

XX Сидельниковские чтения — бренд отечественной педиатрии

Сидельниковские чтения на протяжении 20 лет являются знаковым событием в жизни всей педиатрической общности Украины. Этот научно-практический форум, объединивший лучших отечественных ученых-педиатров, сохранивший традиции украинской педиатрической школы, стал современной платформой для обмена опытом и знаниями, получения новой информации о возможностях фармакотерапии детских заболеваний, неформального общения между коллегами и встреч со старыми друзьями. Юбилейные, XX Сидельниковские чтения, посвященные 90-летию члена-корреспондента Национальной академии наук (НАН) Украины, Национальной академии медицинских наук (НАМН) Украины, профессора Виктора Михайловича Сидельникова, прошли на родине ученого — в Харькове. Именно здесь, 19–20 сентября 2018 г. состоялась XX Всеукраинская научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные вопросы педиатрии» (Сидельниковские чтения), собравшая врачей-педиатров со всех уголков Украины. Традиционно научная программа мероприятия включила широкий спектр актуальных вопросов, касающихся инновационных методов диагностики, терапии и профилактики заболеваний органов дыхания, пищеварительного тракта, мочевой системы, орфанных метаболических заболеваний, заболеваний эндокринной системы, кардиоревматологических болезней, особое внимание было уделено проблеме антибиотикорезистентности и внедрению международных стандартов в педиатрическую практику.

Приветствие



Профессор **Валерий Мясоедов**, ректор по научной работе Харьковского национального медицинского университета, поприветствовал участников юбилейной конференции. Он отметил, что Харьковская педиатрическая школа связана с именами выдающихся профессоров М.Д. Пономарева, И.В. Троицкого, Я.С. Аркавина, М.М. Фришмана, Ю.В. Белоусова, В.С. Приходько, внесших весомый вклад в становление и развитие педиатрии в нашей стране. Их заслуга заключается в создании общества детских врачей, направление работы которого — научная разработка актуальных вопросов педиатрии, профессиональное усовершенствование врачей-педиатров, организационно-методическая и консультативная помощь органам практического здравоохранения. Детская кардиология была одним из направлений, где осуществлялось сотрудничество со всеми научными школами нашей страны, в частности Киевской школой, представителем которой был Виктор Михайлович Сидельников.

В. Мясоедов подчеркнул, что сегодня развитие медицинской науки, образования, системы здравоохранения возможно только при условии тесного сотрудничества ученых, педагогов, практиков, представителей власти и бизнеса, международного сотрудничества. Он выразил уверенность в том, что традиционно Сидельниковские чтения станут ярким событием не только в педиатрической, но и во всей медицинской жизни нашей страны.



Профессор **Александр Волосовец**, член-корреспондент НАМН Украины, заведующий кафедрой педиатрии № 2 Национального медицинского университета (НМУ) имени А.А. Богомольца, отметил, что Харьковская школа — это большая история и традиции, выдающиеся имена, благодаря которым состоялась отечественная педиатрия. Именно здесь была организована одна из первых педиатрических кафедр на просторах Украины.

А. Волосовец выразил надежду, что проводимый форум станет тем пространством знаний, которое защитит отечественную педиатрию, приблизит ее к реализации международных протоколов, повысит знания практических врачей, приехавших из разных регионов Украины.



Профессор **Богдан Федак**, начальник Управления здравоохранения Харьковской областной государственной администрации, отметил, что Харьковщина является большим научным центром, тут воспитано очень много научных кадров, которые сегодня достойно представляют украинскую науку не только внутри государства, но и далеко за ее пределами. Он пожелал участникам конференции плодотворной работы, жарких дискуссий и интересных докладов.



С открытием конференции участников мероприятия поздравила **Светлана Бичева**, начальник отдела лечебно-профилактической помощи управления организации лечебно-профилактической помощи женщинам и детям Департамента здравоохранения Харьковского городского совета, пожелавшая плодотворной работы и крепкого здоровья врачам и их пациентам.

