Medical Journal

Лечащий Врач

16+

Медицинский научно-практический журнал № 6 2013

Симпозиум



ПЕДИАТРИЯ

Коллоквиум



НУТРИЦИОЛОГИЯ

• Аденовирусная инфекция • Суставной синдром • Остеопороз • Общность систем органов пищеварения и мочевыделения • Ночной энурез • АГ у детей • Развитие ребенка • Нарушения пищеварения у детей

Актуальная тема

• Разные формы диабетической нейропатии • Влияние кардиологических препаратов на течение остеопороза • Первичная эпидермотропная Т-клеточная лимфома кожи • Урогенитальные инфекции • Буллезный пемфигоид • Коморбидность • Острый ишемический инсульт • Описторхоз

Клинические исследования

• Метаболические пребиотики • Диетотерапия при пищевой аллергии у детей • Энтеросорбция в лечении детей, больных атопическим дерматитом, осложненным грибковой инфекцией • Комплексная реабилитация у детей с иммунокомпрометированными состояниями • Обострения хронического тонзиллита и острого фарингита

ISSN 1560-5175



Подписные индексы по каталогам: «Пресса России» **38300**, «Почта России» **99479**

Medical Journal
Лечащий Врач
№6/17.06.2013

РУКОВОДИТЕЛЬ ПРОЕКТА И ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
Ирина Ахметова, *proektlv@osp.ru*

НАУЧНЫЙ РЕДАКТОР
Владимир Новак

КОРРЕКТОР
Наталья Данилова

ВЫПУСКАЮЩИЙ РЕДАКТОР
Марина Чиркова

КОМПЬЮТЕРНАЯ ВЕРСТКА И ГРАФИКА
Оксана Шуранова
Тел.: (495) 619-1130, 725-4780
Факс: (495) 725-4783, E-mail: *pract@osp.ru*
http://www.lvrach.ru

МАРКЕТИНГ
Екатерина Сергеева

ПРОИЗВОДСТВЕННЫЙ ОТДЕЛ
Галина Блохина

УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ
Издательство «Открытые Системы»
123056, Москва, Электрический пер.,
д. 8, строен. 3
© 2013 Издательство «Открытые Системы»
Все права защищены.
Издание зарегистрировано в Государственном комитете Российской Федерации по печати 25.12.97. Регистрационный номер 016432

Журнал входит в перечень изданий, рекомендованных ВАК

Подписные индексы по каталогам:
Почта России — 99479, Пресса России — 38300

РЕКЛАМА
ООО «Рекламное агентство ‘Чемпионс’»
Светлана Иванова, Майя Андрианова,
Елена Бахирева
Тел.: (499) 253-7273

РАСПРОСТРАНЕНИЕ
ООО «ОСП-Курьер», тел.: (495) 725-4785

Отпечатано в ООО «Богородский полиграфический комбинат»
142400, Московская область, г. Ногинск,
ул. Индустриальная, д. 40б,
тел.: (495) 783-9366, (49651) 73179
Журнал выходит 11 раз в год.
Заказ № 664
Тираж 50 000 экземпляров.
Цена свободная.

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов. Все исключительные (имущественные) права с момента получения материалов от авторов принадлежат редакции. Редакция оставляет за собой право на корректуру, редактуру и сокращение текстов.
Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов. Полное или частичное воспроизведение или размножение каким бы то ни было способом материалов, опубликованных в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения издательства «Открытые Системы».
Иллюстрации — FotoLia.com .

ОТКРЫТЫЕ СИСТЕМЫ
Open Systems Publications
Открыты для вас. ***20 лет***

ПРЕЗИДЕНТ
Михаил Борисов

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДИРЕКТОР
Галина Герасина

КОММЕРЧЕСКИЙ ДИРЕКТОР
Татьяна Филина



Дорогие коллеги!

От имени всего коллектива журнала «Лечащий Врач» поздравляю вас с профессиональным праздником — Днем медицинского работника!

Пусть все задуманное сбудется!

С уважением,
главный редактор и руководитель проекта «Лечащий Врач»
Ирина Брониславовна Ахметова



Medical Journal
Лечащий Врач

Нам 15 лет

Июнь 2013, № 6

Журнал входит в перечень изданий, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией (ВАК)

Новости

Симпозиум



Коллоквиум



Актуальная тема

Клинические исследования

Alma mater

Достижения, события, факты 4

Лечение аденовирусной инфекции у детей с применением ингаляций/ Л. И. Васечкина, Т. К. Тюрина, Е. В. Лукина, М. А. Маяцкая 7

Дифференциальная диагностика суставного синдрома при ювенильных артритах/ Е. С. Жолобова, С. Н. Чебышева, А. В. Мелешкина 10

Остеопороз у детей и подростков с эндокринной патологией/ В. В. Смирнов, А. Г. Зубовская 15

Системы органов пищеварения и органов мочевыделения: морфофункциональная и клиническая общность/ С. В. Бельмер, Т. В. Гасилина 20

Проблема ночного энуреза у детей: обзор литературы (2012–2013)/ В. М. Студеникин 26

Артериальная гипертензия у детей с ожирением и метаболическим синдромом: современные подходы к профилактике и лечению/ Т. А. Бокова, Ю. В. Котова 30

Под стекло 34

Правильный выбор в пользу развития ребенка/ А. В. Суржик 36

Нарушения пищеварения у детей раннего возраста: возможности коррекции продуктами функционального питания/ Н. М. Богданова 38

Клиническое наблюдение сочетанных проявлений разных форм диабетической нейропатии: клинические проявления, подход к терапии нейропатической боли/ И. В. Друк, Е. А. Ряполова 43

Влияние кардиологических препаратов на течение остеопороза: миф или реальность?/ Д. В. Небиеридзе, И. Л. Федорченко, А. С. Сафарян, И. А. Скрипникова 50

