент) на слизистую оболочку дыхательных путей. В ответ выделяются медиаторы воспаления, которые раздражают окончания блуждающего нерва и способствуют выделению ацетилхолина, реализующего свое действие через мускариновые холинорецепторы. Активация последних вызывает холинергическую бронхоконстрикцию и гиперсекрецию.

Бронхообструктивный синдром требует соответствующей медикаментозной коррекции. Цель терапии – уменьшить выраженность симптомов, обеспечить длительный контроль над заболеванием путем предотвращения или снижения тяжести обострений, повлиять на естественное течение заболевания. Патогенетическая терапия БОС включает комбинированные бронхолитические препараты, содержащие М-холиноблокатор ипратропия бромид и бета-2-агонист фенотерол в соответствующей возрастной дозировке. В этом контексте важно отметить, что в реальной клинической практике аспект лекарственного обеспечения пациентов чрезвычайно актуален и тесно переплетается с вопросом качества медицинской помощи.

Прежде чем перейти к рассмотрению фармакоэкономических аспектов терапии, профессор Е.В. Просекова напомнила, что, с одной стороны, российская фармацевтическая промышленность за последние годы сделала заметный шаг вперед. С другой – изучением клинико-экономических преимуществ всех зарегистрированных в России лекарственных средств для оптимизации терапии в реальной клинической практике занимаются специалисты такой отрасли здравоохранения, как фармакоэкономика. Фармакоэкономический анализ позволяет оценить стоимостную эффективность известных и новых видов терапии, сравнить стоимость единицы эффек-

медиафорум



тивности при разных видах лечения, особенно в зависимости от используемых лекарственных средств, а также принять оптимальные решения врачам как на уровне клинической практики, так и на уровне управленческих процессов здравоохранения. Фармакоэкономический анализ учитывает не только стоимость приобретения лекарственных препаратов, но и их относительную эффективность, что может быть использовано при определении потенциальной экономии и оптимизации лечения.

Профессор Е.В. Просекова представила результаты собственного прямого открытого проспективного параллельного исследования, целью которого стал фармакоэкономический анализ затратности терапии БОС у детей с острым обструктивным бронхитом и БА. Исследование состояло из двух этапов. На первом проводили сравнительный анализ клинической эффективности терапии БОС с использованием комбинированного раствора, содержащего ипратропия бромид и фенотерол, двух торговых марок, на втором – фармакоэкономический анализ стоимости эффективности указанной терапии.

В исследовании участвовали дети в возрасте от трех до шести лет. Первую группу составили 40 пациентов, находившихся на стационарном лечении в педиатрическом отделении краевой детской клинической больницы № 1 г. Владивостока с диагнозом острого обструктивного бронхита с октября по декабрь 2016 г. Во вторую группу вошли 40 детей, находившихся на амбулаторном лечении по поводу обострения БА в тот же период и получавших базисную терапию ингаляционными глюкокортикостероидами (ИГКС).

Бронхолитическую терапию перед началом исследования его участники не получали. Группы были разделены на подгруппы по 20 пациентов, сопоставимые по половозрастным характеристикам, тяжести БОС и объему базисной противовоспалительной терапии. Методом случайной выборки для купирования БОС проводили ингаляции через небулайзер одним

из двух комбинированных бронхолитиков – М-холиноблокатором ипратропия бромидом и бета-2-агонистом фенотеролом в виде раствора для ингаляций.

Комбинированный раствор ипратропия бромида и фенотерола включен в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП) для медицинского применения. Препарат начинает действовать уже в течение первых 15 минут после применения. Клиническое действие продолжается до шести часов. Данная лекарственная комбинация используется для купирования и профилактики обструктивного синдрома при любых заболеваниях дыхательных путей (бронхит, БА, грипп и др.).

В исследовании применяли комбинированный раствор ипратропия бромида и фенотерола двух торговых марок – Беродуал (раствор) («Берингер Ингельхайм», Германия) и Ипратерол-натив (ООО «Натива», Россия). Оба препарата, согласно официальным инструкциям, показаны детям до шести лет при остром обструктивном бронхите и обострении БА.

Перед началом исследования оценивали клинические характеристики в обеих группах. В первой группе изучали исходные показатели тяжести БОС (увеличение частоты дыхания, участие вспомогательных мышц в акте дыхания, наличие свистящих хрипов на выдохе и др.), во второй – исходные показатели тяжести приступа БА (увеличение частоты дыхания, наличие свистящих хрипов на выдохе, насыщение кислородом крови и др.). Свистящие хрипы на выдохе зафиксированы у всех пациентов обеих групп.

Согласно анализу клинической эффективности, в обеих подгруппах детей группы острого обструктивного бронхита купирование увеличения частоты дыхания и свистящих хрипов на выдохе, участия вспомогательной мускулатуры в акте дыхания и достижения насыщения кислородом крови имели место на третьи сутки после начала терапии. Достоверных различий в достиже-

нии клинической эффективности в подгруппах препаратов Беродуал и Ипратерол-натив не зарегистрировано. У детей с БА, получавших комбинированные препараты Беродуал (раствор) и Ипратерол-натив, к седьмому дню терапии удалось полностью купировать БОС. Одышка и свистящие хрипы на выдохе отсутствовали. В обеих подгруппах отмечалось насыщение кислородом крови. Во всех группах побочных и нежелательных явлений не зафиксировано. Таким образом, препараты Ипратерол-натив и Беродуал в виде растворов продемонстрировали аналогичную клиническую эффективность и безопасность. Это позволило исследователям провести фармакоэкономический анализ затратности эффективности – минимизации стоимости. Результаты показали, что в стационаре стоимость препарата Ипратерол-натив составила 182 руб., препарата Беродуал (раствор) – 210,08 руб. за упаковку. Розничные цены в аптеках составили 215 руб. за отечественный препарат и 283 руб. за иностранный. При изучении показателей затратности – эффективности терапии БОС у детей с острым обструктивным бронхитом и БА в реальной клинической практике установлено, что стоимость курсовой дозы препарата Ипратерол-натив ниже стоимости курсовой дозы препарата Беродуал (раствор): в группе детей с обструктивным бронхитом – $89,56 \pm 2,94$ руб. (отечественный препарат) и $126,82 \pm 4,75$ руб. (иностранного препарата), в группе детей с БА – $182,7 \pm 3,38$ руб. (отечественный препарат) и $243,75 \pm 3,9$ руб. (иностранного препарата) соответственно ($p < 0,05$).

Согласно данным проведенного фармакоэкономического анализа стоимости эффективности терапии БОС растворами Ипратерол-натив (ООО «Натива», Россия) и Беродуал («Берингер Ингельхайм», Германия), у детей с обструктивным бронхитом и БА целесообразно использовать препарат отечественного производства Ипратерол-натив (при сопоставимой клинической эффективности и безопасности).