Здоровье детей — будущее страны

Открыл рабочую часть конференции профессор **А. Волосовец**, уделивший внимание в своем выступлении существующим актуальным проблемам педиатрии в Украине. Он отметил, что на протяжении двух последних десятилетий значительно увеличилось количество новообразований, болезней эндокринной системы, кровообращения, мочевой системы, врожденных аномалий, деформаций и хромосомных аномалий, заболеваний уха и соскоподоного отростка, органов дыхания. Прежде всего, это касается 9 областей, которые больше других пострадали вследствие Чернобыльской катастрофы, а также Днепропетровской и Харьковской областей, в которых один из наиболее высоких показателей распространенности заболеваний детского возраста. Так, за 20 лет в Харьковской области на 83% повысилась заболеваемость детскими болезнями в сравнении с 40% в Украине в целом. Харьковщина занимает первое место по распространенности заболеваний мочеполовой системы, второе — новообразований, третье — врожденных аномалий, в то же время Житомирская область является лидером по распространению расстройств психики, Ивано-Франковская область — заболеваний кровообращения, органов пищеварения и эндокринной системы, Днепропетровская область — заболеваний органов дыхания и мочевой системы.

Серьезную обеспокоенность вызывает увеличение количества неинфекционных заболеваний. Более 100 тыс. детей и подростков в Украине имеют избыточную массу тела и ожирение, в перспективе они могут стать жертвой смертельного квартета — метаболического синдрома, атеросклероза, ишемической болезни сердца, сахарного диабета 2-го типа. По мнению докладчика, избежать этого можно только путем принятия эффективных программ профилактики, распространения адекватной социальной рекламы, плодотворной научной работы над данной проблемой.

А. Волосовец подчеркнул, что современными трендами развития европейской и отечественной педиатрии являются стандартизация медицинской помощи детям на основе доказательной и персонализированной медицины, мероприятия по предупреждению инфекционных и неинфекционных заболеваний, сдерживание антибиотикорезистентности, внедрение инноваций в педиатрическую практику.

Терапия и профилактика тонзиллофарингита у детей: современные рекомендации



Профессор **Виталий Майданник**, академик НАМН Украины, заведующий кафедрой педиатрии № 4 НМУ имени А.А. Богомольца, напомнил, что в этиологической структуре тонзиллофарингита у детей 30% составляют риновирусы, аденовирусы, коронавирусы, 4% — вирусы гриппа и парагриппа, 1% — вирус Эпштейна — Барр. Стрептококки группы А (*Streptococcus pyogenes*) обуславливают в среднем 37% (32–42% всех случаев тонзиллита) случаев острого тонзиллофарингита у детей в возрасте старше 5 лет, и 24% (21–26%) случаев заболевания — у детей младше 5 лет.

Важным является проведение дифференциальной диагностики между стрептококковой инфекцией группы А и вирусным фарингитом. Как правило, для стрептококковой инфекции группы А характерны такие симптомы, как боль в горле, дисфагия, лихорадка, головная боль, боль в животе, тошнота, рвота, петехии на мягком небе, переднешейный лимфаденит, скарлатиноподобное высыпание. Для оценки степени тяжести заболевания и терапевтической тактики рекомендовано использование шкалы МакАйзека. Также необходимо учитывать чувствительность и специфичность показателей.

До начала терапии рекомендовано проведение бактериологического исследования материала с миндалин и задней стенки глотки, поскольку данный метод является на сегодня наиболее достоверным. В качестве альтернативы бактериологическому методу рекомендуется использовать экспресс-тесты для определения стрептококка группы А (негативный результат теста необходимо перепроверять проведением теста повторно или бактериологическим исследованием в случае сомнения). Не рекомендуется рутинное исследование антител к *Streptococcus pyogenes* при диагностике острого тонзиллита, поскольку антитела появляются позже и не являются свидетельством инфекции. Не рекомендовано также рутинное исследование маркеров воспаления при остром тонзиллите.

Говоря о терапии заболевания, В. Майданник отметил, что при вирусном тонзиллофарингите системная антибактериальная терапия неэффективна и не предупреждает бактериальную супер-

инфекцию; системные антибиотики при вирусной инфекции не рекомендуются. Применять системную антибактериальную терапию следует только в случаях доказанной бактериальной стрептококковой инфекции, а также при высокой вероятности подозрения на стрептококковую этиологию острого тонзиллофарингита.

