

КЛУБ ПЕДИАТРОВ

газета для специалистов в области здравоохранения | спецвыпуск | 2024

Главная тема номера: Инфекции в практике педиатра

PEDIATR
CLUB.RU

А.В. Горелов: «Мы вошли в эпоху X-демии»



Этой зимой в России продолжает наблюдаться рост заболеваемости ОРВИ, гриппом и COVID-19. О тридемии – одновременной циркуляции трех вирусов – впервые заговорили в конце 2022 г., после окончания пандемии COVID-19 и отмены противозидемического режима. Во время пандемии, начиная с осени 2020 г., отмечалось резкое угнетение коронавирусом сезонных эпидемий гриппа и других ОРВИ негриппозной этиологии (парагрипп, аденовирусная, респираторно-синцициальная, коронавирусная, боккавирусная, метапневмовирусная и риновирусная инфекции), а в период спада заболеваемости COVID-19 частота возникновения ОРВИ стала расти. Кроме того, активизировались корь и коклюш, а в декабре 2022 г. ВОЗ сообщила о росте числа случаев инвазивной стрептококковой (группы А) инфекции и скарлатины среди детей в возрасте до 10 лет в ряде европейских стран с превышением показателей, наблюдаемых до пандемии, в несколько раз.

Александр Васильевич Горелов

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора ФБУН «ЦНИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора

– Уважаемый Александр Васильевич, почему сегодня детские инфекции активизируются и как обстоит ситуация с этими инфекциями в России?

– Это говорит о том, что мы с вами живем в глобальном мире, где все взаимосвязано, и речь идет об инфекционных (заразных) заболеваниях. Россия относится к 8 странам мира, которые обеспечивают свою иммунологическую безопасность. Мы производим вакцины сами. Многие страны их закупают, в ряде стран, не в России, в период пандемии была прекращена иммунизация против определенных агентов из-за нарушения логистических цепочек, локаутов и недопроизводства вакцин. В результате сформировалась «неиммунная прослойка», а для некоторых инфекций, таких как корь, ветряная оспа, коклюш, – это весьма критично.

Уменьшение количества иммунных лиц до <90% привело к тому, что инфекция, которая относится к антропонозам и должна закрепляться в человеческой популяции, выискивая слабые участки – неиммунных лиц, – смогла активироваться. Это один аспект. Чудес не бывает! Корь, ветряная оспа, коклюш – высококонтагиозные воздушно-капельные инфекции, при отсутствии прививки вероятность заболеть корью после контакта с больным составляет 99 из 100%, ветряной оспой – 96 из 100%, коклюшем – 90 из 100%. В ряде регионов мира отмечаются проблемы с дифтерией. Это все вакциноуправляемые инфекции.

Вместе с тем необходимо отметить еще один очень важный аспект. Перенесенный эпизод COVID-19, как, впрочем, и любой другой респираторной инфекции (но у паци-

ентов с COVID-19 это было продемонстрировано наиболее наглядно), вызывает иммуносупрессию в течение не менее полугода. То есть мы становимся более восприимчивыми к инфекционным агентам.

В настоящий момент, и весь мир идет к этому, вакцинация становится устойчивым трендом на протяжении всей жизни. Раз в 10 лет рекомендуется оценивать напряженность иммунитета к наиболее распространенным инфекциям. Сейчас есть тест-системы, которые позволяют нам спокойно жить и быть уверенными в том, что, встретившись с возбудителем, мы не заболеем.

Также следует отметить существование миграционных потоков. Если ты не вакцинирован и приезжаешь в огромный мегаполис с высокой концентрацией населения, риск встречи с инфекцией возрастает

Продолжение на следующей странице

в разы. Пропуском в крупный город должна служить надежная вакцинация, потому что все мы вакцинозависимые, как бы нам этого ни хотелось.

– Второй год подряд в России регистрируют подъем заболеваемости детей COVID-19, гриппом и ОРВИ, среди которых выделяют РСВ-инфекцию. Возможно ли инфицирование несколькими вирусами одновременно и чем опасна тридемия?

– Во-первых, мы уже говорили об иммуносупрессии. Во-вторых, для гриппа характерна определенная периодичность и «маятник» в 2–3 года: 2009–2011 г. – 2016 г. – 2022 г., связаны с появлением вирулентных штаммов. Подъем заболеваемости гриппом начался в декабре позапрошлого года. Этот сезон, вероятнее всего, последний, потому уровень заболеваемости спадет, но грипп, конечно же, нас не покинет.

В 2022 г. заговорили о так называемой тридемии, потому что начался подъем заболеваемости несколькими инфекциями. На самом деле, правильнее говорить о X-демии. У пациентов наблюдаются разные сочетания вирусов и бактерий, и раньше мы не обращали на это внимание из-за отсутствия диагностических возможностей.

” ...наш учитель В.И. Покровский, основоположник инфектологии в России, всегда говорил: Нет микроба, нет диагноза, врага нужно знать в лицо

Почему X-демия? Эпидемический подъем заболеваемости COVID и гриппом продолжается. Помимо РСВ-инфекции отмечается рост числа случаев других ОРВИ, в частности, бокавирусной, метапневмовирусной и риновирусной инфекции, и у каждого человека разный набор инфекций. Кроме того, и для меня это золотое правило со студенческой скамьи, «вирусы – это судьи, а приговор выносят бактерии», бактериальную пневмонию, которая может осложнять течение вирусной инфекции, никто не отменял. Поэтому помимо вирусного возможно бактериальное (например, пневмококковая/гемофильная пневмония) и грибковое поражение легких. До недавнего времени, в силу определенных обстоятельств, мы этой проблемой не занимались. Однако 2 или 3 возбудителя могут персистировать в организме одновременно! Например, респираторные инфекции и снижение иммунитета нередко приводят к обострению герпетических инфекций, их 9, так как сейчас ВГЧ-6 типа А и В выделяют как 2 самостоятельные формы. То есть респираторные патогены могут не только вызывать заболевание и различные осложнения, но и приводить к обострению хронических инфекций. И в этой ситуации нужно понимать, что это явление не только сегодняшнего или вчерашнего дня.

– Александр Васильевич, Вы сказали про новые инфекционные заболевания, бокавирусную и метапневмовирусную инфекции, которые играют значимую роль в структуре заболеваемости ОРВИ. Существуют ли различия в клинических про-

явлениях ОРВИ, вызванных различными возбудителями, и для чего нужна этиологическая диагностика?

– На самом деле поставить клинический диагноз практически невозможно. Но наш учитель В.И. Покровский, основоположник инфектологии в России, всегда говорил: Нет микроба – нет диагноза, врага нужно знать в лицо. И поэтому, когда появились тест-системы, мы стали изучать клиническое течение этих заболеваний. Бокавирусная инфекция отдаленно напоминает аденовирусную инфекцию, а метапневмовирусная – РСВ-инфекцию, поскольку, как и РСВ-инфекция, протекает достаточно тяжело, с поражением бронхов. И, говоря о тридемии, помимо пневмококка из возбудителей бактериальных инфекций уместно упомянуть микоплазму в связи с сезонными подъемами заболеваемости микоплазменной инфекцией, которая отдаленно напоминает коклюш и сопровождается длительным кашлем, в различных регионах мира. Кроме того, периодически активизируется хламидийная инфекция. Зачем нужна этиологическая расшифровка? Кто ищет, тот всегда найдет. У инфекционистов появились инструменты, позволяющие поставить диагноз. Обнаружили микоплазму – сразу же назначили

лечение. Или коклюш – взрослый долго кашляет, являясь источником инфекции для детей, особенно для маленьких, а в первые 3 месяца жизни, до вакцинации, коклюш протекает крайне тяжело и возможен летальный исход. Если бы взрослому человеку был вовремя поставлен диагноз и назначено соответствующее лечение, то ребенок бы не заболел.

Кроме того, определение возбудителя имеет эпидемиологическое значение. Полученная информация заносится в Российскую базу геномов основных возбудителей, чтобы мы могли понимать, какие штаммы циркулируют. На основании этой информации строят меры профилактики и назначают соответствующую терапию, которая обрывает инфекционный процесс и не допускает формирования осложнений.

Кроме того, следует понимать, что, если ты вакцинировался от гриппа, это не значит, что ты ничем не заболеешь. На сегодняшний день существуют 2 вакцины от самых тяжелых ОРВИ – гриппа и COVID-19, а возбудителей 250! В своем интервью А.Ю. Попова говорила, что вакцинированные от гриппа болеют гриппом в 150 раз реже, чем невакцинированные. И мы неспроста вакцинируем от гриппа детей, начиная с 6-месячного возраста.

– Что Вы рекомендуете назначать детям для лечения и профилактики ОРВИ?

– Спектр препаратов незначительный и они отличаются от препаратов, применяемых у взрослых. Детям чаще назначают интерфероновые препараты, это прерогатива на-

шей отечественной педиатрической школы. Те или иные противовирусные препараты применяют с учетом возрастных ограничений. Только интерфероны можно назначать с 0. Причем их следует использовать либо для профилактики, либо в первые дни заболевания, когда организм еще не начал вырабатывать собственный интерферон.

Основное правило – не заниматься самолечением и вызвать врача для своевременного назначения лечения, потому что «ложка хороша к обеду». Применительно к вирусным инфекциям эффект противогриппозных и противоковидных препаратов определяется назначением в первые 48 ч от начала заболевания. И самое главное – это диагностика, чтобы понимать, чего ждать в дальнейшем. Сегодня это доступно и удобно. Тестирование можно проводить дома. Забор мазка из зева и носа является несложной диагностической процедурой.

Детской вакцины от COVID-19 пока не существует. Но будет создана вакцина и для детей, не все сразу. И противогриппозные вакцины создавались не сразу. Посмотрите, какой сегодня у нас широкий спектр противогриппозных вакцин, есть вакцины и для детей, и для беременных. А самое главное, что уже в прошлом году в России 70% детей получили 4-валентную вакцину от гриппа. Это является прогрессивным фактором! Мы опережаем все страны, которые планируют перейти на 4-компонентную вакцину только к 2030 г.

– Каков Ваш прогноз на будущее? Мы теперь с этим будем жить?

– Респираторные вирусы останутся с нами. Инфекции будут распространяться с определенной периодичностью. Каждый год в северном полушарии в холодное время года к нам приходят респираторные инфекции, и обычной точкой отсчета для нашей страны является 41-я неделя, когда отмечается выраженный подъем заболеваемости, спад наступает в мае. Летом приходят энтеровирусы, аденовирусы. Аденовирус – все-сезонный, заболеваемость аденовирусной инфекцией носит круглогодичный характер. Энтеровирусная инфекция также называется «летний грипп».

Коронавирус тоже от нас никуда не уйдет. Он будет и дальше мутировать. Омикрон сменил дельту, при этом продолжает циркулировать небольшое количество предыдущих вариантов. Поскольку сформировался коллективный иммунитет, коронавирусная инфекция протекает мягче. Однако омикрон более контагиозный (быстрее распространяется) и способен ускользать от иммунологической защиты, что позволяет ему закрепиться в популяции людей. У вируса нет задачи убить нас, потому что ему нужно где-то жить.

– Уважаемый Александр Васильевич, благодарим Вас за интервью!

Интервью публикуется в сокращенном виде.

Полная версия интервью на сайте КЛУБ ПЕДИАТРОВ



КЛУБ ПЕДИАТРОВ

газета для специалистов в области здравоохранения | спецвыпуск | 2024

Главная тема номера: Инфекции в практике педиатра



ИНТЕРВЬЮ С ЭКСПЕРТОМ: о респираторных инфекциях, ошибках в антибиотикотерапии и способах их преодоления



Майя Джемаловна Бакрадзе

Доктор медицинских наук, заведующая отделением диагностики и восстановительного лечения, врач-педиатр-инфекционист ФГАУ «НМИЦ здоровья детей». Является экспертом Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), с 2012 г. в составе группы экспертов ВОЗ проводит аудиты по оказанию качественной стационарной помощи детям в различных регионах РФ и мира.

– Уважаемая Майя Джемаловна, в настоящее время отмечается рост заболеваемости детскими инфекциями, распространенность которых в последние 2 десятилетия была невысокой. С чем это связано, на Ваш взгляд?

– Посмотрим на примере коклюша. Рост заболеваемости коклюшем связан прежде всего со значительным снижением охвата детей прививками. К этому надо добавить, что прививки от коклюша (последняя в 18 мес) действует 5–6 лет, защищая малышей, для которых коклюш особенно опасен. В большинстве стран перешли на дополнительные прививки в 5–7, 10–12 лет и каждые 10 лет у взрослых, такая вакцина у нас есть, но в календарь она не включена.