Первичная эпидермотропная Т-клеточная лимфома кожи/ Л. А. Юсупова, З. Ш. Гараева, Е. И. Юнусова, Г. И. Мавлютова 54

Роль неспецифических урогенитальных инфекций в патогенезе самопроизвольных преждевременных родов/ В. Н. Кузьмин, Г. А. Мурриева 60

Особенности течения буллезного пемфигоида у лиц пожилого возраста/ И. Б. Трофимова, М. М. Резникова, З. А. Фаттяхетдинова, А. Ю. Путинцев, Е. В. Денисова, Д. Р. Мильдзихова 63

Коморбидность/ А. Л. Вёрткин, А. С. Скотников 66

Возможности фармакологической коррекции дисфункции эндотелия симвастатином у пациентов с острым ишемическим инсультом/ А. Ю. Малыгин, А. Л. Хохлов 69

Описторхоз в клинической практике врача-инфекциониста/ В. Г. Кузнецова, Е. И. Краснова, Н. Г. Патурина 74

Молекулярные механизмы воздействия метаболических пребиотиков на выживание позитивной микрофлоры/ О. А. Громова, И. Ю. Торшин, А. Ю. Волков, А. В. Лисица, Е. В. Гарасько 79

Принципы диетотерапии при пищевой аллергии у детей раннего возраста/ С. Н. Денисова, Т. Б. Сенцова, О. Ю. Моносова, М. Ю. Белицкая, С. Н. Вахрамеева 84

Энтеросорбция в лечении детей, больных атопическим дерматитом, осложненным грибковой инфекцией/ Т. Г. Маланичева, Л. А. Хаертдинова 87

Применение мази Виферон® в комплексной реабилитации у детей с иммунокомпрометированными состояниями/ В. А. Калихман, Л. М. Резникова, Л. В. Зарицкая 90

Обзор эффективности применения препарата Мирамистин® при обострении хронического тонзиллита и острого фарингита/ И. М. Кириченко 92

Последипломное образование 94

Рекорд ради жизни

В Нидерландах установлен новый рекорд Книги рекордов Гиннеса на самый массовый тренинг по сердечно-легочной реанимации (СЛР) с использованием автоматических наружных дефибрилляторов (АНД). Мероприятие, объединившее 2 107 детей в возрасте от 10 до 12 лет, было организовано фондом AED4 ALL и больницей Canisius-Wilhelmina. Ожидается, что окончательное подтверждение мирового рекорда Книги рекордов Гиннеса будет получено в течение полутора месяцев.

Внезапная остановка сердца — самая частая непосредственная причина гибели людей, на ее счет приходится более половины всех смертей от сердечно-сосудистых заболеваний. При этом проведение дефибрилляции с использованием АНД в первые минуты после остановки сердца значительно повышает шансы на выживание. Предыдущий мировой рекорд Книги рекордов Гиннеса на самый массовый тренинг по СЛР с дефибрилляторами был установлен в Сингапуре в январе 2012 года. В нем приняло участие 1 708 человек.

«Мы гордимся, что наши юные участники добились своей цели и установили новый рекорд по оказанию сердечно-легочной реанимации с АНД. Важно, чтобы люди с самого раннего возраста владели навыками первой помощи, умели использовать автоматические дефибрилляторы, не пугались, став свидетелями остановки сердца, а знали, что могут предпринять меры и спасти жизнь. Мы рады, что Philips поддержал нашу инициативу и предоставил полностью безопасные и простые в использовании АНД», — подчеркнула Анна-Мари Виллемс, координатор по СЛР больницы Canisius-Wilhelmina.

В Варшаве прошла ежегодная конференция по противодействию коррупции в области производства медицинских изделий

15–17 мая в Варшаве (Польша) прошла ежегодная международная конференция International Medical Device Compliance Conference 2013, в которой приняли участие генеральные директора, топ-менеджеры, менеджеры по соблюдению нормативных требований крупнейших мировых производителей медицинских изделий, а также руководители ключевых отраслевых Ассоциаций — американской AdvaMed и европейской Eucomed. Целый ряд мероприятий в рамках конференции был посвящен обсуждению ситуации в развивающихся странах, в том числе в Российской Федерации, которая представляет большой интерес для западных компаний. Модератором и главным спикером на этих сессиях стала исполнительный директор Ассоциации IMEDA Александра Третьякова.

Участники конференции обсудили вопросы развития законодательства в области противодействия коррупции, в частности, в области государственных закупок, а также вопросы этического ведения бизнеса и взаимодействия с представителями государственной власти. Необходимость уделять пристальное внимание данным темам является неоспоримой для всех участников рынка. На мероприятии также была поднята актуальная для российского бизнеса тема ограничений на общение с медицинским сообществом, введенных статьей № 74 ФЗ № 323 «Об охране здоровья граждан в РФ». Профессиональное сообщество видит серые зоны в сложившейся на данный момент ситуации, когда остается неопределенной ситуация с визитами представителей компаний в рекламных целях и в целях обучения медицинского персонала обращению с высокотехнологичными медицинскими изделиями.

Конференция International Medical Device Compliance Conference 2013 считается одним из ключевых международных событий для отрасли медицинских изделий, на ней ежегодно присутствуют представители международных компаний самого высокого уровня, поскольку вопросы соблюдения нормативных требований и гармонизации подходов к противодействию коррупции в разных странах являются основой цивилизованного бизнеса. Исполнительный директор Ассоциации IMEDA Александра Третьякова так прокомментировала важность темы для России: «Сегодня вопросы соблюдения нормативных требований очень актуальны для России, а мероприятия подобного уровня позволяют представителям российских офисов компаний обмениваться опытом с коллегами из Европы и США и лучше ориентироваться в практиках противодействия коррупции, применяемых в западных странах. В России масса нерешенных проблем, ключ к решению которых лежит в обмене опытом с международным сообществом, что позволит перенять лучшие примеры этического ведения бизнеса и обнаружить серые зоны, над которыми необходимо работать в будущем».