Назначать антибиотики обязательно необходимо с учетом антимикробной резистентности. Следует помнить, что на сегодняшний день стрептококк остается чувствительным к цефтриаксону и ванкомицину. Результаты метаанализа 17 рандомизированных контролируемых исследований по изучению влияния цефалоспоринов и пенициллина на способность исчезновения симптомов при стрептококковом тонзиллофарингите свидетельствуют о том, что в целом пенициллин и цефалоспорины демонстрировали наивысшую и сравнительную эффективность. Однако цефалоспорины оказались более эффективней пенициллина у детей в возрасте до 12 лет, пациентов с хроническим рецидивирующим тонзиллитом. Показано, что цефалоспорины обеспечивают эрадикацию большего количества штаммов стрептококков.

Терапия поражений печени у детей с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК)



Валентина Березенко, заведующая кафедрой педиатрии № 1 НМУ имени А.А. Богомольца, обратила внимание слушателей на то, что >30% случаев ВЗК диагностируют в детском и подростковом возрасте. Проявления поражений гепатобилиарной системы у взрослых и детей могут предшествовать началу ВЗК, сопровождать активные проявления заболевания или же развиваться позже на фоне течения ВЗК. Как правило, поражения гепатобилиарной системы связаны с общими патогенетическими механизмами ВЗК (первичный склерозирующий холангит (ПСХ), аутоиммунный гепатит). Также они могут развиваться одновременно с хроническими ВЗК (желчнокаменная болезнь, тромбоз портальной вены, абсцессы печени), быть обусловлены побочным эффектом лечения при ВЗК (токсический гепатит, цирроз печени, реактивация вирусного гепатита).

В. Березенко отметила, что у 11–49% больных поражения гепатобилиарной системы могут проявляться в виде интермиттирующей или персистирующей гипертрансаминаземии. Повышение печеночных проб на протяжении 1-го года манифестации ВЗК отмечают у 29% больных, а хроническую патологию печени с установленным гепатологическим диагнозом — только у 5,8%. При этом хронические заболевания печени у пациентов с ВЗК могут формироваться на фоне нормальных биохимических тестов.

Частота развития неалкогольного стеатогепатита при ВЗК достигает 23% при язвенном колите и до 39,5% — при болезни Крона. 70–80% детей с ПСХ имеют сопутствующие ВЗК, 7,5% пациентов с ВЗК в будущем будут иметь ПСХ. У детей данное заболевание, как правило, характеризуется бессимптомным или малосимптомным течением; в 55–95% случаев характерным является тотальное поражение толстой кишки, тяжесть колита легкая или без активности, с высоким риском развития колоректальной карциномы.

Говоря об особенностях диагностики поражений печени у детей с ВЗК, В. Березенко отметила, что таким пациентам рекомендован ежемесячный мониторинг печеночных проб на протяжении первых 3 мес лечения, в дальнейшем — 1 раз в 3–6 мес. При наличии стойких или периодических нарушений биохимических показателей, характерных для синдрома холестаза, показано проведение магнитно-резонансной томографии (МРТ). При отсутствии изменений на МРТ, но с подозрением на ПСХ проводят функциональную биопсию печени. Биопсию печени также проводят больным с подозрением на аутоиммунный гепатит.

Лечение детей с ВЗК и хроническими заболеваниями печени включает применение урсодезоксихолевой кислоты в дозе 15–20 мг/кг массы тела в сутки. Кортикостероиды и иммунодепрессанты целесообразно применять у пациентов с проявлениями аутоиммунного гепатита. Трансплантацию печени можно рассматривать у отдельных пациентов с ПСХ и холангиоцеллюлярной дисплазией (по данным цитологии).



Докладчик подчеркнула, что медикаментозная терапия не откладывает трансплантацию печени. Проведение колоноскопии больным с ВЗК с ПСХ рекомендовано каждые 1–2 года, у пациентов с ПСХ без признаков ВЗК — каждые 5 лет.

