

# ЖУРНАЛ ИНФЕКТОЛОГИИ

МАТЕРИАЛЫ IV КОНГРЕССА ЕВРО-АЗИАТСКОГО ОБЩЕСТВА ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ  
*18–20 мая 2016 года*

Приложение

Том 8 №2, 2016





## РОТАТЕК® – первая и единственная пентавалентная, живая вакцина для перорального приема, которая защищает от 5-и наиболее распространенных в России серотипов ротавируса<sup>1,2</sup>

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

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

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

\* На 15.04.2014 – единственная зарегистрированная вакцина для профилактики Ротавирусной инфекции в России  
1. Podkolzin A.T., Petukhov D. N., Veselova O.A. EPMG Report: Rotavirus G A surveillance and genotype distribution in Russian Federation in season 2011-2012. 2. Инструкция по применению РотаТек®. 3. Vesikari T et al. Safety and Efficacy of a Pentavalent Human-Bovine (WC3) Reassortant Rotavirus Vaccine. N Engl J Med 2006;354:23-33.  
Перед назначением любого препарата, упомянутого в данном материале, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по применению, предоставляемой компанией-производителем. Компания MSD не рекомендует применять препараты компании способами, отличными от описанных в инструкции по применению



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

VACC-1084314-0017 (04.2014)








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



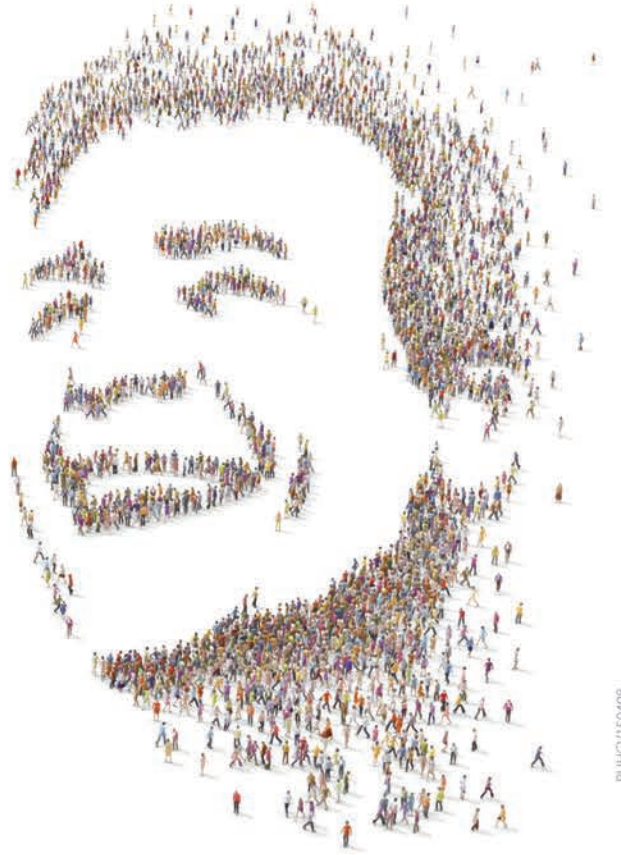
# Первая в России безинтерфероновая схема терапии хронического гепатита С – Викеяра Пак

# НОВЫЙ ОБРАЗ ТЕРАПИИ ГЕПАТИТА С

## Викеяра Пак:

-  **3 препарата прямого противовирусного действия<sup>1</sup>**
-  **97% УВО у различных групп пациентов<sup>2</sup>**
-  **Простой и короткий курс терапии<sup>3</sup>**
-  **Удобный пероральный способ применения<sup>4</sup>**
-  **Более 2600 больных в программе исследований II и III фазы<sup>5</sup>**

1. Паритапревир, бустированный ритонавиром, омбитасвир, дасабувир.
2. Средний показатель УВО у пациентов GT1, включая больных с компенсированным циррозом печени, а также безуспешным опытом двойной терапии ПегИФН/Р6В. SmPC от 09.03.2015. EMA (Европейское агентство по оценке лекарственных средств).
3. 12 недель терапии ± Р6В для большинства групп пациентов. 24 недели ± Р6В только при GT1а с циррозом и GT1 после трансплантации печени.
4. Полностью пероральный режим: 4 таблетки Викеяра Пак в сутки ± Р6В
5. Инструкция по применению препарата Викеяра Пак, одобренная МЗ РФ в апреле 2015.