Сателлитный симпозиум компании «Натива»

Современные направления диагностики и лечения респираторной патологии: в фокусе синдром бронхиальной обструкции

Заведующая кафедрой детских болезней Первого Московского государственного медицинского университета (МГМУ) им. И.М. Сеченова, заслуженный врач Российской Федерации, д.м.н., профессор Наталья Анатольевна ГЕППЕ представила основные направления стратегии лечения и диагностики синдрома бронхиальной обструкции у детей. Профессор Н.А. Геппе отметила, что по инициативе председателя Российского респираторного общества академика А.Г. Чучалина ведущими российскими педиатрами в 1997 г. была разработана первая национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». Прогресс в области изучения БА и увеличение объема информации об этом заболевании способствовали многократному пересмотру и дополнению клинических рекомендаций. В 2017 г. подготовлено и опубликовано пятое издание клинических рекомендаций по лечению и профилактике БА у детей с пятилетнего возраста (предыдущий пересмотр был в 2012 г.). При подготовке документа учитывались последние мировые данные, касающиеся БА у детей. К обсуждению был привлечен самый широкий круг экспертов из разных регионов страны. Национальная программа является приоритетным профессиональным документом для отечественных педиатров, пульмонологов и аллергологов¹.

Исходя из современных представлений, в основе БА лежит хроническое аллергическое воспаление бронхов, в котором участвует ряд клеток (эозинофилы, нейтрофилы, тучные клетки, лимфоциты)

и которое обычно сопровождается гиперреактивностью дыхательных путей. Клиническими проявлениями БА считаются периодические приступы затрудненного дыхания или удушья в результате распространенной бронхиальной обструкции, обусловленной бронхоконстрикцией, гиперсекрецией слизи, отеком стенки бронхов.

Бронхиальная астма – гетерогенное состояние, характеризующееся широкой вариабельностью индивидуальных проявлений, обусловленных сочетанием триггерных факторов с различными фенотипами, степенью гиперреактивности и обструкции дыхательных путей, тяжестью воспаления. Фенотипов БА несколько, но с детским возрастом связан в первую очередь атопический.

В основе концепции этиологии и патогенеза БА лежат биологические и генетические риски (измененный иммунитет, дисфункция легких, нарушение процессов восстановления) в сочетании с воздействием окружающей среды (аллергены, инфекции, стресс и др.), которые в каждой возрастной популяции имеют свои клинические особенности. Развитие и формирование БА зависят от реакций механизма врожденного и адаптивного иммунитета.

В последние годы в мире особое внимание уделяется эпидемиологии БА. Согласно зарубежной статистике, БА – наиболее распространенное хроническое заболевание у детей. При этом БА способна приводить к значительному снижению качества жизни, инвалидности и смерти. Факторами риска смерти от БА являются тяжелое течение болезни, врачебные ошибки,



Профессор, д.м.н.
Н.А. Геппе

подростковый или ранний детский возраст. Угрозу для жизни ребенка представляет любой эпизод затрудненного дыхания, бронхообструкции. У детей в возрасте до шести лет кумулятивная заболеваемость БОС достигает 60%. Проявления бронхиальной обструкции могут быть вторичные, обусловленные острыми респираторными заболеваниями. Именно поэтому из данной группы пациентов важно своевременно выявить детей с БА². В профилактике смерти от БА первостепенное значение имеют:

- 1) систематическое врачебное наблюдение;
 - 2) пропаганда адекватного базисного противовоспалительного лечения; тщательный мониторинг состояния больного с оперативным обращением за квалифицированной помощью пульмонолога или аллерголога при обострении;
 - 3) наличие письменного плана мероприятий при обострении БА у пациента и его родителей (независимо от возраста больного).
- При постановке диагноза БА у детей необходимо учитывать данные анамнеза: наличие рецидивирующих респираторных симптомов (обструкция, кашель, диспноэ и др.), ухудшение состояния ночью и ранним утром, при острых респираторных заболеваниях, фи-

¹ Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактики». 5-е изд., перераб. и доп. М.: Оригинал-макет, 2017.

² Brand P.L., Baraldi E., Bisgaard H. et al. Definition, assessment and treatment of wheezing disorders in preschool children: an evidence-based approach // Eur. Respir. J. 2008. Vol. 32. № 4. P. 1096–1110.



XIV Международный конгресс «Современные проблемы иммунологии, аллергологии и иммунофармакологии»

недуга

зических нагрузках, контакте с табачным дымом, домашней пылью, животными, ухудшении погоды, смехе или плаче. Следует учитывать аллергический анамнез, наличие атопического дерматита, пищевой аллергии и аллергического ринита, а также отягощенной наследственности по БА или другим аллергическим заболеваниям. Особое место в диагностике БА занимают определение обструкции при аускультации и оценка легочной функции по данным спирометрии, атопии с помощью кожных проб или определения уровня иммуноглобулина (Ig) E. Для исключения альтернативных диагнозов рекомендуется проводить рентгенологическое исследование грудной клетки. В клинической практике, чтобы оценить степень воспаления при БА, возможно определение уровня оксида азота в дыхательных путях, эозинофилов в мокроте.

Современная терапия БА направлена на устранение аллергического воспаления слизистой оболочки бронхов, уменьшение их гиперреактивности, восстановление бронхиальной проходимости и предупреждение структурной перестройки стенки бронхов. Выбор лечения определяется тяжестью течения и периодом БА. При фармакотерапии БА рекомендован ступенчатый подход.

Базисная терапия назначается индивидуально с учетом тяжести заболевания на момент осмотра больного и корректируется по мере достижения эффекта. Объем базисной терапии зависит от тяжести и уровня контроля БА, возраста пациента, характера сопутствующей патологии. Пациентам с БОС назначают бронхорасширяющие препараты.

Бета-2-агонисты короткого действия (КДБА), обеспечивающие быстрое и выраженное расширение бронхов при минимальных побочных эффектах, в течение многих лет используются для купирования приступов бронхиальной обструкции. В настоящее время салбутамол по-прежнему является эталон-

ным бронхолитиком, разрешенным для применения у детей раннего возраста – с 18 месяцев. В России уже восемь лет (с 2009 г.) производится и успешно применяется отечественный препарат – Сальбутамол-натив, раствор для ингаляций (ООО «Натива», Россия).

В ходе многочисленных клинических исследований получены доказательства эффективности комбинаций М-холиноблокатора ипратропия бромид и бета-2-агониста фенотерола.