Респираторные заболевания и поражения ротовой полости: инновационные подходы



Большой интерес участников конференции вызвало совместное выступление профессора **Наталии Савичук**, проректора по научной работе Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, и профессора **Галины Бекетовой**, заведующей кафедрой детских и подростковых заболеваний Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика. Во время междисциплинарной дискуссии, посвященной инновационным подходам в терапии при респираторных заболеваниях и поражениях ротовой полости у детей, докладчицы остановились на проблемных вопросах, связанных с профилактикой и терапией данных патологий. Нарушение со стороны системы антиинфекционной резистентности лежит в основе абсолютно разных заболеваний (стоматит, псевдомембранный кандидоз, атрофический кандидоз, кандидоассоциированная лейкоплакия, кандидозный эзофагит, кандидо-аллергия и др.), клиническим маркером которых является поражение слизистой оболочки полости рта.

Известно, что лизоцим (антибактериальный фермент, разрушающий клеточные стенки бактерий) содержится во всех органах и системах организма (слюна, носоглоточный слизистый секрет, грудное молоко и др.). Следует помнить, что концентрация лизоцима в грудном материнском молоке выше, чем в коровьем молоке, при этом она продолжает повышаться даже спустя полгода, после начала кормления ребенка. Именно с помощью этого и поддерживается физиологическое низкоуровневое воспаление. Воспалительный процесс будет клинически значимым только тогда, когда к физиологическому низкоуровневому воспалению присоединяются клинические симптомы (боль и/или нарушение глотания) и системные признаки воспаления (лихорадка, интоксикация). Это означает, что существует либо дефицит компонентов неспецифической защиты слизистой оболочки ротоглотки, либо чрезмерная ее контаминация микроорганизмами, то есть нарушение системы антиинфекционной резистентности. Клинически это может проявляться наличием у ребенка глоссита, стоматита, фарингита, тонзиллита, гингивита и т.д. И если для педиатра подходы к диагностике и терапии, например фарингитов и тонзиллитов, известны, то патология ротовой полости вызывает много вопросов.

Здоровый ребенок в Украине в 72,3% случаев имеет поражения твердых тканей зубов (кариес), 70–75% — хроническое воспаление десен (хронический катаральный гингивит), 4,1–16,4% — генерализованный пародонтит, >60% — зубочелюстные аномалии. В среднем на одного здорового ребенка в Украине приходится более двух нозологических форм стоматологических заболеваний, являющихся инфекционными. Наибольшую обеспокоенность вызывает распространенность кариеса зубов у детей в возрасте до 3 лет, не посещающих стоматолога (поражение временных молочных зубов отмечаются в 87% случаев). Искусственное и неправильное кормление, использование сладких продуктов в питании маленького ребенка является не только кариесогенным фактором, но и наиболее вероятным фактором так называемого «бутылочного кариеса» у детей (baby bottle tooth decay). Источником кариесогенных бактерий также является материнская микрофлора.

Следует помнить, что у ребенка в возрасте от 6 мес до 6 лет отмечается наиболее повышенная чувствительность к острым респираторным инфекциям и заболеваниям слизистой оболочки полости рта (особенность онтогенеза становления иммунной системы и системы антиинфекционной резистентности). Важным

является информирование родителей о гигиеническом уходе за ротовой полостью не только у болеющего, но и у здорового ребенка. У болеющих детей гигиенические мероприятия должны включать чистку зубов после еды дважды в день, применение местных антисептиков и лизоцимсодержащих средств, у детей после болезни — чистку зубов после еды дважды в день, применение лизоцимсодержащих препаратов/мукозальных вакцин.

При терапии заболеваний слизистой оболочки полости рта при выборе антисептика необходимо учитывать сбалансированный бактериостатический эффект, умеренную длительность действия, отсутствие цитотоксичности, бактерицидного влияния для представителей нормофлоры, низкий уровень риска во время попадания в пищевод, желудок. Как правило, для гигиенической обработки полости рта (снижения риска вторичного инфицирования и признаков воспаления) применяют 0,1% раствор гексетидина, обладающий бактериостатической эффективностью относительно бактерий, грибов и простейших. Показано, что после применения 0,1% раствора гексетидина 2 раза в день по 15 мг уменьшается количество аэробных и анаэробных бактерий, *Candida albicans*. Препарат долго находится в ротовой полости, абсорбируясь на слизистой оболочке, где его концентрация сохраняется на протяжении 65–72 ч, он не проникает в кровотоки.

