

Профілактика рекурентних гострих респіраторних інфекцій у дітей шкільного віку

О.М. Муквіч, д.мед.н.,

Л.І. Омельченко, д.мед.н., професор, науковий керівник відділення, клініко-діагностичне відділення ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ

Протягом останнього півстоліття в більшості країн світу хвороби органів дихання в дитячому віці посідають перше місце в структурі загальної захворюваності, поширеність їх становить понад 60% у дітей та 50% у підлітків, а приріст дорівнює 5-7% за рік [12].

За даними ВООЗ, кожного року на гострі респіраторні інфекції (ГРІ) хворіє кожний третій житель планети, в Росії реєструється від 30 до 40 млн випадків захворювань, з них 18 млн у дітей [8, 7]. За даними офіційної статистики, в Україні на ГРІ щорічно хворіють близько 4 млн дітей (приблизно кожна друга дитина) до 14 років [1, 5].

Особливої уваги потребують діти, які страждають на рекурентні респіраторні інфекції (РРІ). За даними епідеміологічних досліджень, проведених у розвинених країнах світу, до цієї групи можна віднести майже 18% дітей шкільного віку [11].

Результати обстеження дітей у м. Києві виявили, що на кожну тисячу обстежених дітей лише 11 були практично здоровими; у середньому на одну дитину припадало 2,5 захворювання, при цьому 17,8% дітей мали чотири захворювання, а 14,6% – більше п'яти. До I групи здоров'я можна віднести лише 10% учнів 10-15 років, до II групи – 40%, при цьому кількість епізодів ГРІ у них протягом року збільшилася до 10-12 разів; до III групи – 35% підлітків із хронічними захворюваннями ЛОР-органів, в анамнезі яких відзначалася висока частота і тривалість епізодів ГРІ [1, 4].

Група дітей з РРІ досить неоднорідна та гетерогенна. В цьому плані необхідно відрізнити хворих, які мають епізоди повторних вірусних інфекцій, від пацієнтів з хронічними захворюваннями ЛОР-органів, респіраторного тракту, аномаліями розвитку дихальних шляхів, вродженими або набутими імунними дисфункціями і т. д. [9].

Більшість дітей із РРІ не мають серйозних відхилень у стані здоров'я, імунних або неімунних патологій, що дає підстави визначити у них наявність фізіологічного стану дихальної системи. Це означає, що певну кількість респіраторних інфекцій можна розглядати як адаптивну реакцію організму дитини на дію несприятливих факторів навколишнього середовища та соціально-екологічних негараздів [15].

Визначення поняття **рекурентні респіраторні інфекції** на сьогодні залишається досить дискусійним, довільним і носить занадто загальний характер, без чіткого медичного консенсусу [13]. Для встановлення діагнозу РРІ у дітей пропонується визначення наявності хоча б одного з таких критеріїв:

- ≥ 6 респіраторних інфекцій на рік;
- ≥ 1 респіраторна інфекція на місяць із залученням верхніх дихальних шляхів за період з вересня по квітень;
- ≥ 3 респіраторні інфекції на рік із залученням нижніх дихальних шляхів.

Проте для діагностики РРІ оцінка частоти респіраторних інфекцій менш важлива, ніж інші характеристики перебігу захворювання, такі як тяжкість перебігу інфекції, зміна загального стану здоров'я, тривалість і тяжкість основних симптомів, частота розвитку ускладнень, відповідь на стандартну симптоматичну терапію, необхідність призначення антибіотиків.

Отримані дані свідчать, що імунна система дітей з РРІ хоча і не має грубих первинних і набутих дефектів, але характеризується надмірною напруженістю процесів імунного реагування, порушенням міжклітинної кооперації та недостатністю резервних можливостей, що є результатом тривалого і масивного антигенного впливу на організм дитини. У дітей з РРІ досить часто визначаються такі *зміни в імунній системі і її функціях* [11]:

- дефекти Fc γ -рецепторів IIIa (CD16) на природних клітинах-кілерах;
- дефект асоційованої з рецептором IL 1 кінази 4 (IRAK4);
- зниження концентрації IL-12;
- поліморфізм генів CCR2, CCR5;
- мутації в Toll-подібних рецепторах TLR-4;
- патологічні зміни фагоцитозу;
- зниження хемотаксису нейтрофілів;
- незначне зниження кількості CD4 $^{+}$ -, CD8 $^{+}$ -, CD19 $^{+}$ - та NK-клітин;
- зміни в продукції цитокінів лімфоцитами (\uparrow IL-4, \uparrow IL-10, \uparrow інтерферону \uparrow , \uparrow IL-2);
- зменшення синтезу деяких підкласів антитіл IgM, IgA, IgG;
- дефекти у продукуванні протиінфекційних специфічних антитіл.