Риск заболевания коклюшем повышается при пропуске 1 из 4 доз – в 2,25 раза, 2 из 4 доз – в 3,41 раза, 3 из 4 доз – в 18,56 раза, а при пропуске всех 4 доз – в 28,38 раза*. Что касается факторов роста заболеваемости, то среди них – уменьшение охвата из-за страха перед АКДС и снижение иммунитета через 5–7 лет после прививки.

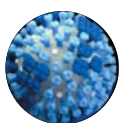
У подростков и взрослых коклюш часто протекает как длительный кашель без температуры, и они рассеивают инфекцию, заражая грудных детей, у которых вакцина еще не подействовала. Это связано и со сложностью диагностики коклюша у старших. Нужны ПЦР или серологический анализ, не везде доступный. Как защитить детей первых месяцев жизни? Вакцинация беременных в III триместре проводится в ряде стран, опыт есть и у нас, но он не внедряется. Другой способ – в семье, где ожидают ребенка, привить всех ее членов вакциной Адасель, создав как бы кокон вокруг новорожденного.

А сложностей с диагностикой на 1-м году нет (в отличие от взрослых) – коклюшный кашель слышен издали, его ни с чем не спутаешь. Кстати, мы совместно с педиатрами Новокузнецка апробировали безопасное и эффективное лечение спазматического кашля – ингаляции высоких доз будесонида быстро сокращают число приступов кашля и их тяжесть.

Продолжение на стр. 3

*Glanz JA. JAMA Pediatr 2013; 167 (11): 1060-4.

В ЭТОМ ВЫПУСКЕ



4

COVID-19 + ГРИПП

Клинические алгоритмы обследования и лечения пациентов с гриппом или COVID-19 при совместной циркуляции возбудителей инфекций



5

COVID-19, грипп или РСВ-инфекция?

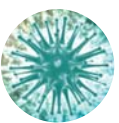
Дифференциальная диагностика по симптомам



6

Повышенная температура тела у ребенка

Листовка для ваших пациентов: порядок оказания первой помощи



9

Противовирусные препараты

для лечения и профилактики гриппа



11

Острая лейкоэнцефалопатия у ребенка

как следствие ротавирусной инфекции



13

Исследование UTILISE

Уровень HSP70 в диагностике инфекций мочевыводящих путей

А ТАКЖЕ:

Актуальные новости	2 стр.
Дифференциальная диагностика лихорадок у детей	6 стр.
Кашель и повышение температуры: клиническая задача	8 стр.
Из истории кори	10 стр.
Вульвит и инфекция мочевыводящих путей у девочек	12 стр.
Календарь событий на I квартал 2024 года	16 стр.

Крупное исследование показало, что вакцина против COVID-19 уменьшает продолжительность COVID у детей



Вакцинация против SARS-CoV-2 снижает риск серьезных острых заболеваний у детей и подростков. Однако его роль в защите от постоянных проблем со здоровьем в течение нескольких месяцев после COVID-19, или длительного COVID, была менее ясна.

Исследователи из 17 систем здравоохранения США обнаружили, что вакцинация обеспечивает умеренную защиту от длительного COVID. Вакцинация также оказывает более сильное воздействие на подростков, которые имеют более высокий риск развития длительного COVID, чем маленькие дети. Результаты большого ретроспективного исследования опубликованы в журнале «Pediatrics».

Хотя общая тяжесть COVID-19 у детей была ниже, чем у взрослых, бремя длительного COVID было трудно точно описать, поскольку симптомы могут сильно варьироваться, а точные способы, которыми вирус вызывает их, неизвестны. Некоторые симптомы включают одышку, желудочно-кишечную дисфункцию, общую боль и усталость, в то время как другие являются более острыми,

например, воспалительная реакция или проблемы с сердцем.

Как отметили авторы статьи, на сегодняшний день ни в одном исследовании не оценивались клинические данные для больших, разнообразных групп детей, чтобы ответить на этот важный вопрос. Использование клинических данных из разных сетей здравоохранения позволило собрать достаточно большую выборку пациентов, чтобы выявить редкие проявления вируса и его влияние на детей.

Исследователи проанализировали результаты крупномасштабного сотрудничества систем здравоохранения из PCORnet в рамках инициативы Researching COVID to Enhance Recovery (RECOVER), которая была создана для изучения долгосрочных последствий COVID-19.

В анализ включались пациенты в возрасте от 5 до 11 лет и от 12 до 17 лет соответственно, а также периода времени, в течение которого пациенты подвергались воз-

действию. Уровень вакцинации составил 56% в когорте из 1 037 936 детей.

Частота вероятного длительного COVID составила 4,5% среди пациентов с COVID-19, хотя только у 0,7% пациентов был клинически диагностирован длительный COVID. В исследовании эффективность вакцины в течение 12 мес после введения оценивалась в 35,4% против вероятного длительного COVID и 41,7% – против диагностированного длительного COVID. Этот показатель был выше у подростков по сравнению с детьми младшего возраста (50,3% против 23,8%) и выше через 6 мес (61,4%), но снизился до 10,6% через 18 мес.

Дети, которые были вакцинированы после выздоровления, также, по-видимому, получили пользу: эффективность вакцины составила 46% против вероятного длительного COVID после последующего эпизода COVID-19.

Источник: Razzaghi et al, Vaccine Effectiveness Against Long COVID in Children, Pediatrics 2024. DOI: 10.1542/peds.2023-064446

КОММЕНТАРИЙ ЭКСПЕРТА



Мы в очередной раз убеждаемся в том, что вакцина – это единственный способ создания широкой прослойки иммунизированных пациентов... способ остановить эпидемию, предотвратить развитие осложнений. Авторы данного исследования вновь доказали, что эффективная вакцинация действительно позволяет предупредить развитие тяжелого течения заболевания, осложнений после COVID-19 и, конечно, необходимость вакцинации следует и дальше пропагандировать, доносить эту информацию до врачей.

СЕРГЕЙ КЕНСАРИНОВИЧ ЗЫРЯНОВ

Д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой общей и клинической фармакологии ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», зам. главного врача по терапии ГБУЗ ГКБ №24 ДЗ г. Москвы. Главный внештатный специалист – эксперт по клинической фармакологии Росздравнадзора по ЦФО.

Хронические детские ушные инфекции могут задерживать развитие речи

Ушные инфекции – обычное явление в детском возрасте, но новое исследование предполагает, что родители должны серьезно относиться к этим инфекциям, чтобы сохранить развитие речи своих детей. Все потому, что каждая ушная инфекция потенциально может ухудшить слух из-за скопления жидкости за барабанной перепонкой. Новое исследование, проведенное в Университете Флориды, показывает, что, когда ушные инфекции становятся хроническими,

эта повторяющаяся временная потеря слуха может привести к дефициту обработки звуковой информации (слуховой обработки) и развитию речи у детей спустя годы.

Исследователи изучили слуховую обработку и развитие речи 117 детей в возрасте от 5 до 10 лет, как с хроническими ушными инфекциями в раннем детстве, так и без них. В среднем у детей с несколькими эпизодами обострений отитов инфекционной этиологии в возрасте до 3 лет словарный запас



был меньше, и им было труднее подбирать похожие по звучанию слова, чем детям с небольшим числом обострений отита в анамнезе или без них вовсе. Им также было трудно распознавать изменения в звуках, что является признаком проблем в центрах обработки слуховых сигналов их мозга.

Исследователи отмечают, что родителям, врачам и логопедам следует продолжать наблюдение за детьми дошкольного возраста еще и в течение длительного времени после того, как пройдет боль в ухе.

Источник: Susan Nittrover et al. Early otitis media puts children at risk for later auditory and language deficits. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 2023. DOI: 10.1016/j.ijporl.2023.111801

КОММЕНТАРИЙ ЭКСПЕРТА



Если у ребенка нарушен слух по какой-либо причине, неважно, отит это или не отит, то, конечно, у ребенка будут и проблемы с речью. Например, если до 3,5 года ребенок не слышал или не воспринимал какие-то частоты, но никто об этом не знал – такой ребенок и не заговорит. Когда у ребенка часто бывают отиты, или, например, у него аденоиды с постоянным экссудативным отитом, или хронический отит, т.е. ситуация с постоянным ухудшением слуха, то, конечно, чем дольше ребенок плохо слышит, тем хуже будет развитие речи. Другое дело – острый средний отит, который сопровождается временным снижением/нарушением слуха, но с последующим полным его восстановлением. Конечно, каждый отит должен наблюдаться у доктора с последующим контролем восстановления слуха.

АНАСТАСИЯ СЕРГЕЕВНА ПОЛЯКОВА

Канд. мед. наук, врач-педиатр ФГАУ «НМИЦ здоровья детей».

Майя Джемаловна Бакрадзе: «Трудности клинической диагностики и боязнь пропустить бактериальную инфекцию парализуют многих педиатров»



Начало на стр. 1.

– Уважаемая Майя Джемаловна, какова сегодня ситуация с корью?

– С корью плохо – и в Европе, и в Америке, и в СНГ – много отказов от прививки.

Корь остается серьезной проблемой здравоохранения как ввиду высокой контагиозности, так и тяжести; 1 из 4 заболевших требует госпитализации, энцефалит развивается с частотой 1:1000, погибают 1–2 на 1000. Крайне тяжело протекают коревая пневмония и коревой ларингит! Вновь стали регистрироваться случаи подострого склерозирующего панэнцефалита (ПСПЭ) – это бомба замедленного действия. У детей, перенесших корь в возрасте до 1 года, его частота составила 1 на 1387, а у заболевших корью в возрасте старше 1 года – 1 на 600**. Несмотря на наличие эффективной вакцины и отсутствие внешнего резервуара, корь продолжает поражать сотни и тысячи детей и взрослых.

» Несмотря на наличие эффективной вакцины и отсутствие внешнего резервуара, корь продолжает поражать сотни и тысячи детей и взрослых

Достигнутый к 2010 г. статус элиминации в России был в последующие годы утрачен: заболеваемость в 2011 г. составила 0,44, а в 2018 г. – 1,73. С 2017 г. Россия считается вновь эндемичной по кори страной.

Важно понимать, что элиминация кори возможна только при 95% охвате 2 дозами.

Данные о возрасте и привитости заболевших корью в 2013 г. были представлены в государственном докладе «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения РФ в 2016 г.». Видно, что более половины заболевших из числа лиц с известным вакцинальным статусом составляют непривитые. Из числа заболевших, получивших 1 прививку (согласно Календарю), 40% составляют дети в возрасте 1–9 лет. Доля заболевших детей 1–9 лет составляла в 2013 г. 28%, в 2016 г. – 57%.

Следует отметить, что вторая прививка – это не ревакцинация, она имеет целью «подчистку», т.е. иммунизацию лиц, не выработавших иммунитет.

**Health News 2016; Oct 28.

– Майя Джемаловна, несмотря на то, что существуют утвержденные алгоритмы антибактериальной терапии (АБТ), по-прежнему нередки врачебные ошибки при назначении антибиотиков при различных заболеваниях. Не могли бы Вы прокомментировать эту ситуацию?

– Бактериальные инфекции респираторного тракта – серьезная патология у детей, поэтому неудивительно, что педиатры уделяют ей пристальное внимание. Трудности клинической диагностики бактериальных инфекций (они в структуре острых лихорадок составляют не более 5–10%), боязнь пропустить бактериальную инфекцию (пневмонию, менингит, сепсис, инфекции мочевых путей, бактериемию) парализуют многих педиатров, так что подчас 30–85% остро заболевших детей получают антибиотики «на всякий случай». Замечено также, что педиатр, назначающий антибиотики «на всякий случай», утрачивает квалификацию и часто оказывается неспособным правильно назначать их там, где они показаны.

– Каковы последствия такого неоправданного назначения АБТ?

– Неоправданное массовое назначение антибиотиков приводит к нескольким серьезным последствиям. Во-первых, оно ведет к развитию устойчивости патогенной микрофлоры, и это мы видим на протяжении последних десятилетий. Во-вторых, широкое использование антибиотиков при ОРВИ, где они неэффективны, фактически лишает педиатров способности оценивать эффективность препаратов. Более того, не получив эффекта от препарата первого выбора при ОРВИ, врач нередко применяет резервные препараты и убеждается в их «эф-

фективности», поскольку к этому времени наступает естественное выздоровление. Такая практика не способствует и повышению знаний педиатров в вопросах выбора адекватной терапии при бактериальных инфекциях.