При незначительных воспалительных явлениях ротоглотки рекомендовано применение местных иммунокорректоров, в частности препаратов лизоцима, способствующих уменьшению адгезии бактерий к назубному биофильму, повышающих пробиотический потенциал нормальной микрофлоры полости рта.

Антибактериальная терапия при инфекциях органов дыхания у детей



Сергей Кривоустов, профессор кафедры педиатрии № 2 НМУ имени А.А. Богомольца, подчеркнул, что проблема антибиотикорезистентности и оптимизации применения антибиотиков является глобальной во всем мире. По мнению специалистов, антибиотикорезистентность на сегодняшний день ответственна за 700 тыс. смертей в мире, если ситуация не изменится, то к 2050 г. количество смертей достигнет 10 млн.

Говоря о терапии при пневмонии, докладчик отметил, что выбирать тактику лечения необходимо, руководствуясь международными рекомендациями. Так, согласно рекомендациям Британского торакального общества (British Thoracic Society), амоксициллин рекомендуется как первый выбор пероральной терапии у всех детей. В соответствии с рекомендациями Американской ассоциации по инфекционным болезням (Infectious Diseases Society of America — IDSA), амоксициллин следует применять как терапию первой линии для ранее здоровых, должным образом иммунизированных детей дошкольного возраста с легким и средним течением пневмонии, когда подозревается ее бактериальное происхождение; а также у ранее здоровых, должным образом иммунизированных детей дошкольного возраста и подростков с легким и среднетяжелым течением пневмонии против пневмококка.

При выборе стартовой эмпирической терапии пневмоний международные эксперты рекомендуют руководствоваться двумя критериями — региональным уровнем вакцинации против пневмококка и региональным уровнем стойкости *Streptococcus pneumoniae* (*S. pneumoniae*) к пенициллину. Для регионов с высоким уровнем вакцинации или низкой резистентностью рекомендуется применение ампициллина, для регионов с низким уровнем вакцинации или высокой резистентностью — цефалоспоринов.

В руководстве Red Book указано, что детям, не получившим полностью иммунизацию против пневмококка поливалентной вакциной, при пневмонии рекомендуется стартовая антибиотикотерапия цефалоспорином. Американская академия педиатрии (American Academy of Pediatrics — AAP) разработала руководство, согласно которым у неиммунизированных детей применяют защищенные аминопенициллины или цефалоспорины. Аминопенициллины, амоксициллин или ампициллин внутривенно используют у полностью вакцинированных детей при пневмонии. У детей не-

вакцинированных, при нетяжелой инфекции рекомендован цефподоксим как пероральный цефалоспориин. Вообще, при всех нетяжелых инфекциях следует назначать лечение пероральными антибиотиками, а при тяжелых — использовать внутривенный путь введения антибиотика, а также шире применять ступенчатую терапию с переходом от внутривенного к пероральному антибиотику.

При этом, по мнению С. Кривоустова, важно учитывать чувствительность возбудителей к цефподоксиму. Например, в Турции (по данным 2016 г.) чувствительность *S. pneumoniae* составляла 96,1%, *Haemophilus influenzae* (*H. influenzae*) >95% (по одному критерию) и >86,4% (по другому критерию). Эти цифры свидетельствуют о том, что пероральные цефалоспорины не утратили чувствительности к ведущим патогенам пневмонии.

При стрептококковом тонзиллофарингите пенициллин или амоксициллин остаются терапией первой линии. Управлением по контролю за пищевыми продуктами и лекарственными средствами (Food and Drug Administration — FDA) рекомендован 5-дневный курс терапии цефподоксимом проксетилом как альтернатива 10-дневному курсу другими β-лактаминами антибиотиками.

При терапии у пациентов с острым средним отитом в странах Европы препараты стартовой терапии несколько отличаются. Например, в Швеции для детей в возрасте старше 1 года терапия первой линии — это тактика ожидания «wait-and-see», второй — природный пенициллин. Во Франции у детей в возрасте старше 2 лет при неосложненном отите в качестве терапии первой линии используют тактику ожидания «wait-and-see», второй линии — высокую дозу амоксициллина; для детей в возрасте до 2 лет с неосложненным отитом или старше 2 лет с тяжелым отитом терапия первой линии предполагает амоксициллин в высокой дозе, второй — амоксициллин/клавулановую кислоту или цефподоксим.