Часткові зниження окремих показників імунітету, які можна виявити у деяких дітей з РРІ, носять тимчасовий характер і по суті відображають лише підвищену схильність до відповіді на інфекційний агент, що може підтверджувати їхній вторинний постінфекційний характер. Неспецифічні зміни показників імунітету є наслідком повторних інвазій інфекційного агента, а не чинником, що сприяє їх розвитку. Різні інфекції (особливо вірусні) можуть впливати на цитокінову відповідь і фагоцитоз, а поєднання РРІ і вірусних інфекцій може призвести до більш глибокої вірус-індукованої імунної дисфункції [11, 12].

Більш суттєве значення серед факторів, що сприяють збільшенню частоти респіраторних інфекцій у школярів, мають *соціально-економічні* та окремі *медико-біологічні фактори* [2, 11, 13]:

- рання соціалізація;
- велика кількість членів сім'ї, перенаселеність помешкання;
- позитивний сімейний анамнез за atopічними захворюваннями;
- наявність братів і сестер шкільного віку;
- несприятливі кліматичні та екологічні чинники;
- підвищена вогкість помешкання;
- домашні тварини (особливо кішки і собаки);
- куріння батьків і куріння під час вагітності;
- анатомічні або функціональні зміни верхніх або нижніх дихальних шляхів;
- наявність симптомів алергії/атопії;
- наявність шлунково-стравохідного рефлюксу;
- чоловіча стать;
- несприятливі соціально-економічні умови, нераціональне харчування, недоїдання;
- інтенсивні тренування і фізичний стрес;
- порушення календаря вакцинації.

Діти з РРІ становлять проблему для педіатрів як з терапевтичних, так і профілактичних позицій. Гострі респіраторні інфекції (ГРІ) є одними з основних скарг у дітей та підлітків, що визначають часті причини відвідування лікаря, госпіталізації та призначення широкого спектра медикаментозних засобів. Підхід педіатрів та імунологів до призначення противірусних, імуномодельовальних препаратів, антибіотиків є неоднозначним, деякі спеціалісти вважають, що часто у дітей ці препарати застосовуються надміру. Це визначає посилення інтересу до застосування профілактичних заходів у цієї категорії дітей [6].

Особливо актуальною є проблема профілактики ГРІ в період формування організованих шкільних колективів, які справедливо зараховують до груп високого ризику, оскільки вони відрізняються можливістю перехресного інфікування внаслідок активного «перемішування» і характеризуються підвищеним рівнем захворюваності, який, в свою чергу, може служити непрямим підтвердженням зміни імунного статусу в цей адаптаційний період. Якщо ж організований колектив дітей виявився своєчасно не захищеним, то ймовірність розвитку епідемічного спалаху грипу чи ГРІ надзвичайно велика [3].

Отримані на сьогодні дані свідчать, що в структурі загальної захворюваності дітей наявна тенденція до постійного збільшення питомої ваги школярів, які повторно та тривало хворіють на ГРІ, що визначає актуальність та пріоритетність пошуку нових методів профілактики цієї патології. Відсутність своєчасних профілактичних заходів у дітей із високою частотою та тривалістю ГРІ призводить до того, що в старшому шкільному віці у 52-70% з них формуються хронічні захворювання, серед яких провідне місце посідає патологія ЛОР-органів та бронхолегеневі хвороби.

Тому актуальним є розширення ролі лікаря від лікування окремих симптомів хвороби до реалізації заходів, спрямованих на підтримку здоров'я і профілактику захворювань. Часті респіраторні захворювання є проблемою, що має не тільки медичний, але й соціально-економічний аспект та потребує комплексного підходу до її вирішення.

Метою роботи було обґрунтування доцільності застосування, оцінка ефективності та безпечності назального спрею Хьюмекс (Laboratoires URGO, Франція) в профілактиці рекурентних гострих респіраторних інфекцій у школярів.