Как улучшить российский инвестиционный климат?

Уиллиам Чарнецки, вице-президент по корпоративным связям подразделения «Международные рынки» компании «АстраЗенека», выступил на выездном заседании исполнительного комитета Консультативного совета по иностранным инвестициям, которое прошло в г. Светлогорске Калининградской области. Г-н Чарнецки представил взгляд международной биофармацевтической компании и инвестора в российскую экономику на возможности улучшения российского инвестиционного климата. По мнению «АстраЗенека», среди основных административных барьеров, сдерживающих развитие российского фармацевтического рынка, — это проблемы, связанные с защитой интеллектуальной собственности и возможным ограничением доступа на рынок лекарственных препаратов иностранного производства.

Одним из важнейших следствий интеграции России и ВТО стало вступление в силу ряда положений Федерального закона № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» о защите эксклюзивности данных. Гарантия защиты данных доклинических и клинических исследований оригинального препарата в течение 6 лет с момента его регистрации от неправомерного использования при регистрации воспроизведенного препарата — это серьезный дополнительный стимул для работающих в России международных фармацевтических компаний к проведению здесь исследований и разработок по созданию новых лекарственных средств. Однако, к сожалению, на данный момент в российском законодательстве до сих пор нет нормативных актов, регламентирующих практическое применение положения о защите эксклюзивности данных.

«Внедрение эффективных мер по защите интеллектуальной собственности окажет положительное влияние на развитие российского здравоохранения, поскольку они будут способствовать повышению доступности современных качественных инновационных препаратов для российских пациентов», — отмечает Уиллиам Чарнецки.

Еще одним фактором, способным существенно снизить инвестиционную привлекательность российской фармацев-

тической отрасли, является инициатива Минпромторга России, предполагающая, что лекарственные препараты иностранного производства не будут допускаться к участию в государственных закупках в случае, если зарегистрировано два или более российских или белорусских аналога. По мнению Уиллиама Чарнецки, «создание дополнительных барьеров для доступа на рынок в виде запрета закупок импортных лекарственных препаратов вместо реализации стимулирующих мер для локализации производства зарубежными компаниями является серьезным негативным сигналом для международных производителей. Изменение законодательных требований в ходе начавшегося инвестиционного процесса может негативно повлиять на продолжение инвестиций и послужить причиной для отказа от инвестиций со стороны потенциальных инвесторов».

Уиллиам Чарнецки выступил в присутствии Игоря Шувалова, первого заместителя Председателя Правительства Российской Федерации, и представителей профильных министерств.

Консультативный совет по иностранным инвестициям в России (КСИИ) под председательством премьер-министра РФ Д. А. Медведева — это постоянно действующий орган, в составе которого представлены крупнейшие иностранные инвесторы, работающие на территории России, в том числе и «АстраЗенека». Задачей работы КСИИ является экспертная поддержка Правительства РФ со стороны иностранных инвесторов и разработка конкретных мер по стимулированию иностранных инвестиций и активизации инвестиционной деятельности в приоритетных отраслях и секторах российской экономики.

SHE — программа для женщин, живущих с ВИЧ

В России стартовала международная образовательная программа SHE. Она направлена на поддержку и повышение качества жизни женщин, инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).

В последнее время рост заболеваемости ВИЧ среди женщин отмечается как во всем мире, так и в России. В Европейских странах 1/3 новых диагнозов ВИЧ ставятся женщинам, при этом возраст большинства пациенток с таким диагнозом составляет 20–39 лет. В России эта тенденция еще тревожнее. По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом в 2004–2012 гг. 41–43% новых случаев инфицирования ВИЧ регистрируется среди женщин. Т. е. ситуация приближается к тому, что практически каждый второй диагноз ВИЧ ставится женщине. По состоянию на 31.12.2011 женщины составляют 36% от общего числа ВИЧ-инфицированных в России.

У этого явления комплексные причины — во многих странах женщины с правовой, социальной и психологической точек зрения уязвимее мужчин, они чаще подвергаются насилию, их организм в силу биологических особенностей иначе реагирует на инфекцию. Узнав о своем ВИЧ-положительном статусе, многие женщины испытывают растерянность и не знают, куда обращаться и как дальше жить. Программа SHE призвана устранить разрыв между диагнозом и получением необходимой медицинской, социальной и правовой помощи.

SHE — это комплексная интегрированная программа для женщин, живущих с ВИЧ, и врачей. Ее цель — повысить качество жизни пациенток с ВИЧ, вооружив их необходимыми и актуальными знаниями о болезни, лечении, доступных медицинских услугах и правовых возможностях, а также облегчить и сделать продуктивнее их диалог с медицинскими специалистами. Важно, что программа была разработана независимым экспертным советом SHE, состоящим из женщин, живущих с ВИЧ, и представителей врачебного сообщества, поэтому она направлена на максимально конкретное решение задач, с которыми женщины, живущие с ВИЧ, сталкиваются каждый день.

В 2011 г. образовательная программа SHE стартовала в нескольких европейских странах — Франции, Германии, Италии, Польше, Португалии, Испании и Великобритании. В этом году в рамках научно-практической конференции с международным участием «Женщина и ВИЧ» 30 мая в Санкт-Петербурге участники Европейского совета экспертов SHE объявили о старте программы в России и поделились опытом реализации программы в Германии и Великобритании.

Поддержка пациентов повышает приверженность к лечению

4 июня 2013 г. в Москве состоялся круглый стол «Почему россияне не слушают врача, или Как повысить приверженность пациентов назначенному лечению?».