Сегодня на фармацевтическом рынке появились отечественные комбинированные бронхорасширяющие препараты. Раствор для ингаляций Ипратерол-натив и аэрозоль для ингаляций Ипратерол-аэронатив (ООО «Натива», Россия) содержат два компонента с бронхолитической активностью – ипратропия бромид и фенотерол. Эти препараты применяются для купирования и профилактики обструктивного синдрома при любых заболеваниях дыхательных путей. При совместном применении двух активных веществ бронхорасширяющий эффект достигается за счет воздействия на разные фармакологические мишени. М-холиноблокатор и бета-2-агонист дополняют друг друга, в результате чего усиливается спазмолитический эффект на мышцы бронхов и обеспечивается широта терапевтического действия препаратов при бронхолегочных заболеваниях, сопровождающихся констрикцией дыхательных путей. Данные лекарственные препараты разрешены к применению у детей дошкольного возраста. В Университетской детской клинической больнице Первого МГМУ им. И.М. Сеченова уже не первый год успешно применяются Ипратерол-натив, раствор для ингаляций, и Ипратерол-аэронатив, аэрозоль для ингаляций (ООО «Натива», Россия).

ИГКС признаны наиболее эффективными противовоспалительными препаратами у больных БА. Будесонид можно назначать детям с шестимесячного возраста, флутиказона пропионат – с года, бекло-

метазона дипропионат – с четырех лет, циклесонид – с шести, мометазон – с 12 лет. Доза ИГКС должна соответствовать тяжести заболевания и при достижении контроля титроваться до минимальной поддерживающей. При тяжелом течении заболевания ИГКС используют не менее 6–8 месяцев, при БА средней тяжести – 4–6 месяцев, при легкой – два-три месяца.

В Университетской детской клинической больнице Первого МГМУ им. И.М. Сеченова также получен положительный клинический опыт применения отечественного препарата Беклометазон-аэронатив, содержащего давно проверенный и широко применяемый в настоящее время базовый ИГКС беклометазон, для терапии БА, аэрозоль для ингаляций (ООО «Натива», Россия), выпускаемого в трех дозах (50, 100 и 250 мкг/доза). Это удобно, поскольку позволяет гибко корректировать схему терапии БА у детей. При недостаточном ответе на ИГКС они могут использоваться в комбинации с бета-2-агонистами длительного действия (ДДБА).

Антагонисты лейкотриеновых рецепторов назначают в качестве монотерапии детям старше двух лет с легкой БА как альтернативу низким дозам ИГКС. Монтелукаст рекомендован пациентам с БА и сопутствующим аллергическим ринитом. У детей со среднетяжелой и тяжелой БА антилейкотриеновые препараты назначают дополнительно при недостаточном контроле на фоне применения ИГКС.

Таким образом, стратегия лечения БА предусматривает ступенчатый подход, при котором терапия становится интенсивнее по мере увеличения степени тяжести заболевания. И наоборот, если бронхиальная астма хорошо контролируется, количество и частота применяемых лекарственных средств снижаются. Программа лечения БА у детей включает профилактику возможных обострений заболевания, достижение и длительное поддержание контроля заболевания.



Сателлитный симпозиум компании «Натива»

Возрастные особенности ингаляционной терапии в педиатрической практике

По мнению главного внештатного детского пульмонолога Департамента здравоохранения г. Москвы, профессора кафедры детских болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, д.м.н. Александра Борисовича МАЛАХОВА, ингаляционная терапия является наиболее эффективным методом доставки лекарственных веществ при минимальном риске развития побочных эффектов. На эффективную доставку лекарственного средства из ингалятора в легкие влияют, в частности, техника ингаляции, возрастные и психологические характеристики пациента, объемная скорость выдоха. Эффективность ингаляционной терапии зависит также от доступности попадания лекарственного вещества именно в те отделы респираторного тракта, для которых он предназначен. На глубину проникновения лекарственного вещества в дыхательные пути влияет дисперсность аэрозоля. Дисперсность аэрозолей для ингаляций, в том числе продуцируемых небулайзерами, колеблется от 0,5 до 10 мкм. Частицы размером 6–10 мкм задерживаются в верхних дыхательных путях, в то время как частицы диаметром 1–5 мкм (респирательная фракция) воздействуют на нижние дыхательные пути, в частности бронхиолы (на необходимую область), и оказывают максимальный лечебный эффект.

Для ингаляционной терапии БОС используются дозированные аэрозольные ингаляторы (ДАИ), ДАИ, активируемые вдохом (ДАИАВ), дозированные порошковые ингаляторы (ДПИ) и небулайзеры. Выбор устройства зависит от возраста ребенка. Например, ДАИ и ДАИАВ у детей раннего возраста (младше пяти лет) применяются достаточно редко. Для применения у таких маленьких пациентов рекомендованы ДАИ со спейсером и небулайзеры, в том числе для лечения БА в период обострения.

Все ингаляционные системы имеют плюсы и минусы. Преимуществами ДАИ являются портативность, быстрая и простая техника ингаляции, низкая стоимость. Они не требуют заправки в процессе использования. К недостаткам относятся необходимость четкой координации медленного вдоха и активации ингалятора, сложности при проведении высокодозной бронхорасширяющей терапии (купирование тяжелого приступа БА), а также орофарингеальное осаждение препарата.

В свою очередь при использовании ДПИ не требуется координации вдоха и активации ингалятора, отсутствует пропеллент, объем респирательной фракции увеличивается в сравнении с применением ДАИ. Однако при использовании ДПИ для генерации ингаляционного препарата необходим значительный инспираторный поток (свыше 30 л/мин). Компоненты препарата оседают на слизистой оболочке ротоглотки, могут возникнуть сложности при проведении бронхорасширяющей терапии высокими дозами. Кроме того, стоимость ДПИ весьма высока, что ограничивает их доступность.

Повышению легочной депозиции аэрозолей способствуют снижение скорости потока аэрозоля, выделяемого из ингалятора, устранение зависимости от синхронизации с вдохом. В связи с этим для детей до шести лет оптимальной техникой доставки лекарственных препаратов считаются небулайзеры. При их использовании нет необходимости координировать движения и вдох, можно проводить высокодозную бронхорасширяющую терапию при тяжелом приступе БА. С их помощью осуществляется непрерывная продукция аэрозоля с высокой пропорцией (свыше 50%) респирательных частиц (1–5 мкм) в течение 10–15 минут³.