Матеріали і методи

Відкрите постмаркетингове порівняльне клінічне дослідження проведено з участю 28 дітей віком 12-18 років з частими респіраторними захворюваннями, які відвідували школу, спортивні секції, багатолюдні місця.

Для профілактики ГРІ та грипу був застосований місцевий бар'єрний противірусний засіб тривалої дії у формі назального спрею Хьюмекс (Laboratoires URGO, Франція), до складу якого входить мальгінол, гліцерин, натрію цитрату дигідрат, лимонна кислота, бензогексонію хлорид.

Унікальність методу профілактики полягає в *інноваційному механізмі*:

- плівка, яка утворюється на слизовій оболонці носа завдяки мальгінолу і гліцерину, здатна перешкоджати проникненню вірусів та утримувати їх на поверхні слизової;
- натрію цитрату дигідрат і лимонна кислота забезпечують та підтримують кисле (рН = 3,6) буферне середовище, яке здатне знешкоджувати віруси;
- гліцерин має пом'якшувальну дію;
- бензогексонію хлорид використовується як антисептик.

Дітям, які були залучені до досліджуваної групи, препарат Хьюмекс призначали протягом 2 місяців (січень-лютий) 3-4 рази на день по 2-3 розпилення в кожний носовий хід після очищення порожнини носа сольовим розчином. При появі перших симптомів захворювання діти продовжували застосовувати спрей.

Контрольну групу становили ті самі діти, дані яких оцінювали за аналогічний період минулого року (історичний контроль).

Критерії включення в дослідження та виключення/вибування з нього наведені в **таблиці 1**.

Таблиця 1. Критерії включення в дослідження та виключення/вибування з нього

Критерії включення в дослідження	Критерії виключення або вибування пацієнта із дослідження
<ul style="list-style-type: none"> • Хлопчики і дівчатка віком 12-18 років. • Відсутність хронічних запальних процесів носоглотки, респіраторного тракту, вроджених або набутих імунних порушень. • ≥ 6 респіраторних інфекцій на рік або ≥ 1 респіраторна інфекція на місяць із залученням верхніх дихальних шляхів або ≥ 3 респіраторні інфекції на рік із залученням нижніх дихальних шляхів. • Здатність дитини до адекватного співробітництва в процесі дослідження. • Відсутність застосування в період спостереження протівірусних або інших профілактичних засобів 	<ul style="list-style-type: none"> • Підвищена чутливість до компонентів препарату. • Індивідуальна непереносимість досліджуваного препарату; значне погіршення загального стану під час дослідження, яке потребує корекції терапії. • Будь-які супутні некомпенсовані захворювання або гострі стани, які за наявності здатні суттєво вплинути на результати дослідження. • Виражені порушення функції печінки та нирок, які виявилися у процесі дослідження

Оцінка ефективності досліджуваного препарату проводилася на підставі критеріїв, наведених у **таблиці 2**.

Переносимість препарату оцінювали на підставі суб'єктивних симптомів і відчуттів, про які повідомляла дитина, і об'єктивних даних, які отримував дослідник у процесі лікування. Враховувалася динаміка лабораторних (загальноклінічних та біохімічних) даних, а також частота виникнення і характер побічних реакцій.

Результати та їх обговорення

Групу дітей, які часто хворіють, становили 17 (60,7%) хлопчиків і 11 (39,28%) дівчаток. Середня кількість епізодів ГРІ у цих дітей минулого року становила 7,8, що давало підстави віднести їх до групи дітей з РРІ. З них 13 дітей мали симптоми респіраторних захворювань більше 6 разів на рік, 9 – майже кожного місяця хворіли на інфекції верхніх дихальних шляхів, а у 6 більше 3 разів на рік було діагностовано хвороби нижніх дихальних шляхів (бронхіти, пневмонії) (**табл. 3**).

У 23 (82,14%) дітей були виявлені фонові соматичні патології, серед яких значну частку (20; 71,42%) становили захворювання гепатобіліарної зони, а саме дисфункціональні розлади жовчного міхура, хронічний холецистохолангіт; у 9 (32,14%) дітей відзначалися алергічні прояви: риніт та дерматит; 14 (49,9%) страждали на патологію нирок: дисметаболічну нефропатію, пієлонефрит; у 11 (39,28%) дітей ГРІ перебігали на тлі дефіцитної анемії; 7 (25,0%) дітей мали аденоїдні вегетації II ст.