– Каковы современные рекомендации по применению антибиотиков при респираторных инфекциях?

– Основные рекомендации по лечению бактериальных инфекций дыхательных путей сводятся к тому, что препаратами выбора должны быть амоксициллин и амоксициллин/клавуланат, поскольку основной возбудитель – пневмококк – приобрел высокий уровень устойчивости к макролидам и оральным цефалоспорином II–III поколения. Наши наблюдения, как и наблюдения других авторов, показали, что педиатры поликлиник, да и стационаров чаще не следуют этим рекомендациям ни в выборе препарата, ни в его дозировке чаще всего из-за недостаточного знания клинической картины ост-

рого респираторного заболевания, спектра возбудителей и их чувствительности к антибактериальным препаратам из-за трудности диагностики на дому, а также неиспользования экспресс-тестов (на бета-гемолитический стрептококк группы А, на грипп, на респираторно-синцитиальный вирус – РСВ), отсутствия возможности проводить анализы крови и мочи. Кроме того, неоправданное назначение АБТ зависит от неправильной трактовки анализов на инфекцию атипичными возбудителями.

– Таким образом, сложившаяся ситуация требует кардинальных изменений как в сознании врача, так и в системе здравоохранения. Каких?

– Первое: залог успеха антибиотикотерапии – это знание врачами возбудителей ОРЗ, ОКИ, ИМП, спектра действия антибактериальных препаратов и их резистентности здесь и сейчас. Второе: во всем мире система помощи на дому признана как неэффективная, лишаящая больного всех преимуществ современной диагностики. Остро заболевшие дети должны обследоваться в условиях, позволяющих сделать экспресс-диагностику на бета-гемолитический стрептококк группы А, на грипп, РСВ, анализ крови, анализ мочи, СРБ, КТ, рентгенографию легких, посоветоваться с коллегами в поликлинике и в зависимости от результатов осмотра и обследования больного госпитализировать или отправлять лечиться домой. Такая схема освободит педиатра от хождений по домам, даст ему время для самообразования и предотвратит выгорание.

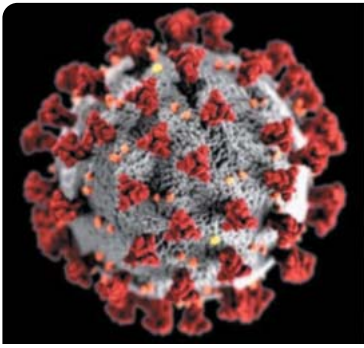
Третье, но не менее важно условие: очень часто врачи, назначающие необоснованно антибиотики, ссылаются на требования родителей, а родители, самостоятельно использующие антибиотики, – на врачебные советы в аналогичной ситуации. Знания о возбудителях и их чувствительности должны быть доступны для родителей, во всем мире они на первых страницах прессы, и не для того, чтобы самолечиться, а чтобы правильно понимать логику назначения врача. И, если это назначение его смущает, попросить разъяснения.

И также (это четвертое) важен строгий контроль за соответствием действий врача рекомендациям, за качеством лечения каждого больного (а не лечением «вообще») со стороны администрации всех уровней, главных специалистов. Опыт проведения обучающих тренингов по программе ВОЗ показал, что участие администраторов, аудит и поддерживающий мониторинг способны резко снизить частоту необоснованных назначений антибиотиков, в том числе препаратов 2-го ряда, улучшить их выбор.

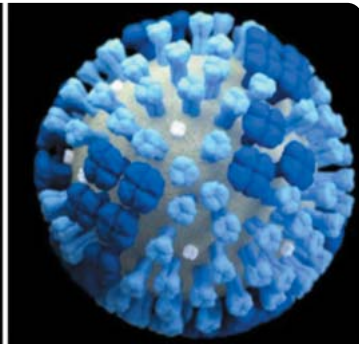
Без этого любая реформа здравоохранения не даст результата.

– Уважаемая Майя Джемаловна, благодарим Вас за столь емкие и познавательные ответы.

Диагностика и лечение COVID-19 и гриппа при совместной циркуляции возбудителей



Возбудитель SARS-CoV-2

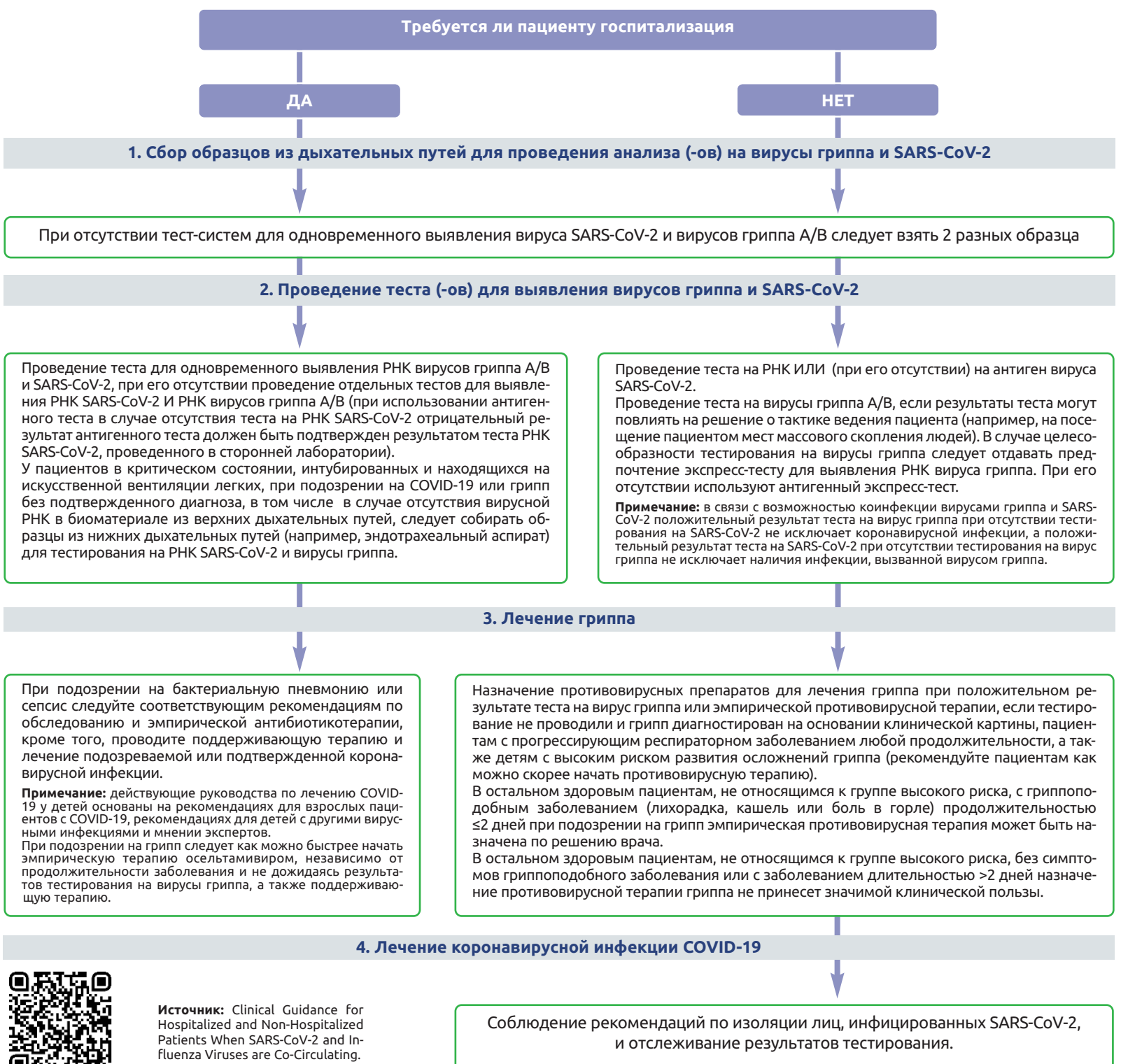


Возбудитель гриппа

После необычайно мягкого эпидемического сезона гриппа 2020–2021 гг., что отчасти было связано с мерами по предупреждению распространения COVID-19, возобновились сезонные подъемы заболеваемости гриппом и выросла активность вирусов гриппа.

Принимая во внимание сходство симптомов гриппа и COVID-19, при совместной циркуляции вирусов гриппа и SARS-CoV-2 дифференциальная диагностика заболеваний на основе клинической картины является сложной задачей. Важно, чтобы медицинские работники знали, как обследовать и лечить пациентов с симптомами, соответствующими гриппу или COVID-19. Это особенно важно для пациентов с высоким риском развития осложнений, поскольку раннее назначение противовирусных препаратов при гриппе может предотвратить госпитализацию, сократить длительность болезни, уменьшить выраженность симптомов и снизить риск тяжелого течения гриппа.

Центры по контролю и профилактике заболеваний США (CDC) разработали клинические алгоритмы обследования и лечения пациентов с гриппом или COVID-19 при совместной циркуляции возбудителей инфекций. Эти алгоритмы основаны на локальной активности гриппа и включают рекомендации по сбору образцов, тестированию, лечению и инфекционному контролю. В алгоритмах учтена тяжесть заболевания и учреждение, оказывающее медицинскую помощь (например, стационар, поликлиника и пр.). При тестировании на SARS-CoV-2 и вирусы гриппа важно соблюдать рекомендуемые меры профилактики и контроля инфекции.



Источник: Clinical Guidance for Hospitalized and Non-Hospitalized Patients When SARS-CoV-2 and Influenza Viruses are Co-Circulating.

Симптомы COVID-19, инфекции, вызванной РСВ и вирусом гриппа

	COVID-19	Инфекция, вызванная РСВ	Грипп
Развитие симптоматики	Постепенное	Постепенное	Быстрое
Лихорадка	●	●	●
Кашель	●	●	●
Диарея	В отдельных случаях	●	●*
Повышенная утомляемость и слабость	●	●	●
Головная боль	●	●	●
Потеря обоняния и способности различать вкусы	●	●	●
Боль в мышцах или во всем теле	●	●	●
Насморк или заложенность носа	●	●	●
Одышка или затрудненное дыхание	●	●	●
Чихание	●	●	●
Боль в горле	●	●	●
Рвота	●	●	●*
Свистящее дыхание	●	●*	●
Эксперты утверждают, что диагноз можно подтвердить только при помощи тестирования.			
*Чаще встречается у детей.			

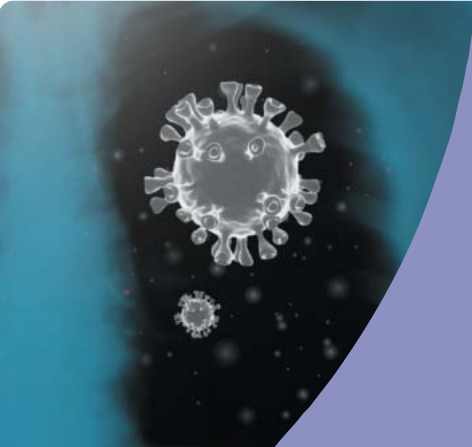
Источник: ABC News Photo Illustration, CDC, Mayo Clinic.

● часто ● иногда ● редко

РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНЫЙ КВИЗ*

Респираторно-синцициальный вирус (РСВ) является основной причиной инфекций нижних дыхательных путей у детей младенческого и раннего возраста. Согласно результатам исследования INFORM-RSV, РСВ ассоциировался с 33,1 млн случаев инфекции нижних дыхательных путей, 3,2 млн госпитализаций и 118 тыс. случаев смерти у детей в возрасте до 5 лет [1].

НАСКОЛЬКО ХОРОШО ВЫ ОСВЕДОМЛЕННЫ О РСВ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ? ПРИМИТЕ УЧАСТИЕ В ВИКТОРИНЕ И ПРОВЕРЬТЕ СВОИ ЗНАНИЯ



ВОПРОС 1
Какое заболевание РСВ вызывает у детей наиболее часто?

1. Бронхиальная астма
2. Бронхиолит
3. Коклюш
4. Круп

Ответ на с. 7.