У небулайзеров имеются минусы: недостаточная портативность, необ-



Профессор, д.м.н.
А.Б. Малахов

ходимостью постоянного источника электропитания, специального обучения ребенка и его родственников, возможность микробной контаминации аппаратуры и высокая стоимость. Эффективность небулайзерной терапии зависит от лекарственного средства (активность, доза/объем, свойства), типа компрессора и самого небулайзера, состава аэрозоля (размер частиц), обучаемости и приверженности пациента лечению. Различают струйные (компрессорные), ультразвуковые небулайзеры и небулайзеры мембранного типа (электронно-сетчатые, или mesh). В компрессорных небулайзерах распыление осуществляется по принципу Вентури сжатым воздухом. Компрессорные небулайзеры универсальны, недороги, доступны и способны распылять практически любые растворы для ингаляций. К недостаткам можно отнести высокий уровень шума и вес. Электронно-сетчатые (mesh) небулайзеры обладают преимуществами компрессорных и ультразвуковых ингаляторов. Они компактны, бесшумны и характеризуются пониженной частотой ультразвука. Как следствие, в mesh-небулайзерах используются препараты, которые не применяются в ультразвуковых. В отличие от ультразвуковых небулайзеров в mesh-небулайзерах распыление лекарства происходит в результате «просеивания» жидкости через очень маленькие отверстия. Недостаток состоит в том, что сетка мембраны требует максимально аккуратного обращения. При этом mesh-небулайзеры самые дорогостоя-

³ Boe J., Dennis J.H. European Respiratory Society Nebulizer Guidelines: technical aspects // Eur. Respir. Rev. 2000. Vol. 10. № 72. P. 1–237.



XIV Международный конгресс «Современные проблемы иммунологии, аллергологии и иммунофармакологии»

щие по сравнению с другими типами небулайзеров.

На эффективность небулайзерной терапии могут влиять факторы, связанные с лекарственным препаратом. Его вязкость и поверхностное натяжение отражаются на выходе и характеристиках аэрозоля. Так, растворы антибиотиков имеют очень высокую вязкость, что требует использования мощных компрессоров и небулайзеров, активируемых вдохом. Осмолярность аэ-

розоля влияет на его депозицию. При прохождении через увлажненные дыхательные пути может увеличиваться размер частиц гипертонического аэрозоля и уменьшаться размер частиц гипотонического аэрозоля.

В настоящее время в ингаляционной терапии применяют различные группы препаратов: антибиотики, М-холинolitikи, бета-2-агонисты, муколитики, мукокинетики, антимикотики, кромоны, ГКС, аналоги простаглиц-

лина, а также комбинированные препараты (например, М-холинolitik и бета-2-агонист).

В педиатрической клинической практике все большее распространение получают отечественные генерические препараты для лечения респираторной патологии, в том числе БОС, сопоставимые по клиническому эффекту, безопасности и показателям однородности дозирования и респираторной фракции с оригинальными

Препараты для ингаляционной терапии БА у детей

№ п/п	Торговое наименование	МНН	Форма выпуска	Компания-производитель	Страна производства	Регистрационный номер	ЖНВЛП	Возраст применения
1	Сальбутамол-натив	Сальбутамол	Раствор для ингаляций 1 мг/мл, 2,5 мл № 10	ООО «Натива»	Россия	P N000442/02	+	С 18 месяцев
2	Ипратропиум-аэронатив	Ипратропия бромид	Аэрозоль для ингаляций дозированный 20 мкг/доза, 200 доз	ООО «Натива»	Россия	ЛП-003125	+	С 6 лет
3	Ипратерол-натив	Ипратропия бромид + фенотерол	Раствор для ингаляций 0,25 мг/мл + 0,5 мг/мл, 20 мл – флакон	ООО «Натива»	Россия	ЛП-002166	+	До 6 лет
4	Ипратерол-аэронатив	Ипратропия бромид + фенотерол	Аэрозоль для ингаляций дозированный 20 мкг + 50 мкг/доза, 200 доз	ООО «Натива»	Россия	ЛП-003359	+	С 6 лет
5	Беклометазон-аэронатив	Беклометазон	Аэрозоль для ингаляций дозированный 50 мкг/доза, 100 мкг/доза, 250 мкг/доза, 200 доз	ООО «Натива»	Россия	ЛП-002051	+	С 4 лет
6	Салтиказон-аэронатив	Салметерол + флутиказон	Аэрозоль для ингаляций дозированный 25 мкг + 50 мкг, 25 мкг + 125 мкг, 25 мкг + 250 мкг, 120 доз	ООО «Натива»	Россия	ЛП-003744	+	С 4 лет
7	Салтиказон-натив	Салметерол + флутиказон	Порошок для ингаляций дозированный 50 мкг + 100 мкг, 50 мкг + 250 мкг, 50 мкг + 500 мкг, 60 доз	ООО «Натива»	Россия	ЛП-003400	+	С 4 лет
8	Фенотерол-аэронатив	Фенотерол	Аэрозоль для ингаляций дозированный 100 мкг/доза, 200 доз	ООО «Натива»	Россия	ЛП-004222	-	С 4 лет



Сателлитный симпозиум компании «Натива»

ми (иностранными) лекарственными препаратами, но характеризующиеся более низкой стоимостью.

Российская компания «Натива» выпускает целый ряд воспроизведенных ингаляционных препаратов для лечения БА и БОС у детей (таблица)⁴. Например, в московской клинической практике хорошо зарекомендовала себя комбинация ипратропия бромид и фенотерола – препараты Ипратерол-натив, раствор для ингаляций, и Ипратерол-аэронатив, аэрозоль для ингаляций, разрешенные к применению у дошкольников⁵.

Рекомендуемые дозы раствора комбинации ипратропия бромид и фенотерола – ингаляции три раза в сутки через небулайзер: детям в возрасте до 12 месяцев – одна капля на килограмм массы тела, от одного года до пяти лет – 10 капель, старше шести лет – 10–20 капель (данный препарат

у детей до шести лет и с массой тела до 22 кг применяется только при условии постоянного медицинского наблюдения).

Эффективность препарата у детей зависит от типа ингалятора. При бронхиальной обструкции с выраженными симптомами дыхательной недостаточности назначают ИГКС (будесонид). Использование суспензии будесонида для небулайзерной терапии в педиатрической практике хорошо изучено. Показано, что применение будесонида через небулайзер снижает риск обострений астмы на 45%⁶.

В заключение профессор А.Б. Малахов подчеркнул, что в одной ингаляции можно использовать несколько лекарственных средств, которые могут применяться ингаляционно согласно их официальным инструкциям. В многочисленных исследованиях не зафиксировано нежелательных явлений

и ухудшения терапевтического эффекта при совместном введении препаратов. Вместе с тем при первичном использовании ингаляционной терапии у детей препараты следует назначать поочередно⁷. Кроме того, для небулайзеров не рекомендуется использовать растворы, в состав которых входят масла, суспензии, и растворы, содержащие взвешенные частицы, в том числе отвары и настои трав, растворы эуфилина, папаверина, платифиллина, димедрола и подобные средства, как не имеющие точек приложения на слизистой оболочке дыхательных путей⁸. Четкое соблюдение правил применения ингаляционных препаратов в педиатрической клинической практике с учетом характеристик типов ингаляторов и возрастных особенностей детей обеспечивает максимальную клиническую эффективность и безопасность лечения.