Аналіз лікувальних схем під час попередніх епізодів (до початку нашого дослідження) у дітей цієї

групи показав, що в 96% пацієнтів антибіотики (макроліди, ампіцилін, цефалоспорины) призначалися неодноразово, навіть у випадках з явною клінічною картиною вірусних респіраторних інфекцій.

У 21 (75,0%) дитини досліджуваної групи в період відносного благополуччя з ротоглотки виділено ряд патогенних та умовно патогенних мікроорганізмів: *Staphylococcus aureus* – у 67,80%, *S. haemolyticus* – у 46,4%, *Streptococcus pyogenes* – у 10,7%,

Таблиця 3. Загальна характеристика групи дітей із рекурентними респіраторними інфекціями

Показник	Діти з РРІ (n = 28)
	Абс. кільк. (%)
Хлопчики	17 (60,7%)
Дівчата	11 (39,28%)
Вік, роки	12,9 \pm 3,5 *
Епізодів ГРІ на рік	7,8 \pm 2,6 *
Діти ≥ 6 респіраторними інфекціями на рік	13 (46,42%)
Діти ≥ 1 респіраторною інфекцією на місяць із залученням верхніх дихальних шляхів	9 (32,14%)
Діти ≥ 3 респіраторними інфекціями на рік із залученням нижніх дихальних шляхів	6 (21,42%)
Соматична патологія	23 (82,14%)
Дискінезія жовчовивідних шляхів	16 (57,14%)
Хронічний холецистохолангіт	4 (14,28%)
Алергічні прояви (риніт та дерматит)	9 (32,14%)
Дисметаболічна нефропатія	3 (10,71%)
Пієлонефрит	11 (39,28%)
Дефіцитна анемія середнього ступеня	11 (39,28%)
Аденоїдні вегетації II ступеня	7 (25,0%)
Недиференційована дисплазія сполучної тканини	15 (53,57%)
Поєднання двох і більше супутніх соматичних захворювань	12 (42,85%)

* Середнє \pm стандартне відхилення.

Таблиця 2. Критерії оцінки ефективності препарату

Висока ефективність	Відсутність симптомів гострої респіраторної інфекції протягом двомісячного терміну використання спрею
Помірна ефективність	Розвиток одного епізоду ГРІ
Низька ефективність	Розвиток більше одного епізоду ГРІ

Таблиця 4. Клінічні особливості перебігу гострих респіраторних інфекцій у досліджуваної групи дітей

Показник	Діти з РРІ (n = 28)
	Абс. кільк. (%)
Тяжкість перебігу ГРІ	
Легкий	13 (46,42%)
Середньотяжкий	8 (28,57%)
Тяжкий	7 (25,0%)
Тривалість основних симптомів, дні	8,9 ± 3,5*
Тривалість лихоманки, дні	2,3 ± 2,7*
Діти з розвитком ускладнень	8 (28,57%)
Діти, які відповідали на стандартну симптоматичну терапію	19 (67,85%)

* Середнє ± стандартне відхилення.

асоціації кокової флори чи поєднання її з *Escherichia coli* – у 17,8%, *Candida albicans* – у 32,14% та *Pseudomonas aeruginosa* – у 7,1%.

Відповідно до рекомендацій ВООЗ, діагноз ГРІ зазвичай визначається клінічно із зазначенням топіки інфекційного процесу, провідного синдрому, характеру та тяжкості перебігу, за можливості етіологічного чинника. Серед збудників ГРІ найбільш часто діагностувалися віруси (грип, парагрип, аденовіруси, респіраторно-синцитіальний вірус), істотно рідше – бактерії (пневмококи, гемофільна паличка).

Проведений ретроспективний аналіз історій хвороб дітей, залучених до дослідження, показав, що у половини з них (46,42%) респіраторні інфекції мали легкий перебіг, ускладнений перебіг ГРІ спостерігався у 8 (28,57%) дітей, а у 25,0% захворювання перебігали з вираженими інтоксикаційним синдромом, тривалою лихоманкою, астенизацією під час та після захворювання (табл. 4). Слід зазначити, що тільки 19 (67,85%) дітей відповідали на стандартну симптоматичну терапію, а інші діти потребували призначення противірусних або антибактеріальних засобів.