Говоря об остром бактериальном риносинусите, докладчик обратил внимание на то, что для стартовой его антибиотикотерапии обычно рекомендуют амоксициллин/клавулановую кислоту. Клиндамицин с цефиксимом или цефподоксимом рекомендован для пациентов с аллергией на бета-лактамы не-I типа. Цефалоспорины обеспечивают хороший охват микроорганизмов, которые производят β-лактамазу.

Подводя итоги выступления, С. Кривоустов подчеркнул, что использование международных рекомендаций является важным шагом усовершенствования медицинской помощи детям с заболеваниями верхних и нижних дыхательных путей. В то же время необходимы дальнейшие региональные исследования антибиотикорезистентности ведущих возбудителей респираторных инфекций. Необходим акцент на важности вакцинации против *S. pneumoniae*, *H. influenzae* типа B и учет этой информации при выборе стартового антибиотика в лечении ребенка.

Бронхиальная астма (БА) у подростков

Профессор **Лесья Беш**, заведующая кафедрой педиатрии № 2 Львовского Национального медицинского университета имени Данилы Галицкого, уделила внимание проблеме БА у подростков, отметив, что у этих пациентов достичь контроля заболевания довольно сложно. По мнению докладчика, это связано с психологической неуравновешенностью подростков, их физиологическими и поведенческими особенностями.

Принципы лечения подростков с БА включают:

- развитие партнерских отношений в цепочке пациент — семья — врач (образовательные мероприятия для пациентов и членов их семей);
- определение факторов риска заболевания и устранение контакта с ними (элиминация триггерных факторов);
- базисную фармакотерапию, направленную на устранение хронического воспалительного процесса, достижение и мониторинг уровня контроля БА;
- лечение обострений;
- аллергенспецифическую иммунотерапию.

Базисная терапия БА у подростков включает ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС), антилейкотриеновые препараты, пролонгированные β₂-агонисты, ксантины, антитела к иммуноглобулину E. Перед назначением лечения пациентов обязательно необходимо проинформировать о безопасности (побочном действии) препаратов.

Л. Беш отметила, что стратегия терапии БА в последние годы пересмотрена в сторону значительного снижения дозирования

ИГКС (100 мг/сут), главным является индивидуальный подход и старт с минимальных, но эффективных доз. В случае, если БА начинается с тяжелого приступа — терапия стартует с высоких доз ИГКС. Как альтернатива ИГКС в низких суточных дозах рассматривают антилейкотриеновые препараты. Такая тактика смотрится выгодно, если подходить к БА как системному заболеванию, особенно, когда в сочетании с БА у пациента имеются проявления аллергического ринита. Детям в возрасте с 12 лет разрешено применение SMART-терапии (комбинация ИГКС и пролонгированного β₂-агониста).

Докладчик обратила внимание на то, что приверженность лечению ИГКС у подростков составляет 25–35% и связана с тяжелыми последствиями БА, включая фатальные обострения. Контроль БА и профилактика обострений достигаются, когда приверженность к лечению составляет ≥80%.

Важными факторами, влияющими на приверженность лечению у подростков с БА, являются неуверенность в диагнозе БА, непонятность природы заболевания. Как правило, подростки воспринимают БА как эпизодическое (временное), а не хроническое состояние, требующее симптоматического, а не длительного лечения. Причины низкой приверженности могут быть также связаны с трудностями в использовании ингалятора, неудобным режимом применения лекарственных средств, побочным действием, стоимостью препаратов.

По мнению Л. Беш, для повышения приверженности лечению необходимо внедрение комплексных программ, включающих информированность пациента о своем заболевании, понятные и поданные в письменном виде инструкции относительно базисной терапии и алгоритма действий во время приступа БА, а также четкую систему мониторинга за течением болезни с оценкой ее контроля и расчетом рисков обострения.