Рациональная фармакотерапия респираторных обструктивных заболеваний у детей: региональный опыт

О практическом клиническом опыте лечения детей с респираторными обструктивными заболеваниями рассказала главный внештатный детский специалист пульмонолог Министерства здравоохранения Свердловской области, врач-пульмонолог областной детской клинической больницы № 1 (г. Екатеринбург) Ирина Павловна ШУЛЯК. Она подчеркнула, что сегодня увеличивается число детей с обструктивными респираторными заболеваниями. БОС у детей сопровождает ряд заболеваний, среди которых первое место занимают инфекционно-воспалительные заболевания органов дыхания (острые вирусные респираторные инфекции, бронхиты, бронхолиты),

БА и др. Иногда в педиатрической практике при развитии обструкции аспирацию инородных тел приходится дифференцировать с обструктивными бронхитами. Диагностика и лечение БОС должны проводиться строго в соответствии со стандартами терапии Минздрава России и федеральными клиническими рекомендациями.

Алгоритм терапии БОС тяжелого течения, когда дети наблюдаются в стационаре, включает ингаляции КДБА или комбинации ипратропия бромид и фенотерола через небулайзер (одна доза каждые 20 минут на протяжении часа), будесонида (суспензия) через небулайзер, кислорода, а также обильное питье. В случае хорошего эффекта от проводимой



И.П. Шуляк

терапии ингаляции КДБА или комбинации ипратропия бромид и фенотерола через небулайзер повторяют каждые 6–8 часов, будесонида – два раза в сутки, добавляют ингаляции муколитиков через небулайзер и продолжают давать больному обильное питье. При неудовлетворительном эффекте от начальной терапии про-

⁴ grls.rosminzdrav.ru/grls.aspx.

⁵ Полякова А.С., Таточенко В.К., Бакрадзе М.Д. Алгоритмы лечения кашля и бронхообструкции у детей при острых респираторных заболеваниях // Фарматека. 2016. № 14 (327). С. 25–33.

⁶ Camargo C.A., Ramachandran S., Ryskina K.L. et al. Association between common asthma therapies and recurrent asthma exacerbations in children enrolled in a state Medicaid plan // Am. J. Health. Syst. Pharm. 2007. Vol. 64. № 10. P. 1054–1061.

⁷ Tenne H.A., Батырева О.В., Малышев В.С. и др. Волнообразное течение бронхиальной астмы. Терапия обострений // Трудный пациент. 2007. Т. 5. № 2. С. 43–46.

⁸ Tenne H.A. Ингаляционная небулайзерная терапия респираторной системы у детей. Практическое руководство для врачей. М., 2008.



XIV Международный конгресс «Современные проблемы иммунологии, аллергологии и иммунофармакологии»

должают ингаляции КДБА или комбинации ипратропия бромид и фенотерола через небулайзер каждые 6–8 часов, добавляют внутривенно эуфиллин, системные ГКС, инфузионную терапию, ингаляции кислорода. Если сохраняется отрицательный ответ на терапию, больного переводят в отделение интенсивной терапии, применяют метод искусственной вентиляции легких.

Сегодня в России наблюдается тенденция к повышению уровня общей заболеваемости БА у детей и подростков. Целью лечения БА является достижение стойкой ремиссии и высокого качества жизни у всех пациентов независимо от тяжести заболевания. Программа лечения БА состоит из базисной противовоспалительной терапии и терапии развившегося обострения. Основу фармакотерапии БА составляет базисное лечение, под которым понимают регулярное длительное применение препаратов, купирующих аллергическое воспаление в слизистой оболочке дыхательных путей, контролирующих симптомы и снижающих риск развития обострений⁹.

Противовоспалительная базисная терапия включает средства длительного контроля над персистирующей БА: ИГКС, в том числе в комбинации с ДДБА, ДДБА, кромоны, антилейкотриеновые препараты, системные ГКС, анти-IgE-специфические антитела (омализумаб). В свою очередь для купирования обострений БА применяют КДБА (сальбутамол, фенотерол), М-холинолитики (ипатропия бромид), комбинации ипратропия бромид и фенотерола, ингибиторы фосфодиэстеразы, препараты метилксантинового ряда (теофиллин, эуфиллин), ГКС (ингаляционные, системные). При этом современная терапия обострений основана на принципе синергичного сочетания бронхолитиков и ИГКС.

И.П. Шуляк отметила, что дети с БА входят в категорию пациентов с госу-

дарственной социальной поддержкой и льготным обеспечением лекарственными препаратами. В перечень лекарственных препаратов, отпускаемых по рецептам врачей бесплатно в аптечных организациях, включены противоастматические средства, такие как беклометазон (аэрозоль для ингаляций), будесонид (суспензия для ингаляций), будесонид + формотерол (порошок или капсулы с порошком для ингаляций), ипратропия бромид + фенотерол (аэрозоль для ингаляций, раствор для ингаляций), ипратропия бромид (аэрозоль для ингаляций), сальбутамол (раствор для ингаляций, аэрозоль для ингаляций), салметерол + флутиказон (аэрозоль для ингаляций, порошок или капсулы с порошком для ингаляций), формотерол (порошок для ингаляций).

На 2017 г., согласно Федеральному закону от 19 декабря 2016 г. № 422-ФЗ, установлен норматив финансовых затрат в месяц на одного гражданина, получающего государственную социальную помощь в виде социальной услуги по обеспечению лекарственными препаратами, в том числе для детей, в размере 807,20 руб.¹⁰ Однако в реальной клинической практике эта сумма крайне редко компенсирует истинные затраты на лечение конкретного пациента, тем более ребенка, поскольку стоимость лекарственных препаратов (особенно зарубежного производства) слишком высока. Президентом Российской Федерации с 2015 г. законодательно определена государственная политика замены лекарственных средств иностранного производства, входящих в перечень ЖНВЛП, отечественными препаратами, которые в последние годы стали в большем объеме производиться в России. Итоги мониторинга лекарственного обеспечения за 2015 г., проведенного Общероссийским народным фронтом (в опросе приняли участие 1000 человек в возрасте от 18 до 60 лет, проживающие в разных типах городов во