Проблема комплаентности — приверженности пациентов лечению — одна из ключевых для системы здравоохранения. Результаты различных исследований демонстрируют, что в зависимости от заболевания врачебные рекомендации выполняют лишь 30–50% пациентов. Очевидно, что последствия такого отношения к собственному здоровью могут быть трагичны. Так, по данным американских медиков, ежегодно из-за последствий низкой комплаентности погибает 125 000 пациентов с различными заболеваниями.

Эксперты выделяют следующие факторы, влияющие на комплаентность пациентов: демографические (пол, возраст, образование, доход); связанные с заболеванием (тяжесть симптомов, динамика симптомов на фоне лечения); связанные с приемом препарата (удобство схемы приема препарата; длительность лечения; стоимость, побочные эффекты); связанные с пациентом (понимание болезни и ее последствий; понимание выгоды лечения; мотивация больного и его семьи); связанные со взаимодействием врач–больной (степень доверия к врачу, отношение врача к больному и его болезни).

Особенно актуальна проблема комплаентности для пациентов с хроническими заболеваниями, которые требуют длительной, а иногда пожизненной терапии.

Оксана Драпкина, руководитель отделения кардиологии Клиники пропедевтики внутренних болезней Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, профессор, д.м.н.: «Наряду с такими очевидными факторами, как стоимость лечения и удобство приема препарата, на комплаентность, может, даже в большей степени влияет низкая информированность пациентов, их непонимание своего заболевания. Такие хронические болезни, как артериальная гипертензия или дислипидемия, часто протекают малосимптомно. Человек, начав принимать препарат после посещения врача, может через какое-то время почувствовать себя лучше и на этом основании сделать вывод, что больше пить таблетки не надо. При этом у него нет понимания, что механизм развития его хронического заболевания не остановлен и что, бросая назначенную терапию, он дает толчок к прогрессированию болезни, поэтому очень важно предоставлять пациенту правильную информацию, образовывать его».

Лечение аденовирусной инфекции у детей с применением ингаляций

Л. И. Васечкина[1], *кандидат медицинских наук*
Т. К. Тюрина, *кандидат медицинских наук*
Е. В. Лукина
М. А. Маяцкая

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского, *Москва*

Ключевые слова: аденовирусная инфекция, лечение острых вирусных инфекций, иммунная защита ребенка, неспецифический иммунитет.

Аденовирусная инфекция (АВ) (МКБ-10: В57) — острое инфекционное заболевание с преимущественным поражением носоглотки, конъюнктивы и лимфоидной ткани. АВ протекает с умеренной интоксикацией, лихорадкой, катаральным синдромом с выраженным экссудативным компонентом [1–3].

Аденовирусы, которые вызывают заболевание у детей, относятся к семейству Adenoviridae, роду Mastadenovirus ДНК-содержащих вирусов средних размеров. В настоящее время выделено около 50 серотипов этого вируса. Наиболее частыми возбудителями аденовирусной инфекции являются 3-й и 7-й серотипы. Аденовирусы обладают тропностью к эпителию дыхательных путей, кишечника и конъюнктивы, а также способностью поражать лимфоидную ткань. Токсичность вирусов этой группы низкая [2].

Источником инфекции является больной или вирусоноситель, пути передачи — воздушно-капельный, водный («болезнь плавательных бассейнов»), а также фекально-оральный. Наиболее восприимчивы к этому вирусу дети от 6 месяцев до 3 лет. АВ регистрируют повсеместно и круглогодично с подъемом заболеваемости в холодное время года. Заболевания наблюдаются в виде спорадических случаев и эпидемических вспышек, для которых характерно медленное развитие и длительное течение. Иммунитет после перенесенного заболевания типоспецифический, продолжительный. Аденовирусы относительно устойчивы в окружающей среде, сохраняются в течение нескольких недель в воде, лекарственных растворах, на предметах обихода, резистентны к эфиру. Разрушаются при температуре +56 °С в течение 30 мин, погибают под воздействием ультрафиолетового облучения и хлорсодержащих препаратов [2, 3].

При заражении вирусы проникают в организм через слизистые оболочки дыхательных путей, а также эпителий тонкой кишки. Благодаря своей лимфотропности, возбудитель внедряется в носоглотку, миндалины, конъюнктиву и вызывает формирование воспалительных очагов. В ходе заболевания увеличиваются все лимфатические узлы, в том числе мезентериальные, возникает гепатоспленомегалия. Инкубационный период длится 4–7 дней. Течение заболевания медленное, волнообразное. Характерен респираторный синдром, конъюнктивит, которые протекают с выраженным экссудативным компонентом. Диарея присоединяется обычно у детей до 2 лет и носит водянистый характер [1].

Патогномоничная форма аденовирусной инфекции — аденофарингоконъюнктивальная лихорадка. Она протекает с подъемом температуры тела до 38–39 °С на протяжении 5–10 дней, фарингитом с зернистостью задней стенки глотки, увеличением и гиперемией миндалин, конъюнктивитом. Нередко развивается тонзиллит, проявляющийся гипертрофией, отечностью и умеренной гиперемией миндалин, а также аденоидит. В ряде случаев на задней стенке глотки, небных миндалинах появляются нежные белесоватые налеты (пленчатый фарингит и тонзиллит) [1, 2].

С первых дней болезни нередко развивается кашель. Характерным для аденовирусной инфекции является синдром полиаденита — увеличение шейных и подчелюстных лимфатических узлов. Наблюдается увеличение печени и селезенки. Возможно развитие мононуклеозоподобного синдрома, для которого характерно сочетание пленчатого тонзиллита, полиаденита и гепатоспленомегалии. Длительность катарального синдрома — 10–15 дней, иногда до 3–4 недель [2, 3].