### Краткая инструкция по применению препарата Викеяра Пак, апрель 2015

**МНН:** Дасабувир; омбитасвир + паритапревир + ритонавир. **Фармакотерапевтическая группа:** противовирусное средство, код АТХ J05A. **Лекарственная форма:** Набор таблеток, содержащий: Дасабувир — овальные таблетки, покрытые пленочной оболочкой светло-коричневого цвета с гравировкой «AV2» на одной стороне, 250 мг; Омбитасвир + Паритапревир + Ритонавир — продолговатые двояковыпуклые таблетки, покрытые пленочной оболочкой розового цвета с гравировкой «AV1» на одной стороне, 12,5 мг + 75 мг + 50 мг. **Показания к применению:** Хронический гепатит С генотипа 1, включая пациентов с компенсированным циррозом печени, в сочетании с рибавирином или без него. Нет необходимости в коррекции дозы препарата Викеяра Пак в зависимости от возраста, пола, массы тела, расы и этнической принадлежности. **Противопоказания:** Гиперчувствительность к омбитасвиру, паритапревиру, ритонавиру, дасабувиру или любым вспомогательным веществам препарата; тяжелая степень печеночной недостаточности (класс С по Чайлд-Пью); противопоказания к применению рибавирина (при совместном применении препарата Викеяра Пак и рибавирина); одновременное применение с мощными ингибиторами CYP2C8, индукторами изофермента CYP3A, алфузозином; карбамазепином, фенитоином, фенобарбиталом, эфавирензом, алкалоидами спорыньи, гемфиброзилом, ловастатином, симвастатином, мидазоламом, триазоламом (внутрь), пимозидом, рифампицином, сальметеролом, препаратами зверобоя, силденафилом для лечения легочной артериальной гипертензии, рилпивирином, лопинавиром/ритонавиром, дарунавиром/ритонавиром, препаратами этинилэстрадиола, атазанавиром/ритонавиром в фиксированной комбинации; детский возраст до 18 лет; дефицит лактазы, непереносимость галактозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция. **С осторожностью:** совместное применение Викеяра Пак и флутиказона или других глюкокортикостероидов, которые метаболизируются с участием изофермента CYP3A4; антиаритмическими препаратами. Печеночная недостаточность средней степени тяжести. **Способ применения и дозы:** Викеяра Пак следует принимать внутрь во время еды, независимо от жирности или калорийности пищи. Рекомендуемая доза препарата Викеяра Пак включает две таблетки омбитасвира/паритапревира/ритонавира 12,5/75/50 мг один раз в день (утром) и одну таблетку дасабувира 250 мг два раза в день (утром и вечером).

Генотип 1a без цирроза	Викеяра Пак + рибавирин	12 недель
Генотип 1a с циррозом	Викеяра Пак + рибавирин	24 недели*
Генотип 1b без цирроза	Викеяра Пак	12 недель
Генотип 1b с циррозом	Викеяра Пак + рибавирин	12 недель

Рекомендуется следовать режиму дозирования для генотипа 1a у больных с неизвестным подтипом генотипа 1 или генотипом 1 смешанного типа.

\* Схема применения препарата Викеяра Пак в комбинации с рибавирином в течение 12 недель может быть рассмотрена для некоторых пациентов на основе предшествующей терапии. У пациентов после трансплантации печени курс терапии Викеяра Пак в комбинации с рибавирином составляет 24 недели при ХГС 1 генотипа при нормальной функции печени и стадии фиброза по шкале Metavir – 2 и менее. При применении препарата Викеяра Пак с ингибиторами кальциневрина необходима коррекция дозы ингибиторов кальциневрина. В клинических исследованиях дозы рибавирина подбирались индивидуально и составляли от 600 мг до 800 мг в день.

У пациентов с ко-инфекцией ВГС/ВИЧ-1 следует выполнять те же рекомендации, что и при моноинфекции ХГС.