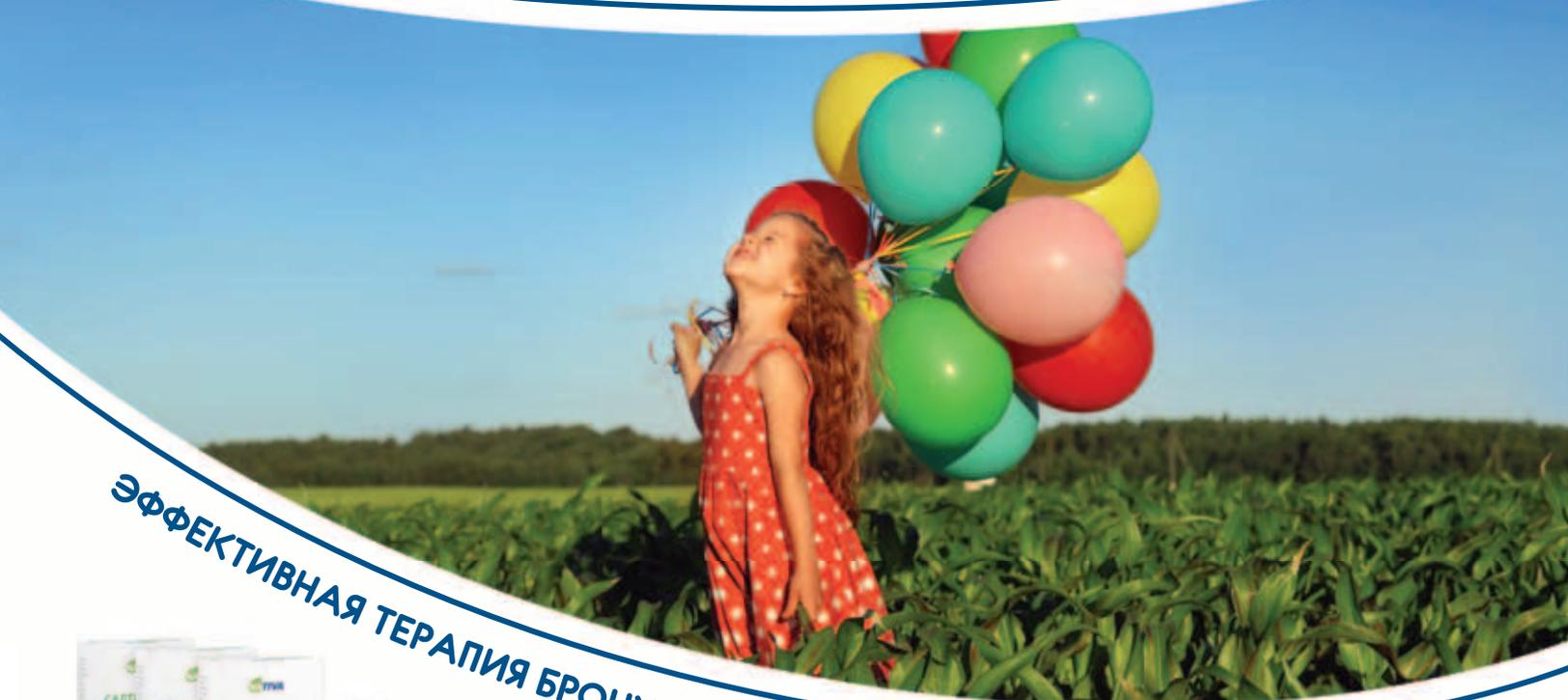
всех федеральных округах), наглядно продемонстрировали результаты возможностей замены импортных препаратов отечественными лекарственными средствами. Усилия в этом вопросе увенчались успехом у 81% россиян, приобретающих препараты в аптеках. Причем 70% россиян отметили сопоставимое качество отечественных препаратов с зарубежными аналогами, 9% россиян, приобретающих препараты в аптеках, указали даже на более высокое качество отечественных препаратов по сравнению с импортными. Почти две трети опрошенных (63%) отметили, что при покупке медикаментов в первую очередь ориентируются на цену. 32% респондентов ответили, что стали покупать меньше лекарственных средств и вынуждены отказываться от некоторых препаратов. 39% россиян заявили, что заменили дорогие импортные препараты более доступными по цене отечественными аналогами. Таким образом, подчеркнула И.П. Шуляк, вопрос доступности лекарственных препаратов для пациентов (детей и их родителей) крайне актуален и прямо коррелирует с успехом терапии, например, такого заболевания, как БА.

И.П. Шуляк отметила также, что в реальной клинической практике в последние годы все больше появляется воспроизведенных препаратов, в том числе отечественного производства, различных фармакотерапевтических групп.

Российская фармацевтическая компания «Натива» производит практически весь спектр препаратов для лечения обструктивных респираторных заболеваний. При этом в России многие из этих лекарственных препаратов другие фармпроизводители не выпускали ранее и не производят в настоящее время (вероятно, из-за сложностей с обеспечением технологических процессов и качества). Компания «Натива» является активным участником государственной программы им-

⁹ Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». 3-е изд., испр. и доп. М.: Атмосфера, 2008.

¹⁰ Федеральный закон от 19.12.2016 № 422-ФЗ «О нормативе финансовых затрат в месяц на одного гражданина, получающего государственную социальную помощь в виде социальной услуги по обеспечению лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов, на 2017 год».



ЭФФЕКТИВНАЯ ТЕРАПИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ



РУ: ЛП-003744



РУ: ЛП-003359



РУ: ЛП-003125



РУ: ЛП-002051



РУ: ЛП-003400



РУ: ЛП-002166



РУ: Р №00442/02



ПРОИЗВОДСТВО ПОЛНОГО ЦИКЛА, СЕРТИФИЦИРОВАННОЕ В СООТВЕТСТВИИ СО СТАНДАРТАМИ GMP



Компания «Натива» является исполнителем государственных контрактов Министерства промышленности и торговли Российской Федерации в рамках федеральной целевой программы «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу»

Информация предназначена только для специалистов здравоохранения
Для получения дополнительной информации обращайтесь в ООО «Натива» по адресу: 143402, Московская область, Красногорский р-н, г. Красногорск, ул. Октябрьская, д. 13, (495) 608-33-80, (495) 644-37-67, e-mail: info@nativa.pro, www.nativa.pro

Реклама



XIV Международный конгресс «Современные проблемы иммунологии, аллергологии и иммунофармакологии»

портозамещения фармацевтической продукции (43 государственных контракта на разработку и производство лекарственных средств) и сопряженных с этим закупок лекарственных средств для обеспечения государственных и муниципальных нужд органами здравоохранения и непосредственно самими учреждениями здравоохранения всех регионов России. Компания «Натива» обладает собственной научно-исследовательской и технической базой полного производственного технологического цикла, соответствие которого правилам GMP подтверждено и европейским сертификатом, и заключением Министерства промышленности и торговли РФ.

Рассматривая практический клинический опыт в Свердловской области, И.П. Шуляк акцентировала внимание участников конференции на ряде препаратов. Так, Беклометазон-аэронатив, аэрозоль для ингаляций (50, 100 и 250 мкг/доза), производимый компанией «Натива» и разрешенный к применению у детей с четырех лет,

давно и успешно применяется в реальной клинической практике, в том числе в рамках льготного лекарственного обеспечения в Свердловской области и областной детской клинической больницы № 1 (г. Екатеринбург). Аэрозоль для ингаляций Ипратерол-аэронатив и раствор для ингаляций Ипратерол-натив также продемонстрировали эффективность в терапии бронхообструкции у детей при любой патологии.