АВ — одна из распространенных респираторных вирусных инфекций, активно участвующих в формировании у ребенка адекватного противоинфекционного иммунитета, важного для всей последующей жизни.

При нормальном функционировании иммунной системы происходит эффективное взаимодействие интерферона и других лимфокинов, макрофагов, лимфоцитов, специфических антител, приводящее к элиминации возбудителя из макроорганизма и клиническому выздоровлению.

У ребенка раннего возраста направленность иммунной защиты организма изначально носит супрессивный характер. Невысокая активность собственного неспецифического звена иммунитета необходима для профилактики ярких воспалительных реакций, которые могут быстро истощить организм ребенка и привести его к развитию дезадаптации и декомпенсации систем жизнедеятельности. Специфическое звено иммунитета ребенка обусловливает пассивная иммунная защита в виде иммуноглобулинов, транслированных через плаценту, а также попадающих к ребенку вместе с молоком матери при грудном вскармливании.

Формирование надежной и адекватной естественной защиты с преобладанием популяции Th1-лимфоцитов возможно только при непосредственном контакте ребенка с различными вирусами и «отработке» его иммунной системой паттерна воспалительной реакции, клинически выраженной чаще всего катаральным синдромом с кашлем и лихорадкой. Все проявления острых респираторных инфекций: лихорадка, ринит, кашель, гиперемия сводов зева — носят защитный характер и должны в первую очередь рассматриваться именно в этом контексте, а не представляться досадны-

[1] Контактная информация: rimmoniki@mail.ru



Рис. **Схема влияния антигенов вируса на организм ребенка**

ми помехами, которые надо немедленно купировать. Лихорадка — защитная реакция организма. Только на фоне лихорадки организм дает адекватный иммунный ответ Т-хелперов 1-го типа — продукцию γ-интерферона, интерлейкина-2, фактора некроза опухоли-α, стимулирующих выработку IgG.

Проникновение вируса в организм ребенка запускает каскад иммунных реакций, способствующих стимуляции нейроиммуноэндокринной системы, которая в дальнейшем регулирует процессы дифференцировки и созревания нейроэндокринной оси (рис.).

Защитные реакции кашля и выделения слизи из носовых ходов позволяют качественно осуществить очищение и увлажнение слизистой оболочки дыхательных путей, необходимые для адекватного функционирования мерцательного эпителия. Выделяемая из дыхательных путей мокрота к тому же содержит бесценный материал для выработки специфического иммунитета — фагоциты, которые определили возбудителя и экспрессировали специфические рецепторы для включения в работу высокоспециализированных клеток иммунной системы — лимфоцитов. При заглатывании ребенком мокроты лимфоидная ткань кишечника получает информацию о возбудителе и стимул к выработке регуляторных пептидов.

Покраснение сводов зева сопровождает прилив к слизистой оболочке крови, несущей компоненты гуморального и клеточного иммунитета, и искусственное «тушение» противовоспалительной местной терапией этого проявления неспецифической иммунной реакции мешает первичному этапу иммунной реакции запустить каскад иммунных реакций.

Медикаментозно «притушив» эти проявления, мы никогда не сможем заменить их лекарственными средствами, так как они индивидуальны и адекватны именно этому ребенку с его наследственностью, жизненным опытом и условиями проживания.

К сожалению, отсутствие четкого представления о необходимости некоторого временного периода, в течение которого все неспецифические иммунные процессы должны развернуться и принять участие в формировании гармоничного и полноценного иммунного ответа, в настоящее время приводит к необдуманной агрессивной терапии, целью которой является скорейшее купирование симптомов. По данным С. В. Ключникова (2012), каждому пятому ребенку в возрасте до 1 года назначались антибиотики (в том числе гентамицин, линкомицин). К возрасту 3 года число детей, получавших антибиотики, увеличивается до 28% и достигает 80% к семилетнему возрасту.

Необдуманное применение антибиотиков, недопустимо стремительное купирование естественных проявлений неспецифической иммунной защиты (лихорадка, насморк, кашель, гиперемия и отек сводов зева) ведут к снижению качества защитной биологической пленки на слизистой оболочке дыхательных путей.

В отделении раннего возраста педиатрической клиники МОНИКИ было проведено сравнение результатов микробиологического обследования двух групп детей в возрасте от 4 до 6 лет. Группы были выделены при анкетировании родителей, которым были заданы следующие вопросы:

1. Ваш ребенок болеет чаще 6 раз в год?
2. Вы сразу даете жаропонижающее средство ребенку при лихорадке до 38,5 °С, не стараясь выдержать ее хотя бы в течение 3–5 часов?
3. Вы применяете антибиотики почти при каждом эпизоде острого респираторного заболевания?
4. Вы с первых дней даете ребенку местные противовоспалительные препараты?
5. Вы не считаете традиционные методы лечения (выпаивание, отвлекающая терапия, щадящий режим в течение 5–7 дней?) действенными в лечении ОРВИ?

Дети, родители которых на все вопросы ответили утвердительно, составили первую группу (20 человек). Дети, родители которых ответили на все вопросы, кроме первого и последнего, отрицательно, вошли во вторую группу (15 человек).

Анализ результатов микробиологического обследования (мазки на флору из зева) выявил, что в первой группе из 20 обследованных у 11 человек (55%), то есть у каждого второго ребенка, в посеве были выделены дрожжевые грибы, а количественный и качественный состав биопленки был представлен малочисленным и довольно однообразным биотопом (6 наименований микробов, количество нормальной флоры не превышает 2×10^3 КОЕ/мл).

Во второй группе количество детей, в мазке которых была выделена грибковая флора, не превысило 11% (2 человека из 15 обследованных), а биотоп был более разнообразным и плотным (8 наименований микробов, количество нормальной флоры $5–6 \times 10^5$ КОЕ/мл).