**Побочные действия.** Оценка безопасности основана на объединенных данных фазы 2 и 3 клинических испытаний более чем у 2600 пациентов, получавших препарат Викеяра Пак с рибавирином или без него. У пациентов, получавших препарат Викеяра Пак в сочетании с рибавирином, наиболее частыми побочными реакциями (более чем у 20% пациентов) были усталость и тошнота. Количество пациентов, полностью прекративших лечение из-за побочных реакций, составило 1,2% (25/2044), 1,3% (27/2044) пациентов прервали (с возможностью дальнейшего возобновления) лечение из-за побочных эффектов. 7,7% (158/2044) пациентам потребовалось снижение дозы рибавирина вследствие возникновения побочных реакций. Профиль безопасности препарата Викеяра Пак и рибавирина у пациентов с циррозом был таким же, что и у пациентов без цирроза. У пациентов в клиническом исследовании, получавших препарат Викеяра Пак без рибавирина, единственной зафиксированной побочной реакцией был зуд. Количество пациентов, полностью прекративших лечение из-за побочных реакций, составило 0,3% (2/588), 0,5% (3/588) пациентов сделали перерывы в лечении из-за побочных реакций. Для получения подробной информации о побочных эффектах, пожалуйста, обратитесь к полной инструкции по медицинскому применению. **Лекарственные взаимодействия:** информацию о лекарственных взаимодействиях можно найти в полной инструкции по применению. Список препаратов, противопоказанных к применению с препаратом Викеяра Пак указан в разделе «противопоказания». **Особые указания:** В ходе клинических исследований препарат Викеяра Пак с рибавирином или без рибавирина, приблизительно в 1% случаев наблюдалось переходящее, бессимптомное повышение активности АЛТ более чем в 5 раз выше верхней границы нормы. Биохимические показатели печени следует измерять в течение первых 4-х недель терапии. Если показатели активности АЛТ в сыворотке превышают верхнюю границу нормы, необходимо повторно провести исследование и далее контролировать активность АЛТ у таких пациентов. У пациентов с ко-инфекцией ВГС/ВИЧ-1, которые получают курс терапии препаратом Викеяра Пак, следует также проводить антиретровирусную терапию, направленную на уменьшение риска развития резистентности к ингибиторам протеазы ВИЧ-1. Хранить при температуре не выше 25 °С. Срок годности 2 года. Условия отпуска по рецепту. Владелец регистрационного удостоверения ООО «ЭббВи», Россия 125171, г. Москва, Ленинградское шоссе, д. 16 А, стр. 1. **Производитель:** Дасабувир – таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 250 мг: ЭббВи Айлэнд НЛ Б.В., Ирландия Манорхамилтон Роуд, Слайго, Ирландия; Омбитасвир + Паритапревир + Ритонавир – таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 12,5 мг + 75 мг + 50 мг: Фурна Лайбориз Айлэнд Лимитед, Ирландия; Энгироу, Карритвоксил, Ко. Корк, Ирландия. **Фасовщик, упаковщик и выпускающий контроль качества:** ЭббВи Инк., США 32 Н. Вокеган Роуд, Норт Чикаго, Иллинойс 60064, США. Регистрационное удостоверение ЛП-002965 от 21.04.2015.

Полную информацию о препарате можно найти в зарегистрированной инструкции по применению препарата Викеяра Пак или обратившись по адресу: 141400, Московская область, г. Химки, ул. Ленинградская, владение 39, строение 5, тел. +7 495 258 42 77, факс +7 495 258 42 87, e-mail: Russia.info@abbvie.com

abbvie



**Викеяра Пак**  
паритапревир/ритонавир,  
омбитасвир, дасабувир



**АНАТОМИЯ ЗДОРОВЬЯ**  
Средства профилактики и лечения простудных заболеваний

# АРБИДОЛ

# А

ОРВИ МОГУТ ВЫЗВАТЬ САМЫЕ РАЗНЫЕ ВИРУСЫ



**ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ**

Отит, синусит, ларингофарингит

Бронхит, пневмония

Обострение сопутствующих заболеваний



Грипп и другие простудные заболевания относятся к одному классу — ОРВИ (острые респираторные вирусные инфекции)

## АРБИДОЛ®. НАДЕЖНОСТЬ ФАКТОВ, ДОКАЗАННЫХ КЛИНИЧЕСКИ



ИССЛЕДОВАНИЯ ПОКАЗАЛИ<sup>1</sup>

Сокращает общую продолжительность гриппа на 2,8 суток

Облегчает тяжесть симптомов

Снижает риск развития пневмонии на 98%

otc pharm **arbidol.ru**  
ОТИСИФАРМ

<sup>1</sup> — при гриппе,  
— при условии начала приема препарата в первые 48 часов от начала заболевания,  
— по сравнению с отсутствием противовирусной терапии.

Малеев В.В., Селькова Е.П. с соавт. Фармакоэпидемиологическое исследование течения гриппа и других ОРВИ в сезоне 2010/11 гг. Инфекционные болезни, 2012, т. 10, №3, С.15-23.»

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РУ N003610/01, РУ ЛП -002690

# ЖУРНАЛ ИНФЕКТОЛОГИИ

JURNAL INFEKTOLOGII

Официальное издание Межрегиональной общественной организации  
«Ассоциация врачей-инфекционистов Санкт-Петербурга  
и Ленинградской области»

Главный редактор  
академик РАН Ю.В. ЛОБЗИН

ПРИЛОЖЕНИЕ Том 8, № 2, 2016

## ЖУРНАЛ ИНФЕКТОЛОГИИ

### Главный редактор

академик РАН д.м.н. профессор  
Лобзин Ю.В.

### Ответственный секретарь

д.м.н. профессор Гусев Д.А.