Возможности коррекции overlap syndrome с позиции детского гастроэнтеролога



Говоря о функциональных гастроинтестинальных расстройствах (ФГР), профессор **Ольга Белоусова**, заведующая кафедрой педиатрической гастроэнтерологии и нутрициологии Харьковской медицинской академии последипломного образования, отметила, что нередко и больному, и лечащему врачу сложно выделить определенный патологический синдром среди множества жалоб и проявлений заболевания. Это обуславливает развитие overlap syndrome, или синдрома перекреста функциональных нарушений — возможность наличия у пациента одновременно нескольких функциональных нарушений и переход их из одной формы в другую (например сочетание синдрома раздраженного кишечника (СРК) и функциональных расстройств желчного пузыря). Эти заболевания часто могут иметь общий механизм патогенеза.

Такая коморбидность характерна для большинства ФРГ. Так, сочетание функциональной диспепсии (ФД) с СРК выявляют в 11–27% случаев, частота сочетания ФД и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) может достигать 16–47%. Сочетание СРК с ГЭРБ составляет 39% у лиц с эрозивной ГЭРБ и 61,4% — у пациентов с неэрозивной ГЭРБ. В ходе 10-летнего проспективного наблюдения больных, имевших синдром перекреста в виде сочетания СРК и ФД, получены данные о том, что стойкой ремиссии удалось достичь только у 12% пациентов. В то же время при изолированном СРК через 10 лет ремиссию отмечали у 1/3 больных.

Это позволяет утверждать, что наличие overlap syndrome ухудшает прогноз ФГР желудочно-кишечного тракта.

О. Белоусова подчеркнула, что в настоящее время традиционные терапевтические подходы малоэффективны и не меняют течения ФРГ. Никакая терапия не меняет естественного течения СРК, и не существует золотого стандарта в лечении пациентов с этим заболеванием. При сочетании СРК с функциональными нарушениями билиарного тракта или с ФД эффективность терапии снижается на 39%. При наличии у ребенка нескольких ФРГ характер моторных нарушений на верхних и нижних «этажах» может не совпадать. Практикующему врачу приходится часто корректировать лечение в связи с меняющейся клинической картиной, в том числе при со-

четанных функциональных нарушениях (например СРК и ФД, СРК и билиарная дисфункция, ФД и билиарная дисфункция). Все это требует пересмотра подхода к терапии и заставляет врача постоянно изменять тактику лечения.

Основные цели медикаментозной терапии должны быть патогенетически обоснованными. Учитывая, что в патогенезе всех ФГР лежат нарушения моторики, для устранения моторно-тонической дисфункции желудочно-кишечного тракта важным в терапии является применение холинолитиков. В частности, прифиниум бромид не только эффективно устраняет болевой синдром при ФГР, но и оказывает благоприятное действие при наличии коморбидной патологии. По мнению докладчика, применение препаратов, обладающих мультитаргетным эффектом, влияющих одновременно на несколько патогенетических звеньев функциональных заболеваний, является приоритетной тактикой оптимизации лекарственной терапии.

Лечение при инфекционной диарее у детей: современный взгляд на антибактериальную терапию



Профессор **Сергей Крамарев**, заведующий кафедрой детских инфекционных болезней НМУ имени А.А. Богомольца, на клиническом примере рассказал об особенностях терапии при инвазивной диарее у детей. Он напомнил, что клиническими симптомами инвазивной диареи являются острое начало без предварительной рвоты, комбинация лихорадки, примеси крови в кале, высокой частоты дефекаций (больше 5 раз в сутки), наличие в копрограмме нейтрофилов, определение лактоферрина в кале, маркера нейтрофилов, повышение уровня С-реактивного белка >12 мг/дл, уровня прокальцитонина в крови.

Согласно рекомендациям IDSA, эмпирическое антибактериальное лечение показано:

- младенцам в возрасте до 3 мес при подозрении на бактериальную этиологию;
- иммунокомпетентным пациентам с горячкой, задокументированной в медицинском учреждении, с болью в животе, диареей с кровью, с подозрением на бациллярную дизентерию, вероятно вызванную *Shigella*;
- пациентам, недавно вернувшимся из международных путешествий, с температурой тела $\geq 38,5$ °C, с диареей с кровью и/или признаками сепсиса;
- тяжелобольным пациентам с диареей с кровью и с угнетением иммунитета.