*Квиз – это англицизм, пришедший к нам из языка Шекспира и Диккенса: образовано от слова «quiz», что в переводе означает «викторина».
1. Tabor DE, Fernandes F, Langedijk AC et al.; INFORM-RSV Study Group. Global Molecular Epidemiology of Respiratory Syncytial Virus from the 2017-2018 INFORM-RSV Study. J Clin Microbiol. 2020; 59 (1): e01828–20. DOI: 10.1128/JCM.01828-20

Дифференциальная диагностика лихорадок у детей



Диагностический симптомокомплекс	Возможные заболевания
Лихорадка + катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей	Острая пневмония, острый отит, острый гайморит, острый этмоидит
Лихорадка + ангина	Острый тонзиллит бактериальной, вирусной этиологии; паратонзиллярный абсцесс, дифтерия, инфекционный мононуклеоз, агранулоцитоз
Лихорадка + инфильтративные тени в легких	Пневмония, туберкулез, новообразования, глистные инвазии, карцинома, саркоидоз
Лихорадка + увеличение периферических лимфатических узлов	Инфекционный мононуклеоз, туберкулез, онкологические заболевания (лимфосаркома, злокачественные лимфомы, лимфогранулематоз)
Лихорадка + увеличение мезентериальных лимфатических узлов	Иерсиниоз, вирусные кишечные инфекции, инфекционный мононуклеоз, туберкулез, онкологические заболевания (лимфосаркома, злокачественные лимфомы, лимфогранулематоз)
Лихорадка + увеличение внутригрудных лимфатических узлов	Гематоонкологические заболевания, лимфогранулематоз, туберкулез
Лихорадка + головная боль	Грипп, менингит, энцефалит, менингоэнцефалит, сыпной тиф, брюшной тиф
Лихорадка + сыпь	Лекарственная аллергия, болезнь Кавасаки, рожистое воспаление, ревматоидный артрит, узелковый артериит, системная красная волчанка, паранеопластический синдром
Лихорадка + узловатая эритема	Узелковая эритема ревматического происхождения, узловатая эритема как самостоятельное заболевание, туберкулез легких, саркоидоз; болезнь Крона
Лихорадка + лейкоцитурия	Инфекция мочевой системы, острый пиелонефрит, острый цистит, туберкулез почки, апостематозный нефрит, системная красная волчанка
Лихорадка + боли в животе	Иерсиниоз, сальмонеллез, дизентерия, острый аппендицит, пищевая токсикоинфекция, болезнь Крона, неспецифический язвенный колит, опухоли ЖКТ, периодическая болезнь, лимфогранулематоз, острый панкреатит, мочекаменная болезнь, туберкулез, узелковый периартериит
Лихорадка + гепатомегалия	Гематоонкологические заболевания, сальмонеллез, гепатит, абсцесс печени
Лихорадка + спленомегалия	Инфекционный мононуклеоз, брюшной тиф, бактериальный эндокардит, сепсис, туберкулез, бруцеллез, абсцесс селезенки, гематоонкологические заболевания (острый хронический лейкоз, лимфогранулематоз, лимфосаркома), системная красная волчанка
Лихорадка + артралгии/артрит	Ревматоидный артрит, ревматизм, туберкулез, хламидиоз, иерсиниоз, геморрагический васкулит, гематоонкологические заболевания
Лихорадка + жидкий стул	Сальмонеллез, эшерихиоз, дизентерия, вирусные и кишечные инфекции, вызванные условно-патогенными возбудителями, острый панкреатит

Источник: Доскин В.А., Макарова З.С. Дифференциальная диагностика детских болезней. М.: Медицинское информационное агентство, 2011.



Всегда под рукой!
Скачайте эту шпаргалку себе в телефон



Повышенная температура тела: порядок оказания первой помощи

Нередко в первые дни родители самостоятельно оказывают помощь ребенку с лихорадкой. Однако, несмотря на существование вполне определенных правил снижения температуры тела у детей, нередко мамы и папы совершают ошибки.

Нормальная температура тела колеблется в пределах 36,0–37,0°C (а не четко 36,6°C, как принято считать), причем к вечеру она может немного повышаться.

Лихорадка возникает при многих заболеваниях. Это необходимый механизм защиты (многие бактерии и вирусы перестают размножаться при температуре выше 37–38°C), стимул для начала иммунного ответа [ряд

защитных факторов (например, интерферон) выделяется при температуре выше 38°C]. Поэтому бороться с незначительной (субфебрильной) лихорадкой не стоит.

Снижая температуру, родители никак не влияют на причину заболевания, но могут улучшить самочувствие – когда, к примеру, ребенок перевозбужден, не может заснуть, теряет аппетит.

● Субфебрильная температура (до 38°C) может появляться при перегревании, при вирусной или бактериальной инфекции. «Сбивать» температуру ниже этой отметки с помощью жаропонижающих средств не стоит, если самочувствие ребенка не страдает.



● При фебрильной температуре (выше 38°C) возникает сужение сосудов, усиление мышечных сокращений (отсюда – озноб, дрожь), у маленьких детей могут наступить судороги (так называемые фебрильные судороги).

● При повышении температуры до 39,5–40,0°C сосуды кожи расширятся (кожа краснеет), усиливается теплоотдача.

Алгоритм действий родителя при лихорадке

Субфебрильная температура (до 38°C)

1. Раздеть ребенка. Важно не закутывать ребенка, поскольку организм самостоятельно усиливает теплоотдачу, пытаясь охладиться. При перегреве лихорадка только усиливается.
2. Растереть влажной тканью (температура чуть выше комнатной). Можно использовать воду, но ни в коем случае – водку или

спирт, которые всасываются в кожу и могут вызвать интоксикацию.

Жаропонижающие не использовать. Фебрильная температура (выше 38°C)

1. Обеспечить покой, уложить в постель.
2. Обильно поить сладким чаем, морсом.
3. При ознобе согреть ребенка (горячий чай).
4. Дать жаропонижающие.
5. При температуре 39,5–40,0°C закутывать ребенка не следует.

6. При температуре 39°C дать жаропонижающее.

Обязательно вызвать скорую помощь при следующих симптомах:

- температура выше 40,4°C
- пестрая, «мраморная» окраска кожи
- холодные на ощупь конечности

Терапия любого варианта лихорадки считается эффективной, если температура тела снижается на 0,5°C за 30 мин. В других случаях нужно обратиться к педиатру.

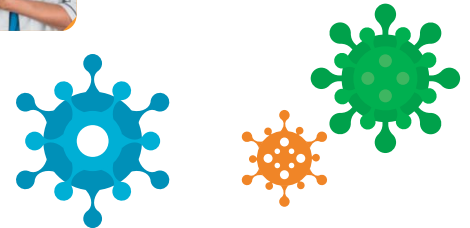


Скачайте памятку в формате PDF и поделитесь с вашими пациентами.



Источники: <https://nczd.ru/>, Федеральные клинические рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи при острой лихорадке у детей. 2015.

Передаются ли антитела, специфичные к коронавирусу SARS-CoV-2, от матери к плоду? Результаты клинического исследования



Известно, что антитела, полученные от матери, являются ключевым звеном иммунитета новорожденных. Совсем недавно американские ученые исследовали возможность трансплацентарной передачи плоду материнских антител, продуцируемых в ответ на SARS-CoV-2-инфекцию во время беременности, для дальнейшего понимания принципов ведения

таких новорожденных, а также для выработки стратегии вакцинации женщин.

Целью когортного исследования, проведенного сотрудниками University of Pennsylvania Perelman School of Medicine на базе Children's Hospital of Philadelphia (работа опубликована в «JAMA Pediatrics» в 2021 году), стала оценка связи между концентрациями ан-

тител, специфичных для SARS-CoV-2, у матери и новорожденного. Ученые исследовали пуповинную кровь 1471 пары мать/новорожденный.

Было показано, что материнские антитела IgG к SARS-CoV-2 передавались через плаценту как после бессимптомной формы COVID-19, так и в случае развития клинической картины инфекционного за-

болевания. Концентрация антител в пуповинной крови коррелировала с уровнем материнских антител и со сроком, прошедшим между началом инфекционного заболевания и родами. Исследователи сделали вывод о наличии потенциала материнских антител, специфичных к SARS-CoV-2, для обеспечения защиты новорожденных от COVID-19.

Источник: Flannery DD, Gouma S, Dhudasia MB, et al. Assessment of Maternal and Neonatal Cord Blood SARS-CoV-2 Antibodies and Placental Transfer Ratios. JAMA Pediatr 2021; 175 (6): 594–600. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2021.0038

РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНЫЙ КВИЗ

ОТВЕТ на вопрос 1 (на стр. 5)
«Какое заболевание РСВ вызывает у детей наиболее часто?»

БРОНХИЛИТ

РСВ является наиболее частой причиной инфекции нижних дыхательных путей у младенцев и детей в возрасте до 2 лет. РСВ-инфекция протекает в форме острого бронхита (воспаление мелких бронхов или бронхиол) или пневмонии.

Бронхиальная астма (БА) и бронхит имеют похожие симптомы. БА характеризуется хроническим воспалением дыхательных путей, которое приводит к спазму бронхов. У детей оно проявляется рецидивирующими свистящими хрипами (wheezing), часто вызванными вирусной инфекцией или аллергеном. При физикальном обследовании при БА выявляют уменьшение поступления воздуха в легкие и бронхоспазм. Бронхит обычно развивается у младенцев и детей младше 2 лет. Он проявляется затруднением дыхания (ребенок дышит часто, с усилием, в процессе дыхания втягиваются промежутки между ребрами), мелкопузырчатыми хрипами и/или крепитацией, в отдельных случаях свистящими хрипами (при закупоривании слизи просвета бронхиол).

Коклюш – это высококонтагиозное заболевание, вызываемое бактерией *Bordetella pertussis*. В течении коклюша выделяют три периода:

- Катаральный: симптомы со стороны верхних дыхательных путей (например, ринорея); длится 1–2 нед.
- Пароксизмальный, или спазматический период: повторяющиеся приступы кашля с последующим глубоким свистящим вдохом (коклюшный реприз) у младенцев и детей раннего возраста; длится 2–4 нед.
- Выздоровление: приступы кашля постепенно прекращаются в течение 4–12 нед.

Коклюш остается важной причиной заболеваемости и смертности детей младше 2 лет.

Круп (острый стенозирующий ларинготрахеит) – это распространенное среди детей воспалительное заболевание, поражающее верхние отделы дыхательных путей. Круп проявляется охриплостью голоса, грубым лающим кашлем, напоминающим крик тюленя, инспираторным стридором и дыхательной недостаточностью различной степени. У детей в возрасте от 6 мес до 3 лет круп обычно развивается на фоне инфекции, вызванной вирусами парагриппа 1 и 2-го типа, реже – при инфицировании РСВ. Тем не менее бронхит наиболее распространенное клиническое проявление РСВ-инфекции.



ВОПРОС 2
Какое утверждение относительно патофизиологии РСВ-инфекции является наиболее правильным?

1. РСВ поражает только дыхательные пути
2. РСВ не вызывает среднего отита
3. Сепсис нечасто встречается у детей с РСВ-инфекцией и сопутствующими заболеваниями
4. У младенцев с РСВ-инфекцией часто возникает апноэ

Ответ на стр. 9.

У ребенка длительный кашель и повышение температуры

В мае 2011 г. к врачу обратились родители 20-месячного мальчика с жалобами на повышение температуры и кашель, длящийся 7 дней.

Госпитализирован в детское диагностическое отделение местной клинической больницы. При обследовании частота дыхательных движений составляла 60 в минуту, частота сердечных сокращений – 180 уд/мин, отмечались лихорадка, кашель и сухие свистящие хрипы в легких.

При рентгенографии органов грудной клетки патологии не обнаружено.

На фоне ингаляций сальбутамола (через небулайзер) уровень сатурации повысился с 93 до 99%, и ребенка выписали из стационара с диагнозом «**вирус-индуцированный бронхообструктивный синдром**». В рамках рутинного обследования был выполнен общий анализ крови и взят мазок из зева и носа.

На следующий день ребенка осмотрел участковый педиатр и констатировал отсутствие лихорадки и улучшение самочувствия. На выдохе выслушивались слабые хрипы. Ребенку были назначены преднизолон коротким курсом (3 дня) и отсроченное лечение амоксициллином. Поскольку кашель и хрипы сохранялись, курс антибиотикотерапии был проведен. Несмотря на это, ребенок чувствовал себя плохо, кашель и слабые хрипы не прекратились.