Эффективность и безопасность препаратов изучали в ряде клинических исследований. Кроме того, в исследованиях сравнивали качественные и количественные характеристики указанных препаратов с таковыми зарубежных аналогов. Результаты исследований подтвердили эквивалентность препаратов российской компании «Натива» иностранным аналогам.

Важный момент: стоимость отечественных препаратов на 15–26% ниже стоимости аналогичных зарубежных лекарственных средств, что делает отечественные препа-

раты ООО «Натива» более доступными для пациентов и учреждений здравоохранения при существующем ограниченном бюджете.

Подводя итог, И.П. Шуляк констатировала, что для повышения доступности терапии и обеспечения качества лечения респираторных обструктивных заболеваний у детей необходимо совершенствовать и развивать, с одной стороны, отечественное производство лекарственных средств, с другой – систему мониторинга нежелательных явлений. Дело в том, что последние годы все чаще в реальной клинической практике применяются различные генерические препараты разных производителей. Постоянный мониторинг эффективности и безопасности терапии, взаимодействие между производителями лекарственных препаратов, врачами и пациентами будут способствовать повышению доступности и качества лечения как детей, так и взрослых с обструктивными респираторными заболеваниями.

Заключение

В ходе сателлитного симпозиума компании «Натива», организованного в рамках XIV Международного конгресса «Современные проблемы иммунологии, аллергологии и иммунофармакологии» 22 марта 2017 г., ведущими отечественными детскими специалистами в области респираторной медицины были всесторонне и комплексно рассмотрены стандарты терапии, аспекты качества оказания медицинской помощи детям при обструктивных респираторных заболеваниях и вопросы реальной клинической практики. Внимание участников конференции было акцентировано также на актуальном вопросе доступности лекарственных препаратов и клинико-фармакоэкономических аспектах терапии. Участникам конференции была предоставлена полная информация о современных лекарственных

препаратах для обеспечения качественного, эффективного и доступного лечения, выпускаемых компанией «Натива» (Россия). Компания «Натива» разработала и вывела на российский фармацевтический рынок препараты для лечения различных заболеваний, в том числе в области пульмонологии, произведенные в соответствии со стандартами GMP. По форме выпуска пульмонологические препараты представлены аэрозолями и порошками для ингаляций, а также растворами для небулайзерной терапии, по фармакотерапевтическим группам – бронхолитиками, ИГКС и комбинированными лекарственными средствами. Компанией «Натива» разработан и выпускается широкий спектр ингаляционных препаратов для лечения обструктивных респираторных заболеваний с использованием современных средств доставки,

в том числе оригинальных, – 15 наименований (по количеству препаратов этот перечень превосходит перечень любого иностранного или отечественного фармпроизводителя, работающего в России). Эффективность и безопасность данных препаратов тщательно изучены в исследованиях оценки показателей однородности дозирования и респираторности фракций и многоцентровых клинических исследованиях. При этом препараты ООО «Натива» по цене более доступны, чем иностранные аналоги. Доказанная эквивалентность при более выгодной стоимости делает препараты компании «Натива» препаратами выбора в терапии БА и БОС у детей.

Все лекарственные препараты компании «Натива» для лечения обструктивных респираторных заболеваний входят в стандарты оказания медицинской помощи Министерства здравоохранения РФ, федеральные клинические рекомендации и перечень ЖНВЛП. ♦



Уважаемые коллеги!

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

XXVII Национального конгресса по болезням органов дыхания

Конгресс состоится в г. Санкт-Петербурге
с 17 по 20 октября 2017 г.

Организаторы конгресса Российское респираторное общество
Министерство здравоохранения Российской Федерации
(План научно-практических мероприятий Министерства здравоохранения
Российской Федерации на 2017 год)

Место проведения г. Санкт-Петербург, ВО, ул. Кораблестроителей, д. 14
гостиница «Park Inn by Radisson Прибалтийская»

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

Президент конгресса – профессор Федосеев Глеб Борисович

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

Заявки на участие в научной программе необходимо оформить (не позднее 25.06.2017) **через сайт www.spulmo.ru**
Правила оформления заявки размещены на сайте www.spulmo.ru. Информация по тел. **8 (495) 940-6331**

ТЕЗИСЫ

Тезисы конгресса принимаются бесплатно. Материалы должны быть высланы через сайт www.spulmo.ru не позднее 30 июля 2017 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).

Заявку необходимо прислать до 1 октября 2017 г. по e-mail: rrpulmo@mail.ru с пометкой: «Конкурс молодых ученых».

РЕГИСТРАЦИОННЫЙ ВЗНОС

Регистрационный взнос до 1 августа 2017 г. составляет 6500 рублей, после 1 августа – 7500 рублей.

Лица, оплатившие единый регистрационный взнос, имеют право:

- на участие в мероприятиях XXVII Национального конгресса по болезням органов дыхания;
- на годовую подписку на журналы «Пульмонология», «Атмосфера», «Астма и аллергия»;
- на получение монографий, подготавливаемых ежегодно ведущими экспертами в области респираторной медицины;
- на еженедельную рассылку ЕРО всем членам РРО.

ЕРО предоставит всем членам РРО электронный доступ к журналу European Respiratory Review, Breath и к монографиям.

ПО ВОПРОСАМ РЕГИСТРАЦИИ

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

БРОНИРОВАНИЕ НОМЕРОВ

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

ВЫСТАВКА

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

Заявки на участие в выставке принимаются до 25 сентября 2017 г.
e-mail: exhibition@spulmo.ru
тел.: 8 (495) 730-5649,
8 (910) 465-1906

КОНГРЕСС РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА РЕНТГЕНОЛОГОВ И РАДИОЛОГОВ

8-10 ноября 2017, Москва

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

Президент конгресса

член-корр. РАН Григорий Григорьевич Кармазановский

Президент РОРР

проф. Валентин Евгеньевич Синицын

ОРГАНИЗАТОРЫ

- Министерство здравоохранения Российской Федерации
- Российское общество рентгенологов и радиологов

ПРИ УЧАСТИИ

- European Society of Radioilogy
- Ассоциации медицинских физиков России
- Радиационно-онкологического сообщества
- Общества ядерной медицины
- Национального общества нейрорадиологов
- Общества интервенционных онкордиологов
- Общества торакальных радиологов
- Общества специалистов по сердечно-сосудистой радиологии
- Российской ассоциации маммологов
- Санкт-Петербургского радиологического общества
- ОО «Человек и его здоровье»