### Редакционная коллегия

д.м.н. профессор Антонова Т.В. (зам. гл. редактора)  
д.м.н. Бабаченко И.В.  
академик РАН д.м.н. профессор  
Беляков Н.А.  
к.м.н. доцент Волжанин В.М.  
д.м.н. профессор Воронин Е.Е.  
д.м.н. профессор Жданов К.В. (зам. гл. редактора)  
д.м.н. профессор Клишко Н.Н.  
д.м.н. профессор Ковеленов А.Ю.  
д.м.н. профессор Котив Б.Н.  
д.м.н. Кузин А.А.  
к.м.н. Левандовский В.В.  
д.м.н. Лиознов Д.А.  
д.м.н. профессор Нечаев В.В.  
д.фарм.н. Рудакова А.В.  
д.м.н. профессор Сидоренко С.В.  
д.м.н. профессор Скрипченко Н.В.  
д.м.н. профессор Усков А.Н.  
д.м.н. профессор Харит С.М.  
д.м.н. профессор Цинзерлинг В.А.  
д.м.н. профессор Цыган В.Н.  
д.м.н. профессор Эсауленко Е.В.  
д.м.н. профессор Яковлев А.А.

### Редакционный совет

д.м.н. профессор Амброзайтис А. (Литва)  
д.м.н. профессор Ахмедова М.Д. (Узбекистан)  
академик РАН  
д.м.н. профессор Зверев В.В. (Москва)  
член-кор. РАН  
д.м.н. профессор Иванова В.В. (Санкт-Петербург)  
д.м.н. профессор Исаков В.А. (Москва)  
д.м.н. профессор Кожевникова Г.М. (Москва)  
академик РАН  
д.м.н. профессор Львов Д.К. (Москва)  
академик РАН  
д.м.н. профессор Малеев В.В. (Москва)  
д.м.н. профессор Малов И.В. (Иркутск)  
д.м.н. профессор Малышев Н.А. (Москва)  
член-кор. РАН  
д.м.н. профессор Михайлов М.И. (Москва)  
д.м.н. профессор Мусабаев Э.И. (Узбекистан)  
академик РАН  
д.м.н. профессор Онищенко Г.Г. (Москва)  
профессор Павлоцкий Ж.-М. (Франция)  
профессор Папатеодоридис Дж. (Греция)  
академик РАН  
д.м.н. профессор Покровский В.В. (Москва)  
академик РАН  
д.м.н. профессор Покровский В.И. (Москва)  
профессор Прати Д. (Италия)  
д.м.н. профессор Семенов В.М. (Беларусь)  
академик РАН  
д.м.н. профессор Сергиев В.П. (Москва)  
д.м.н. профессор Сыздыков М.С. (Казахстан)  
д.м.н. профессор Тимченко В.Н. (Санкт-Петербург)  
академик РАН  
д.м.н. профессор Тотолян А.А. (Санкт-Петербург)  
академик РАН  
д.м.н. профессор Учайкин В.Ф. (Москва)  
иностранный член РАН  
профессор Франко де Роза (Италия)  
к.м.н. профессор Широкова В.И. (Москва)

## JURNAL INFEKTOLOGII

### Editor in Chief

member of the Russian Academy of Sciences  
M.D. professor Lobzin Yu.V.

### Executive secretary

M.D. professor Gusev D.A.

### Editorial board

M.D. professor Antonova T.V. (deputy editor)  
M.D. Babachenko I.V.  
member of the Russian Academy of Sciences  
M.D. professor Belakov N.A.  
C.M.S. docent Volzhanin V.M.  
M.D. professor Voronin E.E.  
M.D. professor Zhdanov K.V. (deputy editor)  
M.D. professor Klimko N.N.  
M.D. professor Kovelonov A.Yu.  
M.D. professor Kotiv B.N.  
M.D. Kuzin A.A.  
C.M.S. Levandovskiy V.V.  
M.D. Lioznov D.A.  
M.D. professor Nechaev V.V.  
Pharm.D. Rudakova A.V.  
M.D. professor Sidorenko S.V.  
M.D. professor Skripchenko N.V.  
M.D. professor Uskov A.N.  
M.D. professor Harit S.M.  
M.D. professor Zinserling V.A.  
M.D. professor Tsygan V.N.  
M.D. professor Esaulenko E.V.  
M.D. professor Yakovlev A.A.