По этой причине агрессивное лечение острых респираторных инфекций и резкое неприятие родителями информации о существовании этапа в жизни ребенка, когда частые острые респираторные вирусные инфекции необходимы для его дальнейшего развития, в настоящее время являются базой для полипрагмазии, а организм ребенка становится полигоном для битвы многочисленных лекарственных средств.

Вместе с тем специфической противовирусной терапии при аденовирусной инфекции нет. Антибактериальная терапия в данном случае не показана. В период лихорадки назначают постельный режим, полноценное питание, обильное питье. Рекомендуется давать обильное горячее питье, чай, кисели, теплые морсы и компоты. Симптоматическое лечение включает применение жаропонижающих средств при лихорадке выше 38,5 °С. Если температура ребенка ниже 37,5 °С, нет необходимости в ее снижении медикаментозными препаратами. При более высокой температуре можно применять физические методы охлаждения. На внутреннюю поверхность рук, бедер, боковую поверхность шеи можно прикладывать смоченные в холодной воде компрессы. При насморке можно промывать нос слабым солевым раствором с помощью шприца или закапывать в нос сосудосуживающие капли. Следует избегать длительного применения капель (не более 5–7 дней), так как они могут вызвать временную дисфункцию слизистой оболочки [3, 4].

Оптимальными средствами для элиминации слизистой оболочки, восстановления ее влажности и создания наилучших условий для функционирования эпителия и слизистых клеток, вырабатывающих иммуноглобулин, лизоцим, лактоферрин и другие ферменты, являются изотонические растворы морской воды (Аква Марис, Физиомер, Долфин и пр.). Содержащиеся в морской воде микроэлементы (селен, йод, цинк) ускоряют регенерацию слизистой оболочки.

При выраженном сухом кашле можно начать лечение с приема грудного сбора в виде горячего отвара. Помогает также щелочное питье в виде горячего молока с небольшим количеством (на кончике ложки) соды. Если ребенок отказывается от молока, можно поить его подогретыми щелочными минеральными водами. Если кашель носит влажный характер с трудно отхаркивающейся мокротой, можно применять отхаркивающие препараты, если кашель длительный, сухой, садящий — целесообразнее будет применять препараты, подавляющие кашель [4].

В лечении кашля при аденовирусной инфекции важно учитывать, что он может быть как сухим (характерное покашливание при гранулезном фарингите), так и с выраженным отделением мокроты. Поэтому препарат для адекватного сопровождения этого симптома должен быть направлен и на стимуляцию отделения мокроты, и на своевременную поддержку регенерации слизистой оболочки, и при этом должен иметь удовлетворяющие ребенка органолептические характеристики и удобный способ применения. Этим условиям соответствует Амбробене (амброксола гидрохлорид) — муколитический препарат с отхаркивающим действием, который обладает секретомоторным, секретолитическим и отхаркивающим свойствами.

Важным достоинством препарата является продуманное разнообразие лекарственных форм. Это дает преимущества в лечении детей любого возраста, поддерживает оптимальную комплаентность родителей и позволяет достичь адекватности в терапии респираторного синдрома у детей.

Например, можно использовать амброксола гидрохлорид в виде сиропов (детям от 5 до 12 лет — 1 мерная ложка (15 мг) — 2–3 раза в день; детям от 2 до 5 лет — 1/2 мерной ложки (7,5 мл) — 3 раза в день, детям до 2 лет — 1/2 мерной ложки (7,5 мл) после еды 2 раза в день).

Ингаляционная терапия имеет преимущества перед другими формами в том, что она совмещает элиминационные свойства (очищение верхних дыхательных путей от патологического содержимого), увлажнение слизистой оболочки и достаточную глубину проникновения для очищения более нижних отделов органов дыхания и таким образом профилактирует рефлекторный бронхоспазм при избытке мокроты. Лекарственное вещество распыляется и в виде аэрозоля оседает на слизистых оболочках верхних дыхательных путей. При этом возрастает интенсивность всасывания в подслизистом слое верхних дыхательных путей и увеличивается его депонирование.

Раствор для ингаляций применяется в зависимости от возраста детям от 5 до 12 лет — 2 мл (15 мг) — 2–3 раза в день; детям младше 5 лет — 1 мл (7,5 мл) — 3 раза в день.

В терапии аденовирусной инфекции можно использовать также иммунотропные препараты (Кипферон, Виферон, ИРС-19, Деринат), регулирующие неспецифические иммунные реакции (интерфероногенез) и дополняющие реакцию организма наличием специфических антител к представителям флоры, которые могут спровоцировать осложнения в виде пневмонии, бронхитов, синуситов.

Таким образом, обдуманная и максимально индивидуальная поддержка естественных защитных реакций организма ребенка при аденовирусной инфекции позволит сохранить и приумножить защитные силы организма ребенка. ■

Литература

1. Детские инфекции. Справочник практического врача под ред. проф. Л. Н. Мазанковой. М.: МЕДпресс-информ, 2009. 240 с.: ил.
2. Острые респираторные заболевания удетей: лечение и профилактика. Научно-практическая программа Союза педиатров России и Международного фонда охраны здоровья матери и ребенка. М., 2002.
3. Острые инфекции дыхательных путей. Клинические варианты. Диагностика и лечении едетей с частыми респираторными заболеваниями. Конспект участкового педиатра. О. И. Борисова, Г. В. Римарчук (ред), с соавт. М., 2004.
4. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов дыхания. А. Г. Чучалин (под ред.) М., 2004.



Реклама

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ ИЛИ ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Дифференциальная диагностика суставного синдрома при ювенильных артритах

Е. С. Жолобова, *доктор медицинских наук, профессор*
С. Н. Чебышева[1]**,** *кандидат медицинских наук*
А. В. Мелешкина, *кандидат медицинских наук*

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова МЗ РФ, *Москва*

Ключевые слова: ювенильный ревматоидный артрит, ювенильный идиопатический артрит, системная форма, полиартикулярная форма, олигоартикулярная форма, ювенильный анкилозирующий спондилоартрит, псориатический артрит, реактивный артрит.