ОСНОВНАЯ ТЕМА

Абдоминальная рентгенология и радиология

В ПРОГРАММЕ КОНГРЕССА

- Заседание профильной комиссии по лучевой диагностике Министерства здравоохранения Российской Федерации
- Заседания рабочих групп: клинические рекомендации в лучевой диагностике
- Школы и мастер-классы от представителей медицинской промышленности
- Конкурс молодых радиологов
- Сессии для рентгенлаборантов
- Студенческая олимпиада по лучевой диагностике
- Выставка с участием ведущих производителей и поставщиков оборудования, контрастных средств

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНГРЕССА

Медицинская визуализация:

- заболевания ЖКТ и брюшной полости
- маммология, женское здоровье
- неврология и нейрохирургия
- фтизиатрия и пульмонология
- сердечно-сосудистые заболевания
- неотложная диагностика
- онкология
- педиатрия
- системные заболевания

Ядерная медицина

Медицинская физика

Лучевая терапия

Ультразвуковая диагностика

Интервенционная радиология

Радиобиология, радиохимия

Информационные технологии, телемедицина

Радиационная гигиена и лучевая безопасность

Тезисы публикуются бесплатно, с правилами оформления тезисов можете ознакомиться на сайте congress-ph.ru

ВАЖНЫЕ СОБЫТИЯ И ДАТЫ:



Подача заявок на доклады
и публикацию тезисов
до **1 сентября 2017 г.**

Гарантированное бронирование проживания в отеле
до **15 сентября 2017 г.**

Реклама

ТЕХНИЧЕСКИЙ ПАРТНЕР КОНГРЕССА



INTERNATIONAL CONGRESS SERVICE

(812) 380-3155, 380-3156

www.ics.spb.ru



ЧЕЛОВЕК И ЕГО ЗДОРОВЬЕ

(812) 380-3153, 380-3154

welcome@congress-ph.ru

www.congress-ph.ru

DISCOVERYMED

ПЛАН НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ НА 2017 ГОД

Первое полугодие

3 февраля

VIII Научно-практическая конференция
**«Грипп и другие респираторные инфекции: профилактика,
диагностика и лечение» с симпозиумом
«Бронхолегочные осложнения гриппа и ОРВИ»**

10 февраля

VIII Научно-практическая конференция
**«Рациональная фармакотерапия в практике терапевта»
с симпозиумом «Болезни органов дыхания»**

7 апреля

IV Научно-практическая конференция
«Традиции и достижения российской педиатрии»

21 апреля

IX Научно-практическая конференция
**«Актуальные вопросы неврологии» с симпозиумами
«Нейропротекция при заболеваниях ЦНС» и
«Профилактика и лечение клещевого энцефалита»**

27–28 апреля

X Юбилейная междисциплинарная
научно-практическая конференция
**«Урогенитальные инфекции и репродуктивное здоровье:
клинико-лабораторная диагностика и терапия» с симпозиумами
«Заболевания шейки матки» и «Мужское здоровье»**

Май

Всероссийская конференция с международным участием
**«Окислительный стресс и окислительно-восстановительное
равновесие в экологии человека и медицине»**

3 июня

IV Международная конференция
по патологии надпочечников «Adrenal day»
**«Гормонально-активные опухоли надпочечников (феохромо-
цитомы, альдостеромы, синдром Кушинга, инциденталомы)»
с сателлитным симпозиумом по сахарному диабету**

В РАМКАХ КОНФЕРЕНЦИЙ ПРОХОДЯТ ТЕМАТИЧЕСКИЕ ВЫСТАВКИ

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

EXPO@DISCOVERYMED.RU

WWW.TERRAMEDICA.SPB.RU

14-16 НОЯБРЯ 2017

XXI

**РОССИЙСКИЙ
ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ
КОНГРЕСС**

МОСКВА / КРОКУС ЭКСПО
WWW.ROSONGOWEB.RU

XXI ВЕК – ВЕК ИННОВАЦИЙ





ДВАДЦАТЬ ТРЕТЬЯ ОБЪЕДИНЕННАЯ РОССИЙСКАЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКАЯ НЕДЕЛЯ

Уважаемые коллеги!

Российская гастроэнтерологическая ассоциация (РГА) приглашает вас принять участие в работе очередного съезда врачей-гастроэнтерологов страны – Двадцать третьей объединенной Российской гастроэнтерологической недели. Гастронеделя состоится в Москве с 9 по 11 октября 2017 года в Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ по адресу: проспект Вернадского, д. 84 (ст. м. «Юго-Западная»).

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

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

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

Перед неделей **с 6 по 8 октября 2017 года** будет проведена 104 Осенняя сессия Национальной школы гастроэнтерологии, гепатологии РГА.

Вход на научные заседания гастронедели свободный

Адрес для переписки и справок: 119146, Москва, а/я 31, «ГАСТРО»

Телефон для справок: +7 926 213-25-52

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

Сайты: www.gastro.ru, www.liver.ru

• **конференции** • **выставки** • **семинары** •

Агентство медицинской информации «Медфорум» – ЭКСПЕРТ в области образовательных проектов для **ВРАЧЕЙ** различных специальностей, **ПРОВИЗОРОВ** и **ФАРМАЦЕВТОВ**. Мы работаем **ПО ВСЕЙ РОССИИ!**

- Москва • Астрахань • Волгоград • Воронеж • Дмитров • Калининград •
- Красноярск • Нижний Новгород • Одинцово • Оренбург • Подольск • Санкт-Петербург •
- Самара • Солнечногорск • Ставрополь • Ярославль •

Организация профессиональных медицинских форумов для врачей, провизоров и фармацевтов. Более 100 мероприятий в год в 25 регионах России!

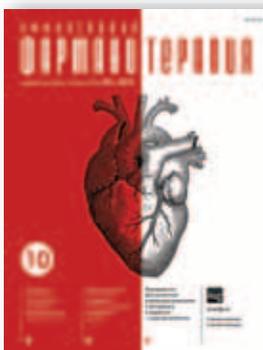
(495) 234 07 34

www.medforum-agency.ru



Журналы для врачей различных специальностей

- Вестник семейной медицины
- Эффективная фармакотерапия
 - Акушерство и гинекология
 - Аллергология и иммунология
 - Гастроэнтерология
 - Дерматовенерология и дерматокосметология
 - Кардиология и ангиология
 - Неврология и психиатрия
 - Онкология и гематология
 - Педиатрия
 - Пульмонология и оториноларингология
 - Ревматология, травматология и ортопедия
 - Урология и нефрология
 - Эндокринология



Журнал для провизоров и фармацевтов



Журнал для организаторов здравоохранения

Интернет-магазин медицинской книги
www.mbookshop.ru