### Editorial council

M.D. professor Ambrozaitis A. (Lithuania)  
M.D. professor Achmedova M.D. (Uzbekistan)  
member of the Russian Academy of Sciences  
M.D. professor Zverev V.V. (Moscow)  
corresponding member of the Russian Academy of Sciences  
M.D. professor Ivanova V.V. (Saint-Petersburg)  
M.D. professor Isakov V.A. (Moscow)  
M.D. professor Kozhevnikova G.M. (Moscow)  
member of the Russian Academy of Sciences  
Lvov D.K. (Moscow)  
member of the Russian Academy of Sciences  
M.D. professor Maleev V.V. (Moscow)  
professor Malov I.V. (Irkutsk)  
M.D. professor Malyshev N.A. (Moscow)  
corresponding member of the Russian Academy of Sciences  
M.D. professor Mihajlov M.I. (Moscow)  
M.D. professor Musabaev E. I. (Uzbekistan)  
member of the Russian Academy of Sciences  
M.D. professor Onishenko G.G. (Moscow)  
M.D. professor Pawlotsky J.-M. (France)  
M.D. professor Papatheodoridis G. (Greece)  
member of the Russian Academy of Sciences  
M.D. professor Pokrovskiy V.V. (Moscow)  
member of the Russian Academy of Sciences  
M.D. professor Pokrovskiy V. I. (Moscow)  
M.D. professor Prati D. (Italy)  
M.D. professor Semenov V.M. (Belarus)  
member of the Russian Academy of Sciences  
M.D. professor Sergiev V.P. (Moscow)  
M.D. professor Sizdikov M.S. (Kazakhstan)  
M.D. professor Timchenko V.N. (Saint-Petersburg)  
member of the Russian Academy of Sciences  
M.D. professor Totolan A.A. (Saint-Petersburg)  
member of the Russian Academy of Sciences  
M.D. professor Uchaykin V.F. (Moscow)  
foreign member of the Russian Academy of Sciences  
M.D. professor Franko de Roza (Italy)  
C.M.S. professor Shirokova V.I. (Moscow)

Ассоциированный член редакционного совета – Международная общественная организация «Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням»  
Журнал включен в перечень российских рецензируемых научных журналов, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук

«Журнал инфектологии» – периодическое научно-практическое рецензируемое издание.

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны культурного наследия.

Свидетельство о регистрации ПИ №ФС 77-33952 от 01.11.2008 г. Издается ежеквартально. Тираж 500 экз.

Полное или частичное воспроизведение материалов, содержащихся в издании, допускается с письменного разрешения редакции.

Ссылка на «Журнал инфектологии» обязательна.

Адрес редакции: 197022, Санкт-Петербург, улица Профессора Попова, д. 9, тел: 8(812)234-60-04; факс: 8(812)234-96-91; Сайт журнала [www.journal.niidi.ru](http://www.journal.niidi.ru); e-mail: [gusevden-70@mail.ru](mailto:gusevden-70@mail.ru)  
Индекс для подписки в Каталоге российской прессы «Почта России» 74516

Журнал входит в индекс научного цитирования [www.elibrary.ru](http://www.elibrary.ru). Статьи из журнала доступны на сайте [www.niidi.ru](http://www.niidi.ru), [www.journal.niidi.ru](http://www.journal.niidi.ru)



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
МЕЖДУНАРОДНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ  
«ЕВРО-АЗИАТСКОЕ ОБЩЕСТВО ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ»  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОЕ АГЕНТСТВО  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИЙ»  
КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА  
АССОЦИАЦИЯ ВРАЧЕЙ-ИНФЕКЦИОНИСТОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА  
И ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ  
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКАЯ НАУЧНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ  
«ЦЕНТР ИЗУЧЕНИЯ КЛЕЩЕВЫХ, НОВЫХ И ВОЗВРАЩАЮЩИХСЯ ИНФЕКЦИЙ»  
ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ «ЧЕЛОВЕК И ЕГО ЗДОРОВЬЕ»  
АССОЦИАЦИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ  
ЕВРАЗИЙСКОГО ЭКОНОМИЧЕСКОГО СОЮЗА

# IV КОНГРЕСС ЕВРО-АЗИАТСКОГО ОБЩЕСТВА ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ

*(проводится в соответствии с письмом Минздрава России от 21.04.2016 г. № 21-2/10/2-2464)*



18–20 мая 2016 года

Санкт-Петербург

РОССИЯ

IV конгресс Евро-азиатского общества по инфекционным болезням / Материалы конгресса. – СПб., 2016 – 113 с.

## ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ

**Почетный председатель Евро-Азиатского Общества по Инфекционным Болезням**  
академик РАН профессор **Покровский В.И.** (Россия)

Президент Евро-Азиатского Общества по Инфекционным Болезням академик РАН  
проф. **Лобзин Ю.В.** (Россия)

**Сопредседатели Оргкомитета Конгресса**

Председатель Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга  
**Колабутин В.М.**

Профессор **Амиреев С.А.** (Казахстан)

Профессор **Ахмедова М.Д.** (Узбекистан)

Профессор **Де Роза Ф.** (Италия)

Профессор **Семенов В.М.** (Беларусь)

**Рабочая группа оргкомитета**

**Ответственный секретарь:**

Доцент **Волжанин В.М.** тел/факс +7 (812) 347-64-53, +7(921)961-36-44; e-mail: scs@niidi.ru

**Секретари:**

Доцент **Захаренко С.М.** +7 (812) 292-34-33; e-mail: infectology\_vma@mail.ru

Доцент **Лебедев М.Ф.** +7 (921) 951-17-91; e-mail: lmf53@mail.ru

## ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ПАРТНЕР ОТИСИФАРМ

### ГЛАВНЫЕ СПОНСОРЫ

**MSD**

**ЭББВИ**

### СПОНСОРЫ

**Материа Медика  
Валента**

**Джонсон & Джонсон  
Р-ФАРМ**

### УЧАСТНИКИ И ПОДДЕРЖИВАЮЩИЕ КОМПАНИИ

Ниармедик Плюс

Пфайзер

ГлаксоСмитКляйн

Бристол-Майер Сквибб

Петровакс Фарм

Полисан

Еврофарм

Биокодекс

Алкалоид Рус

Вилар

Альфалаб

Геден Рихтер

Завод Медсинтез

Биокад

### ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА

Вестник инфектологии и паразитологии [www.infectology.ru](http://www.infectology.ru)  
[www.niidi.ru](http://www.niidi.ru)

Материалы конгресса размещены в алфавитном порядке по фамилии первого автора  
и представлены в авторской редакции.



гнойного и в последующем слизистого без примесей в течение 8 – 10 суток. Насыщение крови кислородом достигало 90-95% и стабильно удерживалось на этом уровне при постепенном снижении процентного снижения содержания кислорода во вдыхаемой смеси от 70 до 40% и менее. На фоне проводимой активной эндобронхиальной терапии двое больных экстубированы, переведены на самостоятельное дыхание и в последующем выписаны из стационара. Таким образом, выполнение бронхоскопии при тяжелых формах гриппа с развитием ОРДС позволяет оценить состояние трахеобронхиального дерева и при необходимости провести санацию с целью улучшения бронхиальной проходимости.

*Матрос О.И., Гранитов В.М., Семенова А.С.,  
Ежова А.В.*

### ПАТОЛОГИЯ ПЕЧЕНИ И БЕРЕМЕННОСТЬ

*г. Барнаул, Россия*

В последние годы в структуре экстрагенитальной патологии у беременных частота заболеваний гепатобилиарной системы составляет 3-5%. В связи с этим вопросы особенностей клиники и диагностики заболеваний печени у беременных, тактики их ведения остаются актуальными и в настоящее время.

Целью данного исследования явилось изучение патологии печени у беременных с оценкой клинических и лабораторных показателей. Нами было обследовано 56 беременных женщин, госпитализированных во 2-е инфекционное отделение городской больницы №5 г. Барнаула в 2012-2015 гг., в возрасте от 19 до 39 лет. Сроки беременности от 6 до 36-37 недель. Средний койко-день составил  $15,0 \pm 0,9$  дней. Все больные поступали с клиникой острого гепатита. У 60,7% пациенток имела место сопутствующая патология. Из эпидемиологического анамнеза у 17,9% отмечен прием наркотических препаратов (героин, дезоморфин, «скорость», «ханка»). Проведены стандартные общеклинические и биохимические исследования, определение маркеров вирусных гепатитов А, В, С и Д и ПЦР - диагностика.

По структуре вирусных гепатитов (ВГ) больные распределились следующим образом: с вирусным гепатитом А (ВГА) – 4 (7,1%) больных, с острым вирусным гепатитом В (ОВГВ) – 1 (1,8%) больной, с острым вирусным гепатитом С (ОВГС) – 2 (3,6%), с хроническим вирусным гепатитом В (ХВГВ) – 1 (1,8%), ХВГВ+Д – 3 (5,4%), хроническим вирусным гепатитом С (ХГС) – 32 (57,1%), у 2 пациенток (3,6%) – неуточненные ВГ. Легкие формы течения ВГ наблюдались у 31 (68,9%) пациентки, средней степени тяжести у 13 (28,9%), тяжелое течение у 1 (2,2%) больной с летальным исходом. Внутривенный холестаза беременных (ВХБ) имел место у 5 (8,9%) больных, реактивный гепатит – у 6 (10,7%).