Анамнез

Ребенок родился недоношенным на сроке 31 нед, однако не имел задержек в развитии или других осложнений. Он не получал грудное молоко и с рождения находился на искусственном вскармливании. Иммунизацию проводили в положенный срок, в соответствии с календарем профилактических прививок. В частности, ребенок получил

3 дозы вакцины DTaP-IPV/Hib* в возрасте 2, 3 и 4 мес в соответствии с календарем профилактических прививок Великобритании. Вместе со своими родителями мальчик в течение 2 мес путешествовал по Индии, где у него периодически возникали респираторные симптомы, был случай посткашлевой рвоты. Его госпитализировали в местную больницу и диагностировали у него бронхопневмонию. После курса антибиотикотерапии ребенок полностью выздоровел.

Диагностика

В детском диагностическом отделении местной клинической больницы у ребенка был взят мазок из зева и носа, который в тот же день доставили в микробиологическую лабораторию. Образец был обработан в соответствии со стандартной операционной процедурой лаборатории и инокулирован в угольно-красный агар с цефелексином и шоколадный агар. Затем чашки инкубировали в аэробных условиях при температуре 35°C во влажной камере, содержащей 5–10% CO₂, и ежедневно в течение 7 дней проверяли на наличие признаков роста. После 7 дней инкубации был обнаружен слабый рост бактериальных колоний в чашке с кровавым агаром. В чашке с шоколадным агаром признаки роста отсутствовали. Колонии, выросшие на селективном кровавом агаре, были гладкими, выпуклыми, блестящими, маслянистыми, серовато-белого цвета и напоминали жемчужины. При микроскопическом исследовании колоний, окрашенных по Граму, определялись грамотрицательные коккобактерии, расположенные поодиночке или парами. Результаты теста на оксидазную активность были положительными.

Какое заболевание можно предположить у пациента?

Ответ: на основании результатов лабораторных исследований был поставлен предположительный диагноз «**коклюш**», который позднее был подтвержден в референс-лаборатории, выделившей из изолята штаммы *Bordetella pertussis* серотипов 1, 3.

Обсуждение

B. pertussis имеет вид аэробных грамотрицательных одиночных или парных коккобацилл и образует характерные колонии на угольно-красном агаре с цефелексином (селективная питательная среда для культивирования *B. pertussis*, подавляющая рост носоглоточной микрофлоры), является оксидазоположительной бактерией.

Клиническая картина и результаты лабораторных исследований свидетельствовали о неэффективности вакцины или низкой напряженности поствакцинного иммунитета. После замены многокомпонентных цельноклеточных вакцин на бесклеточные вакцины из соображений безопасности продолжают споры о том, являются ли цельноклеточные вакцины более эффективными, чем бесклеточные. Случаи неэффективности первичной иммунизации не являются редкостью. Согласно опубликованным данным эффективность первичной 3-дозовой иммунизации коклюшной вакциной составляет 85–90%. В этой связи при появлении у недоношенных детей, получивших коклюшную вакцину, специфических респираторных симптомов следует исключить коклюш.

Источник: Ananda Giri Shankar, Alan Lee, Harish Reddy & Martin Seymour 2013. *Bordetella pertussis* infection in a child with completed primary immunization. Human Vaccines & Immunotherapeutics 2013; 9 (2): 322–4, DOI: 10.4161/hv.22553

*Вакцина DTaP-IPV/Hib представляет собой комбинированную вакцину 5 в 1, которая защищает от дифтерии, столбняка, коклюша, полиомиелита и *Haemophilus influenzae* типа B.

Проблемы диагностики коклюша у детей

Большие трудности представляет диагностика коклюша при микстинфекции. В этом случае следует обращать внимание на постепенное усиление и стойкость кашля, несмотря на симптоматическую терапию.

Основным методом выявления возбудителя коклюша остается **культуральное исследование**, обладающее высокой специфичностью (100%). Оптимальные сроки получения мазков со слизистой оболочки носа и зева для культурального исследования – первые 2 нед кашля, когда в носоглотке присутствуют жизнеспособные бактерии. Для выделения *B. pertussis* используют угольно-красный агар. Окончательный результат может быть получен только на 5–7-е сутки.

Для **экспресс-диагностики** коклюша используют метод флуоресцирующих анти-

тел – МФА (иначе – реакция иммунофлуоресценции), позволяющий обнаружить антигены возбудителя коклюша в мазках из носоглотки. Однако в связи с высокой вариабельностью чувствительности и специфичности МФА (в зависимости от качества реагентов) полученные результаты должны быть подтверждены культуральными методами.

Серологические исследования проводят на более поздних стадиях заболевания для подтверждения диагноза, главным образом при подозрении на вспышку коклюша. Поскольку у большинства детей уровень IgG может быть изначально повышен (поствакцинальный иммунитет), необходим контроль парных сывороток с интервалом в 7–10 дней. Положительным результатом можно считать лишь при выражен-

ном нарастании титра антител в парных сыворотках, не менее чем в 4–6 раз.

ПЦР-тест используют для подтверждения диагноза и идентификации отдельных видов *Bordetella*. Однако с учетом вариабельной специфичности ПЦР-тестов при вспышке коклюша необходимо подтверждать полученные результаты культуральным методом по крайней мере в одном подозрительном на коклюш случае. ПЦР-исследование мазков из носоглотки следует проводить в течение 3 недель после начала кашля. Взятие образцов через 4 недели после возникновения кашля повышает риск ложноотрицательных результатов из-за быстрого уменьшения количества бактериальной ДНК.

Источник: Каплина Т.А. и др. Проблемы клинико-лабораторной диагностики коклюша у детей. Педиатр. 2010; 2.

Противовирусные препараты для лечения и профилактики гриппа

Противовирусные препараты используют для лечения гриппа с целью сокращения продолжительности заболевания и уменьшения тяжести симптомов, а также для профилактики гриппа после контакта с инфицированным и в группах риска в период подъема заболеваемости.

пы жизненного цикла вируса: процесс проникновения в клетку и созревания вирионов (блокаторы М2-каналов), начало синтеза мРНК (ингибитор кэп-зависимой эндонуклеазы), а также выход вирионов из клетки хозяина (ингибиторы нейраминидазы).

адамантанам, поэтому в настоящее время применение этих препаратов не рекомендуется.

Использование ингибитора кэп-зависимой эндонуклеазы ограничено быстрым приобретением резистентности вирусами гриппа, уже после приема первой дозы препарата.

Противовирусные препараты для лечения и профилактики гриппа, одобренные Управлением по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) (2)					
Класс, препарат	Активность в отношении вирусов гриппа типа А и В	Способ введения	Возрастные ограничения для лечения	Профилактика	Мутации резистентности
Ингибиторы ионных каналов М2					
ремантадин	Только А (не активны в отношении В)	Внутрь	Не рекомендовано	Не рекомендована	S31N, L26I, V27A
амантадин		Внутрь	Не рекомендовано	Не рекомендована	S31N, L26I, V27A
Ингибиторы нейраминидазы					
осельтамивир	А и В	Внутрь	≥2 нед	≥3 мес	H274Y, E119V
занамивир		Интраназально	≥7 лет	≥5 лет	I223R, E119V
перамивир		Внутривенно однократно	≥2 лет	Не рекомендована	H274Y
ланинамивир (аналог занамивира продленного действия)		Интраназально однократно	Нет данных, наиболее безопасный среди всех ИНА	Нет данных	
Ингибиторы кэп-зависимой эндонуклеазы					
балоксавир					
марбоксил	А и В	Внутрь однократно	≥12 лет	≥12 лет	I38T/F/M

Поскольку репликация и репродукция вируса происходит в течение очень короткого периода времени (до 6–8 ч), важно назначать противовирусные препараты в первые 24–48 ч болезни.

В настоящее время доступны три класса препаратов, активных в отношении вируса гриппа. Препараты блокируют разные эта-

Наиболее широко применяемым классом препаратов являются ингибиторы нейраминидазы, поскольку к ним чувствительно большинство циркулирующих штаммов вируса гриппа типов А и В. В последние сезоны наблюдается высокая распространенность (>99%) вирусов гриппа А(Н3N2) и гриппа А(Н1N1)pdm09 (Н1N1 2009), устойчивых к

Литература

1. Голобородько Н.В., Дунаева Е.И. Осельтамивир и другие противовирусные препараты в лечении и профилактике гриппа у детей. Медицинские новости. 2021; 10 (325).
2. Ларина В.Н., Чуланов В.П. Новые возможности в лечении пациентов с гриппом: препарат балоксавир марбоксил. Лечебное дело. 2020; 4.
3. Кузнецов Н.И. Грипп. Что должен знать врач общей практики. Российский семейный врач. 2009; 3.
4. Клинические рекомендации МЗ РФ «Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) у детей». 2022.

РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНЫЙ КВИЗ

ОТВЕТ на вопрос 2 (на стр. 7)

«Какое утверждение относительно патофизиологии РСВ-инфекции является наиболее правильным?»

РСВ ПОРАЖАЕТ ТОЛЬКО ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ

РСВ поражает только дыхательные пути. Распространение РСВ из носоглотки в эпителий нижних дыхательных путей происходит путем межклеточного переноса в результате слияния соседних плазматических мембран и образования синцития. Заболевание начинается с возникновения симптомов со стороны верхних дыхательных путей (ринорея, ринит) и в течение 1–2 дней распространяется на нижние дыхательные пути. Это приводит к появлению кашля, мелкопузырчатых хрипов и крепитации, снижению аппетита. Бронхиолит, как правило, сопровождается лихо-

радой. Частота сопутствующей или вторичной серьезной бактериальной инфекции, ассоциирующейся с РСВ, является низкой (<1%). Средний отит, возникающий у 40% пациентов, в большинстве случаев связан с РСВ-инфекцией, а не со вторичной бактериальной инфекцией.

Согласно N. Gupta и соавт. [2] у младенцев и детей с РСВ-инфекцией и сопутствующими заболеваниями или состояниями (например, недоношенные дети, хронические заболевания легких, врожденные пороки сердца или первичный иммунодефицит) может развиваться сепсис.

Апноэ – это хорошо известное, но редкое осложнение РСВ-инфекции, которое встречается главным образом у недоношенных младенцев (<37 нед) и детей с нарушениями состояния здоровья. У здоровых доношенных детей частота апноэ низкая.



ВОПРОС 3

Какие факторы ассоциируются с тяжелым течением РСВ-инфекции и необходимостью госпитализации у младенцев?

1. Посещение детских учреждений
2. Наличие родных братьев и сестер, посещающих школу
3. Низкий социально-экономический статус
4. Недоношенность

2. Gupta N, Richter R, Robert S, Kong M. Viral Sepsis in Children. Front Pediatr 2018; 6: 252. DOI: 10.3389/fped.2018.00252. PMID: 30280095; PMCID: PMC6153324.

Возвращение кори

В декабре 2024 г. Европейское бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) сообщило о 30-кратном увеличении заболеваемости корью в регионе.

Эксперты ВОЗ и российские врачи считают, что вспышки кори связаны с недостаточной вакцинацией. За время пандемии COVID-19 увеличилось количество детей и взрослых, не получивших прививки против кори. В соответствии с постановлением Главного государственного санитарного врача РФ с 3 апреля 2023 г. в России стартовала «подчищающая» иммунизация против кори. Для прекращения случаев инфицирования корью охват вакцинацией и ревакцинацией детей должен достигнуть рекомендуемого ВОЗ показателя 95%.

Источник: <https://news.un.org/ru/story/2024/01/1448497>

Из истории кори

Результаты исследования музейного препарата столетней давности показали, что корь появилась уже в VI в. до нашей эры.

Ученые практически полностью реконструировали геном вируса кори, сохранившегося в легком двухлетней девочки, которая скончалась от кори в 1912 г. Сравнение полученного генома с более поздними и современными образцами вируса с использованием метода молекулярных часов позволило на основе мутаций определить время расхождения таксонов, а следовательно, и их возраст.

Как и многие другие вирусы, предок вируса кори, по всей вероятности, был передан человеку от животных вскоре после появления больших городов с достаточно высокой плотностью населения, необходимой для распространения кори.

Впервые корь была описана персидским философом и врачом **Абу Бакр Мухаммад ар-Рази** в трактате «*Об оспе и кори*».

Ар-Рази считал корь разновидностью оспы, имеющей ряд важных отличий, и не только описал клиническую картину обоих заболеваний, но и дал рекомендации по их лечению. Он утверждал, что больному необходим постельный режим, купание в холодной воде, но ни в коем случае не в парных банях, кровопускание, диета: следует избегать сладостей, особенно фиников и меда, но полезными будут овощи и лимонный сок. Правда, эти предписания оказались малоэффективными. Труды Ар-Рази были переведены на латинский язык и в течение нескольких столетий служили руководством для врачей.