У таблиці 5 представлені основні нозологічні форми гострих респіраторних інфекцій у досліджуваної групи дітей.

Результати проведених спостережень дали змогу встановити відсутність симптомів респіраторного захворювання протягом двомісячного періоду у 17 (60,7%) дітей з РРІ, що свідчило про високу ефективність профілактичного застосування спрею відповідно до визначених критеріїв (табл. 6).

Один епізод респіраторного захворювання, протягом якого пацієнти продовжили застосування спрею після очищення порожнини носа сольовим розчином, розвинувся у 6 (21,4%) дітей. Спостереження за цими дітьми показало, що захворювання у них мало легкий перебіг без ускладнень і не потребувало призначення інших медикаментозних засобів.

У 5 (17,8%) дітей ефективність застосування спрею була визнана низькою. Слід зазначити, що

Таблиця 5. Нозологічні форми гострих респіраторних інфекцій у дітей з рекурентними респіраторними інфекціями

Нозологічна форма	Діти з РРІ (n = 28)
	Абс. кільк. (%)
Риніт	16 (57,14)
Ринофарингіт	15 (53,57)
Фарингіт	11 (39,28)
Тонзилофарингіт нестрептококової етіології	12 (42,85)
Ларингіт	5 (17,8)
Ларинготрахеїт	4 (14,28)
Трахеобронхіт	7 (25,0)
Бронхіт	3 (10,71)
Пневмонія	3 (10,71)

при аналізі цієї групи дітей в анамнезі не виявлено будь-яких особливостей перебігу респіраторних інфекцій щодо їх тяжкості, наявності ускладнень або тяжких супутніх станів, але це були діти із багатодітних сімей з низьким соціально-економічним статусом та низьким комплаєнсом.

Установлено, що середня кількість пропусків занять в школі за два місяці минулого року становила 17,5 ± 3,7 днів, а в період використання спрею Хьюмекс ≤ 3,2 ± 1,5 (p ≤ 0,05) (рисунк).

При оцінці загального стану дітей після профілактичного використання спрею визначено істотну різницю між основною і контрольною групами за наявністю астеничного синдрому (швидка втомлюваність, нестабільний настрій, поганий апетит), який відзначався майже у всіх дітей контрольної групи та лише у 4 дітей основної групи (p < 0,05). Відсутність симптомів астенизації у більшості дітей основної групи порівняно з дітьми контрольної групи, які часто хворіли, давала їм можливість швидше включитися в навчальний процес і краще засвоювати шкільний матеріал.

Оцінюючи скарги дітей основної та контрольної груп, ми визначили, що у дітей основної групи зменшилася частота скарг на періодичний біль у животі, рідше виявлялися симптоми порушення моторики верхніх відділів травної системи та ознаки астено-невротичного синдрому, порідшали скарги на швидку втомлюваність (p < 0,05).

Таблиця 6. Ефективність профілактичного застосування назального спрею Хьюмекс у школярів з рекурентними респіраторними інфекціями

Оцінка ефективності	Діти з РРІ (n = 28)
	Абс. кільк. (%)
Висока	17 (60,7)
Помірна	6 (21,4)
Низька	5 (17,8)

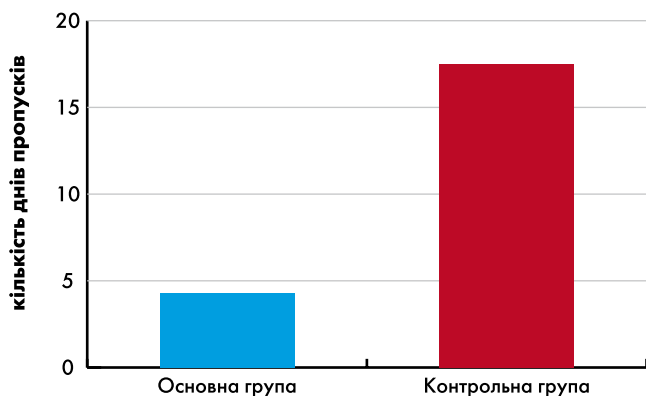


Рисунок. Кількість пропущених днів шкільних занять в основній та контрольній групах

Таким чином, отримані дані щодо зменшення частоти симптомів астенизації, нормалізації функції органів харчування можуть свідчити не лише про поліпшення загального стану дітей при зменшенні негативного антигенного навантаження на організм, але й про відсутність необхідності призначення медикаментозних засобів із несприятливими побічними реакціями на організм у більшості дітей основної групи.