У больных с ВГА в клинике продрома и периода разгара доминировали диспепсический и холестатический синдромы (кожный зуд, высокие показатели ЩФ, ГГТП), размеры печени были в пределах нормы. ОВГВ характеризовался умеренно выраженной степенью интоксикации с явлениями холестаза и длительно сохраняющейся гиперферментемией. У беременных с ХГВ, ХГВ+Д имела место умеренная степень активности, показатели билирубина, ЩФ и ГГТП были в пределах нормы. ОГС протекал с ярко

выраженным желтушным синдромом, субфебрилитетом, диспепсическими расстройствами, с сохранением гипертрансфераземии и при выписке больных. ХГС характеризовался наличием слабо выраженного интоксикационного синдрома, преобладанием безжелтушных форм (71,9%), умеренным повышением АсАТ и АлАТ.

ВХБ встречался в сроке беременности 26-31 неделя, протекал в легкой форме, у всех больных присутствовали диспепсический синдром, боли и дискомфорт в правом подреберье, кожный зуд, увеличение печени при объективном осмотре не было выявлено. Показатели общего билирубина незначительно превышали норму, отмечалось значительное повышение аминотрансфераз, ЩФ, лейкоцитоз, ускорение СОЭ до 44 мм/ч. Реактивный гепатит сопровождался астеновегетативным синдромом, преимущественно легким течением, значительным повышением АлАТ и АсАТ, ЩФ, у всех больных отмечено наличие сопутствующей гастроэнтерологической патологии.

Таким образом, у беременных в структуре патологии печени преобладают вирусные гепатиты (80,4%), в основном с парентеральными механизмами передачи, что связано с ростом внутривенных потребителей наркотиков среди женщин детородного возраста, клиника характеризуется выраженным интоксикационным и холестатическим синдромами и длительной гиперферментемией.

*Матуш Л.И., Логотыко В.А., Будрик Е.А.,  
Левкович М.А.*

### К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

*Минск, Республика Беларусь*

В настоящее время острые кишечные инфекции (ОКИ) остаются частыми заболеваниями, являющимися серьезной проблемой для детей.

Болеют в основном дети раннего возраста. Это связано с несовершенством защитных механизмов ребенка, недостаточностью его ферментативных систем. Также немаловажное значение имеет отсутствие у детей раннего возраста гигиенических навыков. Часто этому способствует и недостаточная осведомленность родителей в вопросах профилактики ОКИ.

Целью нашей работы явилось определение исходного уровня осведомленности родителей в вопросах профилактики ОКИ у детей.

Нами была разработана анкета, включающая ряд вопросов для выявления информированности населения по профилактике кишечных инфекций у детей, определения источников получения информации. Опрос проводили среди родителей, которые находились на лечении в Городской детской инфекционной больнице и 3-й городской детской клинической больнице г. Минска. Всего в анкетировании приняло участие 111 человек. Среди анкетированных в основном (97,3%) были женщины в возрасте от 23 до 32 лет, с высшим образованием (62,2%).

В ходе анкетирования были получены данные, что одна треть детей в семьях опрошенных родителей перенесли острую кишечную инфекцию. Причем дважды переболели 16,5% детей. Большинство переболевших (44,0%) принадлежало к возрастной группе от 1 года до 3 лет. Острые кишечные инфекции были ротавирусной

этиологии в 83,3% случаев, сальмонеллезной – в 10,0%, иерсиниозной и энтеровирусной этиологии – в 6,7% случаев. Удручает тот факт, что 72% респондентов ответили, что не получают от врача никаких рекомендаций по профилактике острых кишечных инфекций. Каждый третий из опрошенных доверяет интернету.

Мы включили в анкету ряд вопросов, касающихся пищевого поведения в семье, и выявили, что часто родители не знают, каким путем можно заразиться ОКИ. Более половины не моют перед употреблением в пищу некоторые фрукты (мандарины, бананы, апельсины), яйца. Почти половина родителей (43,2%) используют некипяченую воду для питья. Общей с ребенком посудой пользуется 42%, облизывают пустышку, ложки перед тем, как дать их ребенку – 36%, целуют своих детей в губы 90% опрошенных. 48% участников анкетирования на кухне используют только одну разделочную доску для всех продуктов.

Большой процент (79,3%) родителей признались, что они плохо осведомлены в вопросах профилактики ОКИ и хотели бы больше получить информации по этой проблеме. Именно санитарная неграмотность и отсутствие ответственности приводят к распространению острых кишечных инфекций.

На основании проведенного анкетирования можно сделать вывод, что проблема профилактики среди жителей остается актуальной по сей день. Нами выявлена недостаточная просветительная работа среди населения, отсутствие правильного понимания огромных возможностей профилактики и необходимости ее использования в борьбе с наиболее распространенными кишечными инфекциями. Основным действенным направлением в борьбе с острыми кишечными инфекциями у детей является профилактика, которая носит более результативный характер в случае знаний родителями источников кишечных инфекций и путей их заражения.