В XVII в. подробное описание течения кори представил «английский Гиппократ» **Томас Сиденхам**. Болезнь начинается с общего недомогания и лихорадки, затем за ушами появляется папулезная сыпь, которая опускается вниз на шею и грудь, покрывает все тело, а затем через несколько дней постепенно бледнеет и исчезает.

На протяжении истории человечества корь была широко распространена в Европе, на Ближнем Востоке и в Азии, но полностью отсутствовала в Северной и Южной Америке до конца XV в., когда туда прибыли европейцы. Они завезли на американский континент оспу и корь. Индейцы оказались бессильны перед новыми болезнями. Поскольку оба заболевания появились в Америке впервые, они протекали в очень тяжелой форме и стали причиной массовой смертности.

В 1846 г. эпидемия кори разгорелась на **Фарерских островах**. На островах на протяжении более 50 лет не было зафиксировано ни одного случая заболевания, пока один из жителей не вернулся из Дании с корью. В течение 5 мес заболели 6100 человек из 7900, проживающих на острове. Более 100 из них умерли. Эпидемия кори прекратилась через 5 мес. У вируса закончились новые хозяева, и он не мог распространяться дальше. После того как большая часть населения переболела корью, на острове образовался **коллективный иммунитет**, и вспышки этой болезни долго не повторялись.

В 1896 г. американский педиатр **Генри Коплик** описал характерные для кори яркие красные пятна во рту с голубовато-белыми «песчинками» в центре. Сегодня эти пятна (**пятна Коплика**) считают важным диагностическим признаком, их узнает любой педиатр. Кроме того, было обнаружено одно из последствий кори – сильное выпадение волос.

Лечение кори заключалось главным образом в переводе больных на постельный режим и строгой изоляции, а в остальном носило симптоматический характер. Наблюдения, показывающие, что лица, перебо-

Основные факты о кори

Корь – это одно из самых контагиозных инфекционных заболеваний, которое передается воздушно-капельным путем.

- 1 больной корью может инфицировать 12–18 человек.
- 9 из 10 восприимчивых людей (невакцинированных/никогда не болевших корью) заболевают даже при кратковременном контакте с больным корью.

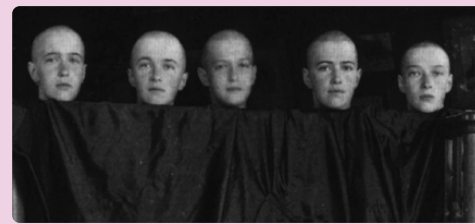
Наибольшему риску тяжелых осложнений кори, включая летальный исход, подвержены дети в возрасте до 5 лет

Специфических препаратов для лечения кори не существует. Терапия направлена на облегчение симптомов и борьбу с осложнениями.

Корь является вакциноуправляемой инфекцией.

- Безопасные и эффективные вакцины для профилактики кори существуют уже более 50 лет.
- В период с 2000 по 2022 г. вакцины против кори спасли более 57 млн жизней во всем мире.

Весной 1917 г. в Царском Селе разразилась эпидемия кори. Царские дети перенесли болезнь очень тяжело. У великих княжон после выздоровления стали выпадать волосы. В результате девочек решили постричь наголо, из солидарности к ним присоединился цесаревич Алексей.



левшие корью, не заболевают ею вторично, побудили исследователей использовать сыворотку крови переболевших корью, для лечения и профилактики новых случаев. Впервые **противокоревую сыворотку** успешно применили французские исследователи **Шарль Николь** и **Эрнест Консей**. В 1916 г. они диагностировали корь в семье с четырьмя детьми. Введение сыворотки крови старшего брата, переболевшего корью, 2-летнему ребенку предотвратило развитие заболевания. В дальнейшем сыворотка получила широкое распространение и до открытия живой коревой вакцины была единственным надежным средством против кори и ее тяжелых последствий.

Живая **противокоревая вакцина** была создана группой американских исследователей во главе с нобелевским лауреатом вирусологом **Джоном Эндерсом**, которым удалось вырастить вирус кори в культуре тканей. Клинические испытания начались в 1960 г., а в 1963 г. первая живая аттенуированная противокоревая вакцина была зарегистрирована в США. Кроме США, где заболеваемость резко снизилась, вакцинацию стали проводить в европейских странах и в СССР. Сегодня прививки от кори включены в национальные календари вакцинации множества стран мира.

Острая лейкоэнцефалопатия вследствие ротавирусной инфекции

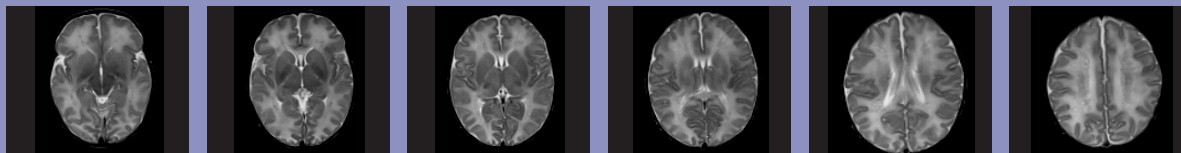
Общие данные

Возраст: 17 дней
Пол: Женский

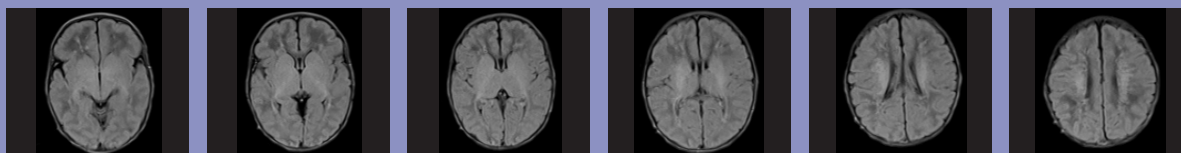
Анамнез

Доношенные роды. Ребенок был нормальным до 5 дней. Затем появились жидкий стул и рвота, за которыми последовали судороги.

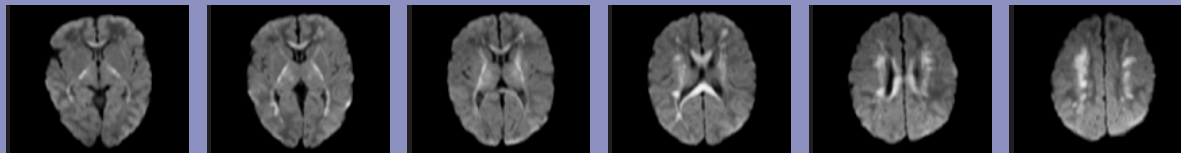
T2-взвешенные изображения мозга, аксиальная проекция



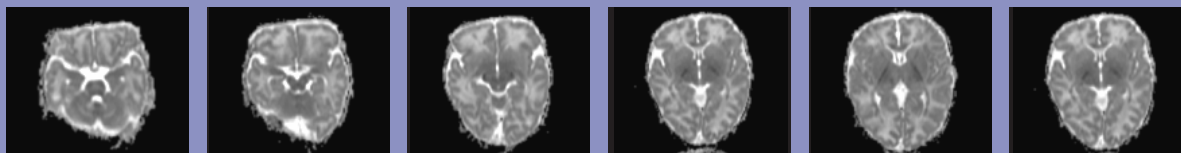
FLAIR-взвешенные изображения, аксиальная проекция



DWI-изображения, аксиальная проекция



ADC-изображения, аксиальная проекция



MPT выявила симметричное ограничение диффузии в перивентрикулярном белом веществе головного мозга, полуовальных центрах, внутренних капсулах, мозолистом теле с обеих сторон, а также в вентральной части ствола мозга вдоль кортикоспинальных трактов с обеих сторон. Эти изменения не видны на T2-взвешенных и FLAIR-изображениях. «Blooming»-артефакт не визуализируется.

В контексте рассмотренной клинической картины эти признаки с наибольшей вероятностью указывают на острую лейкоэнцефалопатию вследствие ротавирусной инфекции. Результаты анализа образцов кала на ротавирус положительные.

Судороги у новорожденных могут быть вызваны множеством причин. Ротавирусная инфекция у детей является распространенным явлением, приводящим к диарее [1]. Известны серотипы ротавирусов, вызывающие инфекцию исключительно у новорожденных: G3P, G9P, G10P [2]. Неврологические проявления наблюдаются реже. У новорожденных с ротавирусной инфекцией в анамнезе обычно наблюдаются судороги или энцефалопатия на 5-й день жизни, и это может быть связано с неблагоприятными исходами развития нервной системы различной степени тяжести [1].

Источники:

1. Belaval V. Acute leucoencephalopathy in neonate due to rotavirus infection. Case study, Radiopaedia.org (Accessed on 05 Feb 2024). DOI: 10.53347/rID-73105
2. Gomez-Rial et al. Rotavirus infection beyond the gut. Infection and Drug Resistance 2018; 12: 55–64. DOI: 10.2147/IDR.S186404. eCollection 2019

РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНЫЙ КВИЗ

ОТВЕТ на вопрос 3 (на стр. 9)

«Какие факторы ассоциируются с тяжелым течением РСВ-инфекции и необходимостью госпитализации у младенцев?»

ФАКТОРАМИ РИСКА ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВОЗРАСТ ДО 1 ГОДА И НЕДОНОШЕННОСТЬ

Несмотря на то что риск тяжелого течения заболевания считается наиболее высоким у недоношенных младенцев, родившихся на сроке беременности ≤ 29 нед, недавно полученные данные свидетельствуют о сохранении высокого риска у младенцев, родившихся на сроке беременности ≤ 35 недель.

В многоцентровом исследовании SENTINEL1 E. Anderson и соавт. [3] показали, что не-

доношенные младенцы, родившиеся на сроке беременности 29–35 нед, подвержены высокому риску тяжелого течения РСВ-инфекции. В исследовании с участием 702 младенцев, госпитализированных по поводу внебольничной РСВ-инфекции, 42% пациентов были помещены в отделение интенсивной терапии и 20% потребовалась инвазивная искусственная вентиляция легких. Кроме того, 68% младенцев в возрасте до 3 мес, родившихся на сроке 29–32 нед, нуждались в интенсивной терапии и 44% – в инвазивной искусственной вентиляции легких.

Посещение детских учреждений, наличие старших братьев и сестер, посещающих школу, и низкий социально-экономический статус также являются факторами, ассоциирующимися с повышением риска внебольничной РСВ-инфекции.

3. Anderson EJ, Krilov LR, DeVincenzo JP et al. SENTINEL1: An Observational Study of Respiratory Syncytial Virus Hospitalizations among U.S. Infants Born at 29 to 35 Weeks' Gestational Age Not Receiving Immunoprophylaxis. Am J Perinatol 2017; 34 (1): 51–61. DOI: 10.1055/s-0036-1584147. Epub 2016 May 27. PMID: 27233106.



ВОПРОС 4

Какое утверждение относительно эпидемиологии РСВ-инфекции является наиболее правильным?

1. РСВ-инфекция распространяется только в летний период
2. Тяжелое течение РСВ-инфекции отмечается главным образом у младенцев и детей раннего возраста
3. РСВ-инфекция чаще встречается у девочек
4. Повторное инфицирование РСВ не происходит

Ответ на стр. 13.

Вульвит и инфекция мочевыводящих путей у девочек

ЦЕЛЬ ДАННОЙ ПУБЛИКАЦИИ – ПРИВЛЕЧЬ ВНИМАНИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА К ПРОБЛЕМЕ ВУЛЬВИТОВ И ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ, КОТОРЫЕ ТРЕБУЮТ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА В СВЯЗИ С ВОЗДЕЙСТВИЕМ АНАТОМИЧЕСКИ СМЕЖНЫХ СИСТЕМ ОРГАНОВ.



КОРОТКО О ВАЖНОМ

Вульвит – это воспалительное заболевание наружных половых органов, в частности всей области преддверия влагалища.

Вагинит – это воспалительное заболевание слизистой оболочки стенок влагалища. Клиническая картина при вульвовагинитах включает комплекс симптомов: дискомфорт в области наружных (преддверие влагалища, малые половые губы, гимен) и внутренних (влагалище) половых органов, зуд, жжение, гиперемия слизистой, эрозии, язвы, патологические выделения из половых путей разной степени интенсивности.