Ревматические заболевания у детей в настоящее время широко распространены, и частота их возникновения неуклонно растет. Значительную часть этой патологии занимают заболевания суставов. Симптомы поражения суставов могут возникать постепенно или развиваться остро, а в случае хронизации процесса нередко приводят к инвалидизации ребенка, нарушая его рост, развитие и социальную адаптацию. В данной статье описаны особенности суставного синдрома при наиболее распространенных заболеваниях суставов у детей.

Ювенильный идиопатический (ревматоидный) артрит (ЮРА) определяется как артрит неустановленной причины, присутствующий в течение 6 недель, возникший у ребенка, не достигшего 16-летнего возраста, при исключении другой патологии суставов (Классификация и номенклатура ювенильных идиопатических артритов, Дурбан, 1997).

Классификация и номенклатура ЮРА включает выделение семи вариантов течения заболевания (по классификации Международной лиги ревматологических ассоциаций (League of Associations for Rheumatology, ILAR)):

1) системный артрит;
2) полиартрит: негативный по ревматоидному фактору (РФ);
3) полиартрит: позитивный по РФ;
4) олигоартрит: а) персистирующий, б) распространяющийся;
5) энтезитный артрит;
6) псориатический артрит;
7) другие артриты, которые а) не соответствуют ни одной из категорий или б) отвечают критериям более чем одной категории.

[1] Контактная информация: bur@comtv.ru

Системная форма с полиартритом (соответствует синдрому Стилла)

Этот системный вариант ЮРА был впервые описан британским педиатром Д. Ф. Стиллом в 1897 г. В настоящее время, по данным литературы и нашим наблюдениям, синдром Стилла встречается достаточно редко, всего в 12–16% от всех случаев ЮРА у детей, преимущественно раннего возраста [1–4]. Для него характерно острое, манифестное, начало; на самых ранних этапах болезни в процесс вовлекаются как крупные, так и мелкие суставы, в том числе мелкие суставы кистей и стоп. Для синдрома Стилла типично вовлечение в процесс шейного отдела позвоночника и височно-нижнечелюстных суставов. Суставы припухшие, резко болезненные, в них могут быстро развиться болевые контрактуры. Боль и контрактуры приводят к потере функции и вынужденному положению пораженного сустава под определенным углом, в результате чего дети теряют подвижность. Таким образом, кардинально от других вариантов ЮРА, этот вариант отличает генерализованный суставной синдром в дебюте. Для этого варианта ЮРА также характерны внесуставные проявления. Самые частые из них — лихорадочный синдром и сыпь. Лихорадка чаще фебрильная, иногда достигающая 39–40 °С, продолжающаяся, как правило, не более 3–4 недель. Сыпь при синдроме Стилла чаще мелкоточечная, напоминающая скарлатинозную, иногда — кореподобную, нестойкая, более выраженная на высоте лихорадки. Процент инвалидизации при синдроме Стилла достигает 25–30% [2].

Системная форма ЮРА с ограниченным суставным синдромом или олигоартритом, соответствующая аллергосептическому варианту

Впервые симптомокомплекс, включающий в себя лихорадку, артралгии, аллергическую сыпь, лимфаденопатию, гепатоспленомегалию и сопровождающийся высоким нейтрофильным лейкоцитозом, был описан Висслером в 1943 г. В последующем, наблюдая около 100 подобных случаев, Висслер и Фанкони пришли к выводу, что это заболевание имеет аутоиммунную природу и нередко трансформируется в ревматоидный артрит. Он существенно отличается от синдрома Стилла, прежде всего отсроченностью суставных проявлений, что значительно затрудняет раннюю диагностику. Мы наблюдали детей, у которых стойкие симметричные изменения в суставах сформировались только через 2–3 года от начала заболевания. Локализация суставных поражений также своеобразна. Как правило, в процесс вовлекаются крупные суставы — коленные, тазобедренные, голеностопные и очень редко — суставы кистей и стоп. В них довольно быстро развиваются деструктивные изменения: разволокнение хряща, костные эрозии, причем этот процесс быстро прогрессирует, приводя к значительному разрушению, например, головки бедренной кости. Для этого варианта заболевания свойственен и особый характер лихорадки: обычно она появляется в ранние утренние часы, начиная с 5–6 часов, после сильного озноба. Продолжительность лихорадки — 3–4 часа, затем наступает гектическое падение, сопровождающееся проливными потами. Начало лихорадки часто совпадает с появлением кожных высыпаний. Сыпь при аллергосептическом синдроме носит чрезвычайно упорный характер и, также как лихорадка, может длиться месяцами. Локализуется она на туловище и разгибательных поверхностях конечностей, щеках. Сыпь может быть уртикарной, пятнисто-папулезной, но все-таки визитной карточкой этого варианта является так называемая «линейная» сыпь, представляю-

щая скопления мелких элементов сыпи в виде полосок длиной до 1 до 4 см. Для этого варианта ЮРА характерен высокий лейкоцитоз, тромбоцитоз, нейтрофиллез с палочкоядерным сдвигом до 15–20%. Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) может достигать 80 мм/час [2].

Из висцеральных поражений при аллергосептическом варианте довольно часто развивается миокардит и миоперикардит, значительно утяжеляющий клиническую картину болезни.