Переважно пацієнти та їхні батьки відзначали зручність використання спрею Хьюмекс, відсутність будь-яких неприємних відчуттів у перші хвилини після застосування і добру толерантність. У трьох дітей з алергічним ринітом також не було

Таблиця 7. Відповіді пацієнтів і/або їхніх батьків щодо бажання продовжити використання спрею Хьюмекс для профілактики гострих респіраторних інфекцій

Відповіді	Діти з РРІ (n = 28)	Батьки дітей з РРІ (n = 41)
	Абс. кільк. (%)	
Позитивні	22 (78,57)	26 (92,8)
Негативні	6 (21,4)	2 (7,1)

зафіксовано жодних побічних явищ, загострень проявів основного захворювання, збільшення ринореї та інших, що потребували б відміни препарату. При оцінці лабораторних (загальноклінічних та біохімічних) показників в динаміці дослідження не було виявлено даних, що свідчили б про розвиток побічних реакцій з боку показників гемограми, гепатобіліарної системи та нирок.

Таким чином, переносимість профілактичного спрею Хьюмекс у групі дітей з РРІ була розцінена як хороша (будь-які побічні реакції не відзначалися).

Відповіді пацієнтів і/або їхніх батьків стосовно бажання продовжити використання Хьюмекс для профілактики ГРІ представлені в **таблиці 7**.

Отримані дані свідчать про високий комплаєнс щодо профілактичного застосування спрею Хьюмекс як у дітей, так і у їхніх батьків.

ПОТУЖНИЙ БАР'ЄР ВІД ГРИПУ ТА ВІРУСІВ*

1
2-3 вприскування у кожний носовий хід

2
Утворення на слизовій оболонці захисного шару, що є бар'єром для вірусів та сприяє їх знешкодженню

3
Хьюмекс – для захисту від грипу та вірусів*

ХЬЮМЕКС
для захисту від застуди та грипу
-FURGO 15 ml

ХЬЮМЕКС
Від французької лабораторії -FURGO

* Ефективність підтверджено in vitro щодо риновірусів, вірусів парагрипу типу 3, грипу АН1N1 відповідно до європейського стандарту EN 14476.

Висновки

1. Рекурентні гострі респіраторні інфекції є поширеною патологією серед школярів і характеризуються розвитком у кожної четвертої дитини інтоксикаційного синдрому, лихоманки; у 28,5% дітей ГРІ мають ускладнений перебіг, а у 32,1% потребують призначення противірусних або антибактеріальних засобів. У дітей, які часто хворіють, нерідко відбувається розвиток астеничного синдрому, супутніх захворювань та хронічної патології, що ускладнює процеси адаптації до навчального процесу.

2. Результати застосування місцевого бар'єрного противірусного засобу тривалої дії у формі назального спрею Хьюмекс (Laboratoires URGO, Франція) протягом двомісячного періоду свідчать про його високу профілактичну ефективність – забезпечення відсутності симптомів респіраторного захворювання у 60,7% дітей шкільного віку з рекурентними респіраторними інфекціями.

3. Зменшення кількості епізодів респіраторних захворювань, їх тривалості й тяжкості, частоти ускладнень, необхідності в призначенні додаткових медикаментозних засобів та кількості днів пропусків занять у школі дає змогу поліпшити загальний стан здоров'я дітей. Крім того, профілактичний підхід із застосуванням спрею Хьюмекс дає можливість отримати економічну ефективність.

4. Добра переносимість спрею Хьюмекс, відсутність побічних реакцій та зручність у застосуванні зумовлює високий комплаєнс пацієнтів і їхніх батьків та бажання й надалі використовувати Хьюмекс для профілактики ГРІ.