Длительный неспецифический воспалительный процесс может привести к формированию сращений малых половых губ (синехий) [1, 2]. Частым осложнением/сопутствующим заболеванием вульвитов, вульвовагинитов является инфекция мочевыводящих путей.

Клинический случай

Пациентка Р., 7 мес, первая из тройни.

Наблюдается у врача акушера-гинеколога в лечебно-диагностическом отделении Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России.

Жалобы: на покраснение и высыпания в области промежности, беспокойство ребенка во время мочеиспускания.

Анамнез заболевания: первое обращение к педиатру в возрасте 4 мес, когда впервые были обнаружены изменения в клинических анализах мочи – лейкоцитоз до 10–20–30 клеток в поле зрения, эритроциты до 5–7

клеток в поле зрения, мутность, увеличение плотности, отсутствие прозрачности, бактерии до 3+/большое количество, оксалаты, аморфные фосфаты, нитриты. На протяжении последующих 3 мес ребенок несколько раз осмотрен педиатром и получал лечение: длительно применялись уроантисептики, диуретические средства растительного происхождения, противомикробные средства (нитрофуран); проведено 2 курса системной антибактериальной терапии (пенициллины, цефалоспорины) при наличии фебрильной температуры тела и признаках острого респираторного заболевания.

Status genitalis: интимная гигиена нарушена; наружные половые органы развиты правильно, клитор не увеличен; кожа промежности, больших и малых половых губ тонкая, атрофична, умеренно депигментирована, с мелкими папулами до 1–2 мм в диаметре (до 20 элементов на коже промежности и перинальной области, ягодиц). Сращение малых половых губ между собой в области их уздечки на протяжении 7–8 мм, нежное, образует глубокий анатомический карман. Доступная осмотру область слизистой оболочки вульвы: выраженная гиперемия, наличие множественных мелких эрозий.

При проведении **ультразвукового исследования органов** мочевого пузыря и мочевыводящей системы (проводились неоднократно) признаков патологии не обнаружено.

ДИАГНОЗ: «Острый инфекционный вульвит. Сращение малых половых губ. Дерматит. Инфекция мочевыводящих путей».

Рекомендовано нормализовать гигиену, а именно – проведена подробная беседа для всех членов семьи, осуществляющих уход за девочкой. Назначено лечение: нестероид-

Бактериологическое исследование посева средней порции мочи

Стафилококки	10 ⁶ КОЕ/мл
Стрептококки	10 ⁵ КОЕ/мл
<i>Candida spp.</i>	10 ⁵ КОЕ/мл
Семейство энтеробактерий, кишечная палочка	10 ⁷ КОЕ/мл

Бактериологическое исследование посева соскоба с области вульвы

Стафилококки	10 ⁷ КОЕ/мл
Стрептококки	10 ⁵ КОЕ/мл
Семейство энтеробактерий:	
кишечная палочка	10 ⁷ КОЕ/мл
клебсиелла	10 ⁵ КОЕ/мл

ные противовоспалительные препараты для местного применения (бензидамина гидрохлорид 0,1%), местное и системное применение антимикотических препаратов, местное применение крема клотримазола пропионата 0,05%, в том числе на область сращения малых половых губ.

Длительность терапии до достижения стойкого клинического эффекта составила 3 нед.

На этапе реабилитации – коррекция гигиены, смена средств для стирки белья, максимальный отказ от одноразовых подгузников. Из местной терапии – наружно косметический крем на основе гиалуроновой кислоты, фитоэстрогены. Проведена коррекция рациона питания мамы, поскольку ребенок на грудном вскармливании. Динамическое наблюдение врачом акушером-гинекологом проводилось каждые 3 мес.

За время наблюдения в возрасте 1 года 4 мес был однократно рецидив сращения малых половых губ, по поводу которого проводилось кратковременное (в течение 7 дней) местное лечение препаратами эстриола 0,1%. На момент выхода статьи в печать девочке 2 года, жалоб нет, status genitalis – без патологических особенностей.

Обсуждение

По данным литературы, основной причиной воспалительного процесса наружных половых органов у девочек до 3 лет является условно-патогенная флора, представленная *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus saprophyticus*, *Streptococcus viridans*, *Streptococcus pyogenes*, *Enterococcus faecalis*, *Enterococcus faecium*, *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis* и др. [3].

До 80% рецидивов неспецифических вульвовагинитов случается на фоне обострения экстрагенитальных заболеваний, нарушения интимной гигиены. Частота вульвовагинитов выше среди девочек с хроническими заболеваниями ЛОР-органов, частыми острыми респираторными инфекциями, депрессией клеточного иммунитета и наличием в организме реакций гиперчувствительности замедленного типа.

Вульва и влагалище девочки являются благоприятной средой для роста патогенной микрофлоры [4, 5].

Пациентки с жалобами на дискомфорт, зуд, жжение и болезненность при мочеиспускании и воспалительные изменения наружных половых органов могут встретиться в практике не только врача акушера-гинеколога, но и педиатра, уролога, дерматолога, аллерголога, поэтому междисциплинарный подход к диагностике, лечению и наблюдению таких девочек очень актуален. Соблюдение этапности обследования и лечения вульвовагинитов в детском возрасте позволит снизить частоту рецидивов и хронизации данной патологии и избежать проблем в будущем.

Источник: Чекенева Н.А. Вульвит и инфекция мочевыводящих путей у девочек. Клинический разбор в общей медицине. 2023; 4 (11): 35–7. DOI: 10.47407/kg2023.4.11.00301

Литература:

- Уварова Е.В. Детская и подростковая гинекология. 2009; с. 79–98.
- Laufer MR, Emans SJ. Vulvovaginitis in the prepubertal child: clinical manifestations, diagnosis and treatment. 2021.
- Косых С.Л., Мозес В.Г. Диагностика и лечение вульвовагинитов у девочек. Мать и дитя. 2012; 4.
- Маркин Л.Б., Яковлева Э.Б. Детская гинекология. Справочник. Киев, 2004; с. 238–9.
- Маслова И.О. Влагалищные выделения у девочек: этиология, клиника, диагностика, лечение. Педиатрия. 2005; 7 (2): 13–8.

Исследование уровня HSP70 в моче повышает точность диагностики инфекций мочевыводящих путей у детей: исследование UTILISE



Точность традиционного анализа мочи, используемого для диагностики инфекций мочевыводящих путей (ИМП) у детей, невелика, что приводит к приему ненужных антибиотиков у большей части пациентов. Уровень белка теплового шока 70 в моче (uHSP70) представляет собой новый маркер острого воспалительного процесса в мочевыводящих путях. Мы изучили дополнительные преимущества исследования uHSP70 с точки зрения разграничения ИМП и состояний, которые путают с ИМП.

В исследовании приняли участие 802 ребенка, наблюдавшихся в 37 детских клиниках в семи странах, у детей диагностированы ИМП (n=191), инфекции, не поражающие мочевыводящие пути (n=178), были пациенты с контаминированными образцами мочи (n=50) и бессимптомной бактериурией (n=26), а также здоровые лица из контрольной группы (n=75). Уровни HSP70 в моче и сыворотке крови были измерены при первом обращении у всех пациентов и после разрешения инфекции у пациентов с подтвержденными ИМП.

Уровень HSP70 в моче был выше у детей с ИМП, чем у детей с любыми другими состояниями ($p < 0,0001$). uHSP70 был предиктором ИМП с чувствительностью 89% и специфичностью 82% (AUC=0,934). Среди 265 пациентов с подозрением на ИМП на основании критерия uHSP70 > 48 нг/мл были идентифицированы 172 ребенка, у которых впоследствии подтвердили ИМП (чувствительность 90%, специфичность 82%, AUC=0,862), что обеспечило лучшую диагностическую точность по сравнению с такими критериями, как лейкоцитурия, уровень нитритов и присутствие лейкоцитарной эстеразы. У пациентов с ИМП уровень HSP70 в моче полностью нормализовался к концу курса лечения антибиотиками. Уровень HSP70 в сыворотке крови не был предиктором.

Уровень HSP70 в моче представляет собой новый неинвазивный маркер ИМП, который повышает диагностическую точность традиционного анализа мочи. По оценкам авторов исследования, быстрый скрининг HSP70 в моче может избавить от эмпирического назначения антибиотиков до 80% детей с подозрением на ИМП.

Источник: Yilmaz A, Afonso AC, Akil I, et al. Urinary HSP70 improves diagnostic accuracy for urinary tract infection in children: UTILISE study. *Pediatr Nephrol* 2023; 38 (3): 791–9. DOI: 10.1007/s00467-022-05664-5. Epub 2022 Jul 18. PMID: 35849222.



РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНЫЙ КВИЗ

ОТВЕТ на вопрос 4 (на стр. 11)
«Какое утверждение относительно эпидемиологии РСВ-инфекции является наиболее правильным?»

ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ РСВ-ИНФЕКЦИИ ОТМЕЧАЕТСЯ ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ У МЛАДЕНЦЕВ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

До достижения 2-летнего возраста практически все дети инфицируются РСВ, а 1/2 из них переносят эту инфекцию дважды в первый год жизни [4, 5].

Несмотря на то что у мальчиков и девочек легкая форма РСВ-инфекция встречается с одинаковой частотой, у мальчиков

вероятность госпитализации по поводу РСВ-инфекции в 2 раза выше.

Сезонность РСВ-инфекции зависит от региона. В регионах с умеренным климатом заболевание в основном наблюдается в холодный период. В северном полушарии эпидемии наблюдаются ежегодно, преимущественно осенью и зимой (с пиком в феврале-марте), но спорадические случаи регистрируются в течение всего года [6].

В течение жизни инфицирование РСВ может происходить многократно. У старших детей и взрослых РСВ-инфекция протекает как заболевание верхних дыхательных путей.

ВОПРОС 5
Какой подход является оптимальным для подтверждения диагноза РСВ-инфекции у здорового доношенного младенца, который чувствует себя комфортно при дыхании комнатным воздухом, употребляет достаточное количество жидкости и хорошо питается?

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Лабораторные исследования, как правило, не показаны
4. Мультиплексная панель для выявления возбудителей респираторных вирусных инфекций

Ответ на стр. 15.

4. Chatterjee A, Mavunda K, Krilov LR. Current State of Respiratory Syncytial Virus Disease and Management. *Infect Dis Ther* 2021; 10 (Suppl. 1): 5–16. DOI: 10.1007/s40121-020-00387-2. Epub 2021 Mar 3. PMID: 33660239; PMCID: PMC7928170.

5. Вишнева Е.А., Намазова-Баранова Л.С., Торшоева Р.М. и др. Паливизумаб: новые возможности в профилактике астмы? *Педиатрическая фармакология*. 2011; 8 (3): 24–30.

6. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Беляева И.А. и др. Иммунопрофилактика респираторно-синциальной вирусной инфекции у детей: методические рекомендации для педиатров. *Союз педиатров России*. М.: ПедиатрЪ, 2023.



ИНСТИТУТ
SPINA
BIFIDA

КУРС ПО РАННЕМУ РАЗВИТИЮ (0–3 ГОДА) ДЕТЕЙ С ДИАГНОЗОМ SPINA BIFIDA ДЛЯ ВРАЧЕЙ-ПЕДИАТРОВ И ДРУГИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

Курс нацелен на обучение врачей-педиатров, специалистов по раннему вмешательству для детей от 0 до 3 лет, физических терапевтов и эрготерапевтов работе с детьми со spina bifida, изучению диагноза spina bifida (причины, проявление и особенности) и развитию ребёнка в первые наиболее важные годы жизни, освещение проблем у детей со spina bifida и их профилактике, особенности подбора транспортных средств реабилитации (ТСР) для детей от 0 до 3 лет, а также освещение юридических аспектов оформления индивидуальной программы реабилитации и абилитации (ИПРА).

- Длительность курса – 12 акад. часов
- Формат: онлайн, лекции – в записи
- Обучение на курсе – бесплатно
- Старт обучения – февраль 2024

ЛЕКТОРЫ КУРСА – ВЕДУЩИЕ СПЕЦИАЛИСТЫ ПО НЕЙРОХИРУРГИИ И НЕВРОЛОГИИ, НЕЙРОУРОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ, ПЕДИАТРИИ И РАННЕМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ:



Белошенко А.В.,
Врач-педиатр высшей категории, физический терапевт благотворительного фонда «Спина бифида», специалист по раннему вмешательству



Зиненко Д.Ю.,
нейрохирург, НИКИ педиатрии им. Вельтищева, заведующий отделением нейрохирургии, доктор медицинских наук



Бердичевская Е.М.,
врач-невролог отделения нейрохирургии НИКИ педиатрии им. Вельтищева



Щедрина А.Ю.,
Врач детский уролог-андролог КВМТ им. Пирогова СПбГУ; МЦ XXI век; НМИЦ им. Г.И.Турнера. Специалист высшей квалификационной категории, врач ультразвуковой диагностики, клинический психолог, член консилиума «Спина бифида» и ДЦП в Санкт-Петербурге. Лауреат премии «Призвание».