В том случае, когда аллергосептический синдром протекает без поражения суставов, можно говорить о болезни Висслера–Фанкони без трансформации в ЮРА. Под нашим наблюдением находится ряд детей, у которых отмечался однократно или повторно аллергосептический синдром, иногда с преходящими экссудативными изменениями в суставах, однако рентгенологических признаков поражения суставов не отмечалось в течение длительного времени (более 10 лет). Проведенное иммуногенетическое обследование показало ряд особенностей иммуногенетических ассоциаций аллергосепсиса Висслера–Фанкони, отличных от аллергосептического варианта ЮРА [5]. Клинико-иммуногенетическое проспективное обследование больных с системными формами ЮРА позволяет предположить, что аллергосептический вариант ЮРА и аллергосепсис Висслера–Фанкони являются родственными, но не тождественными заболеваниями [2, 5].

Олигоартикулярный вариант ЮРА

По клиническим, иммунологическим и иммуногенетическим особенностям выделяется наблюдаемый преимущественно у девочек вариант ЮРА, начинающийся с моно- или олигоартрита в раннем детском возрасте.

Средний возраст начала заболевания составляет 2,5 года (от 6 месяцев до 6 лет), в дебюте у всех детей с этим вариантом ЮРА отмечается моно- или ассиметричный олигоартрит, преимущественно суставов ног. Чаще всего поражается коленный сустав. При олигоартикулярном начале помимо коленного сустава может поражаться голеностопный и/или лучезапястный суставы. В дальнейшем у 40% больных суставной синдром распространяется и принимает характер ограниченного полиартрита, у остальных пациентов продолжает рецидивировать в виде олигоартрита. Внесуставные проявления, такие как лихорадка, лимфаденопатия, гепатоспленомегалия нетипичны для данного варианта ЮРА. Наиболее частым и неблагоприятным внесуставным проявлением этого варианта ЮРА является иридоциклит. Развитие увеита при этой форме заболевания отмечается у 50% больных. Однако в течение последних 10 лет частота развития увеита у этих больных снизилась до 20–30%. Вероятно, активное проведение ранней иммуноподавляющей терапии, которое все шире стало использоваться у больных с олигоартикулярным вариантом ЮРА, предотвращает развитие увеита у большинства пациентов. Иммунологическими особенностями этого варианта являются отсутствие РФ и довольно частое (у 40%) выявление антинуклеарного фактора (АНФ) в невысоких титрах (1:40–1:80). Этот вариант олигоартрита часто называют «олигоартритом маленьких девочек», и, по мнению A. M. Prier, он не имеет аналогов у взрослых при ревматоидном артрите [1].

По нашим данным, согласующимся с результатами большинства иммуногенетических обследований аналогичных групп, приведенных в литературе, иммуногенетическими маркерами этого варианта ЮРА являются антигены HLA-A2 и HLA-DR5. Антиген гистосовместимости HLA-A2 выявлен у 80% больных с этим вариантом ЮРА. Даже при высокой частоте распространенности HLA-A2 в популяции, составляющей 49%, этот антиген гистосовместимости может рассматриваться как маркер олигоартрита маленьких девочек.

Среди антигенов гистосовместимости II класса наиболее высокой по нашим данным была частота HLA-DR5-антигена, который был выявлен у 80% больных этим вариантом ЮРА, при популяционной частоте этого антигена 30%.

Второй вариант олигоартрита характерен для мальчиков препубертатного, пубертатного возраста. Он характеризуется ассиметричным олигоартритом преимущественно суставов нижних конечностей, сопровождается поражением суставов свода стопы, болями в пятках (талалгиями), болями или болезненностью при пальпации в области прикрепления связок и сухожилий (энтезитами), вовлечением крестцово-подвздошных сочленений. Суставной синдром отличается торпидностью, прогрессирующим характером, особенно неблагоприятно протекает поражение тазобедренных суставов. Этот вариант по классификации ILAR может быть отнесен к энтезитному варианту ювенильного идиопатического артрита и, по сути, может рассматриваться как начальная стадия ювенильного спондилоартрита. Для этого варианта заболевания характерна ассоциация с HLA-B27, который выявляется у 50–80% пациентов этой группы. У 10% больных может развиваться передний увеит, сопровождающийся болью, покраснением глаз, светобоязнью [2, 5].

Полиартикулярный вариант ЮРА

Выделяют два субтипа полиартикулярного варианта ЮРА: серопозитивный по РФ и серонегативный по РФ.

Серопозитивный по ревматоидному фактору субтип ЮРА развивается преимущественно у девочек подросткового возраста, по своим клиническим, иммунологическим, иммуногенетическим особенностям он не отличается от серопозитивного по РФ полиартрита у взрослых. Клинически при этом субтипе ЮРА характерно симметричное поражение проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых, лучезапястных суставов, а также голеностопных и мелких суставов стопы. Больные отмечают утреннюю скованность, нарастающее ограничение подвижности суставов. Лабораторная активность умеренная, выявляется ревматоидный фактор. Иммуногенетическим маркером этого субтипа, как и при РА взрослых, является HLA-DR4. Кроме того, поражение суставов характеризуется быстрым развитием деструктивно-пролиферативных изменений.

Серонегативный по РФ субтип полиартрита также чаще встречается у девочек, характерно симметричное поражение крупных и мелких суставов с прогрессирующим течением заболевания. Течение артрита у большинства — относительно доброкачественное, однако у ряда пациентов могут развиваться тяжелые деструктивные изменения в суставах. Большинство ревматологов считает, что РФ-негативный полиартрит у детей соответствует РФ-негативному РА взрослых [2].

Для диагностики ЮРА чаще всего используют диагностические критерии Американской ревматологической ассоциации (АРА). К ним относятся следующие критерии:

- начало заболевания до достижения 16-летнего возраста;
- поражение одного и более суставов, характеризующееся припухлостью/выпотом либо имеющее как минимум два из следующих признаков: ограничение функции, болезненность при пальпации, повышение местной температуры;
- длительность суставных изменений не менее 6 недель;
- исключение других ревматических заболеваний.