Література

1. Бережний В.В., Л.І. Чернишова. Комплексна імунопрофілактика гострих респіраторних захворювань у дітей // Здоровье ребенка. – 2006. – № 2. – С. 51-52.
2. Зелінська О.Д., Кривов'яз Т.М., Шарпета С.А. та ін. До проблеми часто хворіючих дітей дошкільного віку // Biomedical and biosocial Anthropology. – 2010. – №.15. – С. 269-272.
3. Голубка О.С., Онищенко О.В., Міроненко А.П. Оцінка ефективності дозорного епідагляду за грипом в Україні // Матеріали Всеукр. наук-практ. конф. з міжнар. уч. [«Грип та інші респіраторні вірусні інфекції: епідеміологія, клініка, діагностики, лікування та профілактика»] (Київ, 9 груд. 2011 р.). – К., 2011.
4. Майданник В.Г. Перспективи розвитку клінічної педіатрії в ХХІ столітті // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2002. – № 1. – С. 8-12.
5. Міністерство охорони здоров'я України. Стан здоров'я дітей в Україні [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/portal>
6. Ершова И.Б., Кунегина Е.Н., Литус В.И. и др. Проблемы острых респираторных заболеваний в педиатрии // Здоровье Украины. – 2003. – № 21-23. – С. 33-35.
7. Самсыгина Г.А., Коваль Г.С. Часто болеющие дети: проблемы диагностики, патогенеза и терапии // «Лечащий врач». – 2009. – № 1.
8. Ballou M. Approach to the patient with recurrent infections. // Clin. Rev. Allergy Immunol. – 2008. – p. 34-129.
9. MacGinnitie A., Aloï F., Mishra S. Clinical characteristics of pediatric patients evaluated for primary immunodeficiency // Pediatr. Allergy Immunol. – 2011. – p. 22-671.
10. Subbarayan A., Colarusso G., Hughes S.M. et al. Clinical features that identify children with primary immunodeficiency diseases // Pediatr. – 2011. – p. 127-810.
11. de Martino M., Ballotti S. The child with recurrent respiratory infections: normal or not? // Pediatr. Allergy Immunol. – 2007. – Vol. 18. – Suppl. 18. – p. 13-18.
12. Milos Jesenak. Recurrent Respiratory Infections in Children – Definition, Diagnostic Approach, Treatment and Prevention. 2011.
13. Bonilla F.A., Bernstein I.L., Khan D.A. et al. Practice parameter for the diagnosis and management of primary immunodeficiency // Ann. Allergy Asthma Immunol. – 2005. – p. 94-98.
14. Bush A. Recurrent respiratory infections // Pediatr. Clin. North. Am. – 2009. – p. 56-67.
15. Slatter M.A., Gennery A.R. Clinical immunology review series: an approach to the patient with recurrent infections in childhood. // Clin. Exp. Immunol. – 2008. – p. 152-389.

Ⓟ

У З'їзд фтизіатрів і пульмонологів України 6-8 листопада 2013 року, м. Київ

В рамках З'їзду буде проведений VII Національний Астма-Конгрес

Програмні питання З'їзду:

1. Діагностика туберкульозу в умовах поширення хіміорезистентних штамів мікобактерій туберкульозу і ВІЛ-інфекції.
2. Сучасні підходи до лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз і туберкульоз із розширеною резистентністю.
3. Ко-інфекція туберкульоз/ВІЛ: ведення нових і повторних випадків захворювання.
4. Хронічний бронхіт: поширеність, етіологія загострень, лікування.
5. Актуальні питання виявлення і лікування хворих на хронічне обструктивне захворювання легень.
6. Негоспітальна та нозокоміальна пневмонії: класифікація, діагностика і лікування.
7. Антибактеріальна терапія інфекцій нижніх дихальних шляхів.
8. Ідіопатичний легенеий фіброз: діагностика і лікування.
9. Проблеми професійної патології легень.
10. Вроджені вади і спадково зумовлені захворювання легень.
11. Актуальні питання торакальної хірургії.

Програмні питання Астма-Конгресу:

1. Епідеміологія бронхіальної астми (БА).
2. Профілактика БА.
3. Фундаментальні основи БА.
4. Діагностика, моніторинг БА.
5. Фармакотерапія БА.
6. Нові терапевтичні стратегії при БА.
7. Астма та супутні захворювання.
8. Специфічна імунотерапія БА.
9. Лікування загострень БА спеціалістами швидкої допомоги.
10. Навчальні програми.