Пименова Е.С.,
Врач-детский хирург, кандидат медицинских наук, врач высшей квалификационной категории, автор более 70 научных публикаций. Опыт преподавания в медицинском вузе - 17 лет. Научный сотрудник Калифорнийского университета



Ошапкин Д.И.,
врач ортопед-ортезист национального медицинского исследовательского Центра Здоровья Детей, директор Орто-пространства доктора Ошапкина



Лучникова А.П.,
руководитель службы ранней помощи в программе раннего вмешательства «Уверенное начало»



Морьякина Е.С.,
руководитель проекта юридической помощи фонда «Спина бифида»

Записаться на обучение можно на сайте Института Spina Bifida www.institutespinabifida.ru

Институт Spina bifida и обучающие программы созданы фондом «Спина бифида» при поддержке Фонда президентских грантов, фонда «Абсолют помощь» и технического партнёра Мед.Студио – портала медицинского онлайн-образования. Курс отмечен баллами НМО Минздрава России

«Школа по заболеваниям печени»: найти ответ на любой вопрос

За свою практику врач может ни разу не столкнуться с тем или иным редким заболеванием печени у детей, несмотря на то, что болезней, при которых страдает этот орган, довольно много. Некоторые заболевания печени относятся к орфанным – бывает, что на всю Россию официально зарегистрировано лишь несколько пациентов с редкими диагнозами. Поэтому важно, чтобы доктор обладал необходимыми знаниями для диагностики и назначения лечения. Для этого вместе с лучшими специалистами страны фонд «Жизнь как чудо» создал «Школу по заболеваниям печени». В рамках этой программы фонд изучает особенности детских заболеваний печени: записывает видеолекции, проводит вебинары, конференции, разрабатывает памятки и методические пособия для врачей, поддерживает обучение медицинских специалистов. Рассказываем, какие возможности открывает «Школа по заболеваниям печени» для вас.



Сайт
«Школы по заболеваниям
печени»

1. Образовательная поддержка

Фонд оплачивает для врачей участие в программах дополнительного профессионального образования, стажировках и других образовательных мероприятиях. С полным списком курсов и стажировок можно ознакомиться на сайте.

2. Развитие ранней диагностики гипераммониемии у детей неонатального возраста

Вместе с проектом «Гипераммониемия» вы можете сделать так, чтобы самые ма-



ленькие пациенты вашей больницы прошли своевременную диагностику на наследственные болезни обмена и – если это необходимо – получили соответствующее лечение. В рамках проекта все заинтересованные государственные перинатальные центры, роддома, больницы и детские медицинские учреждения могут:

- получить на безвозмездной основе амминометры (портативные приборы для измерения уровня аммиака в крови) и расходные материалы к ним;
- стать участниками обучающих курсов для врачей, заинтересованных в развитии ранней диагностики наследственных болезней обмена и гипераммониемии.

3. Генетические тестирования на наследственные заболевания печени

Фонд «Жизнь как чудо» совместно с экспертами лаборатории наследственных болезней обмена веществ Медико-генетического научного центра им. акад. Н. П. Бочкова проводит исследования методом секвенирова-

ния нового поколения с применением таргетной панели. Она включает 47 генов – мутации этих генов ассоциированы с наследственными болезнями, протекающими с поражением печени. В рамках проекта у вас есть возможность бесплатно проводить такие исследования для своих пациентов.

4. Создание детских игровых пространств

Фонд «Жизнь как чудо» помогает благоустраивать детские игровые пространства в больницах, клиниках и перинатальных центрах по всей России. Креативные пространства предназначены для отдыха, творчества и игр, чтобы маленькие пациенты могли отвлечься от больничной обстановки и зарядиться положительными эмоциями.

Каждый из проектов «Школы по заболеваниям печени» направлен на поддержку деятельности врачей в сфере диагностики заболеваний печени у детей – чтобы врачи смогли вовремя начать правильное лечение.

РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНЫЙ КВИЗ

ОТВЕТ на вопрос 5 (на стр. 13)
«Какой подход является оптимальным для подтверждения диагноза РСВ-инфекции у здорового доношенного младенца, который чувствует себя комфортно при дыхании комнатным воздухом, употребляет достаточное количество жидкости и хорошо питается?»

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, КАК ПРАВИЛО, НЕ ПОКАЗАНЫ

Неспецифические лабораторные исследования могут включать общий анализ крови, оценку концентрации электролитов в сыворотке крови, общий анализ мочи и из-

мерение уровня сатурации (насыщения крови кислородом). Общий анализ крови может показать нормальное или слегка повышенное количество лейкоцитов и увеличение относительного количества палочкоядерных нейтрофилов. Специальные тесты на РСВ могут быть показаны для принятия решения о методе лечения (например, отмена ненужных антибиотиков) или изоляции пациента, а также для информирования родителей и медицинского персонала о характере РСВ-инфекции. Выявление и идентификацию ряда респираторных вирусов методом мультиплексной полимеразной цепной реакции, как правило, используют для подтверждения диагноза РСВ-инфекции.

ПОЗДРАВЛЯЕМ!

Вы прошли
Респираторно-синцициальный КВИЗ.

Скачайте полезный материал (листовку) на портале **PEDIATR-CLUB.RU** и раздавайте вашим пациентам.



Календарь событий на I квартал 2024 года

ЯНВАРЬ

16–19 января

(Москва)

В очном формате

XVIII Международный конгресс по репродуктивной медицине, ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова»

24 января

(Москва)

Онлайн

Серия онлайн-конференций «Междисциплинарный консилиум в педиатрии»: научные дискуссии и обсуждения проблем практического здравоохранения, РМАНПО



4 января

Всемирный день азбуки Брайля

Всемирный день азбуки Брайля отмечается в целях повышения осведомленности о значении азбуки Брайля как одного из средств общения для полной реализации прав человека слепых и слабовидящих людей.

4 января 2019 года впервые был отмечен праздник, посвященный изобретению французского тифлопедагога Луи Брайля, – Всемирный день азбуки Брайля (World Braille Day), который был учрежден резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН (A/RES/73/161) 17 декабря 2018 г.



21 января

Всемирный день профилактики ОРВИ и гриппа

Отмечается по инициативе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Важно помнить, что прививки против гриппа включены в Национальный календарь профилактических прививок и бесплатно предоставляются лицам группы риска, включая детей, медработников, людей старшего возраста.

ФЕВРАЛЬ

6–7 февраля

(Санкт-Петербург)

Очно + онлайн

Российская научно-практическая конференция «Управляемые инфекции: диагностика, лечение и профилактика»

15–16 февраля

(Москва)

Очно + онлайн

I Сеченовский форум материнства и детства



11 февраля

Международный день больного

День больного был учрежден в 1992 году по инициативе Папы Иоанна Павла II. На тот момент он сам на протяжении двух лет вел борьбу с болезнью Паркинсона. Цель Всемирного дня больного: обратить внимание общества к проблемам больных; поддержать людей, которые страдают от различных заболеваний. Этот день напоминает о необходимости проявлять сострадание и заботиться о больных людях.



29 февраля

Международный день редких заболеваний

По инициативе европейской организации по изучению редких болезней EURORDIS самый редкий день в году – 29 февраля – официально получил статус Международного дня редких заболеваний (Rare Disease Day).

15–17 февраля

(Санкт-Петербург)

Очно + онлайн

X Общероссийский конференц-марафон «Перинатальная медицина: от прегравидарной подготовки к здоровому материнству и детству –2024»

21 февраля

(Москва)

Очно + онлайн

Конференция «Вопросы доказательной медицины в педиатрии»

МАРТ

1–3 марта

(Москва)

Очно + онлайн

XXV Конгресс педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии»

11–12 марта

(Москва)

Онлайн

Научно-практическая онлайн конференция «Инфекционные болезни от А до Я», РМАНПО



4 марта

Всемирный день борьбы с ожирением

Изначально этот день отмечался 11 октября, но с 2020 года дата его проведения была изменена. В последнее время во всем мире наблюдается рост частоты ожирения у детей и подростков: в развитых странах мира 25% подростков имеют избыточную массу тела, а 15% страдают ожирением. Избыточный вес в детстве – значимый фактор ожирения во взрослом возрасте: 50% детей, имевших избыточный вес в 6 лет, становятся тучными во взрослом возрасте, а в подростковом возрасте эта вероятность увеличивается до 80%. К 2030 году, по прогнозам ВОЗ, до 41% всего населения будут иметь избыточный вес.



15 марта

Всемирный день сна

Во Всемирный день сна активизируется социальная реклама, устраиваются конференции и симпозиумы, посвященные повышению осведомленности о важности сна, проблемам сна и влиянию расстройств, связанных с его нарушением, на здоровье человека и общество в целом.

Газета «Клуб Педиатров»
Спецвыпуск, 2024
Сайт: pediatr-club.ru

Издатель:
ООО «АЙКОНМЕД»

Адрес редакции:
г. Москва, Жуков проезд, дом 19, эт. 2, пом. XI

По вопросам рекламы:
тел.: +7 (936) 105-44-20

Адрес типографии:
г. Москва, ул. 1905 года, дом 7, стр. 1

Тираж общий: 900 экз.

Дата выхода: 14.02.2024

Авторы, присылающие статьи для публикаций, должны быть ознакомлены с инструкциями для авторов и публичным авторским договором.

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов. В статьях представлена точка зрения авторов, которая может не совпадать с мнением редакции журнала.

Полное или частичное воспроизведение материалов, опубликованных в журнале, допускается только с письменного разрешения редакции.

Научное производственно-практическое издание для профессионалов в области здравоохранения.

Согласно рекомендациям Роскомнадзора, выпуск и распространение данного производственно-практического издания допускаются без размещения знака информационной продукции.

Все права защищены. 2024 г.
Газета распространяется бесплатно.



Сеченовский
Университет
наук о жизни

I СЕЧЕНОВСКИЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ ФОРУМ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

15-16 февраля 2024 г.

Конгресс-центр ФГАОУ ВО Первый МГМУ
им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет)

Адрес: 119992, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8 (НИЦ)



MEDIAMEDICA



при поддержке

Аккредитован в рамках НМО
(до 12 баллов)



Онлайн-трансляция
проводится на портале

CON-MED.RU



УНИКАЛЬНОСТЬ ФОРУМА – акцент на инновационные российские достижения
в области охраны здоровья женщин и детей



НОВЫЕ
ТЕХНОЛОГИИ



МЕТОДЫ
ТЕРАПИИ



МЕДИЦИНСКИЕ
ИЗДЕЛИЯ



ПОДХОДЫ
К ЛЕЧЕНИЮ
И РЕАБИЛИТАЦИИ

16+

Реклама

PEDIATR CLUB.RU



Приглашаем
в КЛУБ
ПЕДИАТРОВ!

pediatr-club.ru



Регистрируйтесь
на сайте клуба

[@pediatr_club](https://t.me/pediatr_club)



Подписывайтесь
на Telegram-канал

Научный руководитель проекта:

Проф. **В.К. Таточенко** – главный научный сотрудник НМИЦ здоровья детей МЗ РФ.

Эксперты клуба: д.м.н. **М.Д. Бакрадзе**, проф. **И.Н. Захарова**, проф. **О.В. Зайцева**, проф. **А.Н. Цыгин**, проф. **С.В. Мальцев**, проф. **О.Б. Тамразова**, проф. **Э.Э. Локшина**, проф. **О.М. Курбачева**, проф. **Н.М. Ненашева**, проф. **Р.С. Козлов**, проф. **С.К. Зырянов** и другие эксперты.

КЛУБ ПЕДИАТРОВ – это:

- последние новости педиатрии
- непрерывное медицинское образование (НМО)
- шпаргалки (шкалы, нормы), которые можно скачать в телефон
- архивы клинических рекомендаций
- клинические разборы, консилиумы
- материалы для ваших пациентов
- возможность задать вопросы экспертам
- многое другое