*Матьякубова Ф.Э., Караматуллаева З.Э.*

#### **СЛУЧАЙ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНОГО С КЛИНИЧЕСКОЙ ДИЗЕНТЕРИЕЙ**

*г. Самарканд, Узбекистан*

Гемолитико-уремический синдром – наиболее частая причина острой почечной недостаточности (ОПН) у детей раннего возраста (Д. В. Зверев и соавт., 2007) и формирования хронической болезни почек в последующие годы с возможным переходом в терминальную почечную недостаточность (З.М. Еникеева и соавт., 2006). Установлено, что многие органы и системы включаются в патологический процесс при развитии ГУС, ОПН в том числе система гемостаза, кардиореспираторная, гастроинтестинальная, нервная система и другие.

Цель работы: определить и оптимизировать клинические и лабораторные критерии диагностики одного случая гемолитико-уремического синдрома у больного с клинической дизентерией.

Для нас было интересно рассмотреть один из случаев из района. Больная Й.С.М – 20 лет, временно не работает. Поступила в областную инфекционную клиническую больницу города Самарканд с жалобами на частый жидкий стул с примесью крови, боли в животе, тенезмы и частичное выпадение ануса, повышение температуры тела

до 38°C, слабость, похудение. Из анамнеза выяснилось: больна в течении 1 мес. Заболевание началось остро, с повышения температуры тела, жидкого стула, отсутствия аппетита. Лечилась стационарно в инфекционной больнице. Получала интенсивную терапию (гентамицин, левомецитин в таблетках, амикацин и внутривенные инфузионные растворы). На фоне проводимой терапии состояние ухудшилось, появились отеки, усилились признаки анемии, и была направлена в областную клиническую инфекционную больницу города Самарканд.

Состояние больной при поступлении тяжелое, сознание ясное, слабая, вялая, кожа и видимые слизистые бледные, отмечались пастозность лица, конечностей. Живот мягкий, отмечается болезненность внизу живота, пальпируется сигма, болезненна, анус зияет, во время акта дефекации отмечается выпадение прямой кишки, слизистые отёчные, вокруг болезненный, мочится свободно, но мало.

Установлено при лабораторном исследовании: Нв – 38 г/л, эритроциты  $0,45 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты  $7,4 \times 10^9/л$ , СОЭ – 10 мм/ч, Ht – 18%. Щелочная резервность 50,0 мг/л, общий белок – 5,8 г/л, мочевины 14,0 мкмоль/л, остаточной азот 38,0 мм/л, креатинин 225 мм/л. Общий анализ мочи – слабомутная, белок – 0,3 г/л, эритроциты 2-6 в п/з, лейкоциты в большом количестве, эритроциты до 28 мл в п/з. Билирубин в крови 85,5 мкмоль/л, прямая фракция – оставалась в пределах нормы, непрямой билирубин 81,5 мкмоль. Копрология: слизь + + +, кровь (+ +). Больная обследована на генерализованную форму сальмонеллеза, тифо-паратифозную группу и ВИЧ. При бактериологическом исследовании выделена *Sh. flexneri*. Установлен диагноз: клиническая дизентерия, осложнение гемолитико-уремического синдрома. Проводился системный контроль за состоянием гемоглобина, тромбоцитов, свертывающей системы, биохимических показателей. Больная находилась в реанимационном отделении. В процессе лечения состояние улучшилось, стул был 2-3 раза, с каловым характером, со слизью, крови не было, свободный билирубин в моче стал отрицательным. Состояние больной из-за основного заболевания улучшилось, но со стороны осложнения – Нв – 68%, отёк на лице и конечностях держались, в моче белок, мочевины и креатинин в крови оставались на высоких показателях. На 21 день болезни больная переведена в Республиканский центр урологии для дальнейшего лечения.

Таким образом, нужно отметить, что ГУС чаще встречается у детей до 6-7 лет, но при тяжелой форме острых диарейных заболеваний взрослые также могут подвергаться и таким грозным осложнениям. Диагноз гемолитико-уремического синдрома поставлен на основании клинических и лабораторных данных.

*Махия О.В., Санникова И.В., Дейнека Д.А., Ковалевич Н.И., Пономаренко Д.Г.*

#### **УРОВЕНЬ ИНФ-γ, ИЛ-12 И ИЛ-8 У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ БРУЦЕЛЛЕЗОМ**

*г. Ставрополь, Россия*

Адекватный клеточный иммунный ответ (Th1) имеет решающее значение для обезвреживания *Brucella* spp. Элиминация возбудителя обусловлена продукцией цитокинов Th1, направленных на его уничтожение. Уста-