Кроме того, даже при подозрении или наличии таких заболеваний, как шигеллез, кампилобактериоз, холера, амёбная дизентерия, проведение антибиотикотерапии является обязательным.

Выбор стартового антибактериального препарата при инфекционных диареях у детей включает:

- антибактериальные препараты 1-го ряда (цеффиксим, азитромицин, ко-тримоксазол) — назначают в амбулаторных условиях для перорального применения при легких и среднетяжелых формах заболевания при первой встрече с больным;
- антибактериальные препараты 2-го ряда (цеффиксим, препараты налидиксовой кислоты, азитромицин, ампициллин) — на-

значают при неэффективности препаратов 1-го ряда, а также в качестве стартовых средств при легких и среднетяжелых формах в случае позднего начала лечения;

- антибактериальные препараты 3-го ряда (цефтриаксон, ципрофлоксацин (по жизненным показаниям)) — назначают только в стационаре при тяжелых формах заболевания, при среднетяжелых формах у детей с иммунодефицитным состоянием, гемолитической анемией, гипотрофией, а также ВИЧ-инфицированным детям и др.; при неэффективности препаратов 2-го ряда, при возникновении вторичных бактериальных осложнений, наличии внекишечных очагов инфекции и подозрении на госпитальные формы инфекции.

У большинства пациентов с водянистой диареей и без после недавних международных путешествий не рекомендуется эмпирическая antimicrobial терапия (исключение — пациенты с угнетением иммунитета и младенцы). Необходимо избегать эмпирического лечения у лиц с персистирующей водянистой диареей, которая длится ≥ 14 дней.

Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, при диарее не показаны метронидазол, тетрациклины, хлорамфеникол, амоксициллин, сульфаниламиды, нитрофураны системного действия, аминогликозиды, цефалоспорины I-II поколений.

С. Крамарев подчеркнул, что antimicrobial препараты для терапии при инфекционной диарее должны соответствовать таким критериям, как активность *in vitro*, эффективность и безопасность при применении у детей, наличие пероральных лекарственных форм, относительно невысокая цена. Данным требованиям соответствует препарат цеффиксим, показавший высокую эффективность и безопасность при диарее у детей.

Сравнение влияния на микробиом: фитотерапия против антибиотиков



С особым интересом участники конференции слушали лекцию профессора **Андре Гесснера (Andre Gessner)**, директора Института микробиологии и гигиены (Регенсбург, Германия), посвященную сравнению влияния антибиотиков и фитотерапии на микробиом человека. Он подробно рассказал о негативном влиянии антибиотиков на микробиом, представил результаты исследований, уделив особое внимание проблеме антибиотикорезистентности. По мнению докладчика, решением данной проблемы является применение про- и пребиотиков, трансплантация стула, секвенирование генома (в будущем).

В то же время к выбору антибиотиков следует подходить взвешенно, не применять их чрезмерно, отдавать предпочтение фитотерапии, в частности фитониринговым препаратам.

Во время Сидельниковских чтений заслушано 97 научных докладов и 58 стендовых презентаций, представленных ведущими украинскими и зарубежными учеными. Участники мероприятия смогли получить новую информацию об инновационных методах диагностики, терапии и профилактики наиболее распространенной неинфекционной и инфекционной патологии детского и подросткового возраста, узнать о современных возможностях предупреждения полипрагмазии, важности иммунопрофилактики, применения рациональной фармакотерапии на основах доказательной медицины.

В рамках Сидельниковских чтений также состоялся круглый стол «Фитониринговая терапия в сдерживании антибиотикорезистентности. Проблема острого риносинусита у детей», Научный симпозиум «Орфаные метаболические заболевания», секционные заседания «Актуальные вопросы детской кардиоревматологии», «Инновации в клинической педиатрии: внедрение в практику». Также во время конференции прошло учебно-методическое совещание «Актуальные вопросы преподавания педиатрии в высших учебных заведениях образования и учреждениях последипломного образования». По завершении мероприятия были подведены итоги плодотворной работы и принята резолюция конференции. Проведение следующих Сидельниковских чтений запланировано в сентябре 2019 г. во Львове.

Марина Колесник,
фото автора

