Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" МЗ РФ

Кафедра педиатрии ИПО

Зав. кафедрой: д.м.н., проф. Таранушенко Т.Е. Проверил: к.м.н., доц., Фалалеева С.О.

Реферат

На тему: «Муковисцидоз»

Выполнила: врач-ординатор Порошина Д.А

Красноярск, 2022 г

**Оглавление**

# Введение

# Этиология и патогенез

# Классификация

# Клиническая картина

# Диагностика

# Скрининг

# Лечение

# ДИЕТА И ВИТАМИНОТЕРАПИЯ

# Ведение пациентов с МВ

#  Профилактика

# Заключение

# Список литературы

# Введение

Муковисцидоз (МВ) – аутосомно-рецессивное наследственное заболевание, наиболее распространенное в популяции европеоидов, без адекватного лечения резко сокращающее продолжительность и качество жизни (КЖ) пациентов. Клинически МВ проявляется поражением дыхательной системы, экзокринной недостаточностью поджелудочной железы, гепатобилиарными осложнениями, нарушением процессов пищеварения и всасывания в кишечнике, а также снижением репродуктивной функции. Прогноз заболевания в подавляющем большинстве случаев определяется выраженностью поражения бронхолегочной системы. Именно поэтому изучению новых методов терапии бронхолегочной системы уделяется самое пристальное внимание.

Кистозный фиброз (Муковисцидоз - МВ) — аутосомно-рецессивное моногенное наследственное заболевание, характеризующееся поражением всех экзокринных желѐз, а также жизненно важных органов и систем.

# Этиология и патогенез

Ген МВ расположен в середине длинного плеча 7 аутосомы, содержит 27 экзонов и охватывает 250 000 пар нуклеотидов. Он контролирует структуру и функцию белка, названного МВТР - трансмембранный регулятор МВ. На сегодняшний день выделено около 2 000 мутаций гена - трансмембранного регулятора проводимости муковисцидоза (МВТР), ответственных за развитие симптомов МВ. Среди них, согласно данным национального регистра, наиболее часто встречаются следующие мутации: F508del (52,79%), СFTRdele (2,3-6,32%), E92K(2,65%), 2184insA (2,02%), 3849+10kbC>T (1,65%),

2143delT (1,65%), G542X (1,33%), N1303K (1,33%), W1282X (1,11%), L138ins (1,06%).

МВТР локализуется в апикальной части мембраны эпителиальных клеток, выстилающих выводные протоки желез внешней секреции (потовых, слюнных, желез в бронхах, поджелудочной железе, кишечнике, урогенитальном тракте), он регулирует транспорт электролитов (главным образом хлора) между этими клетками и межклеточной жидкостью. Последние исследования показали, что МВТР является собственно хлоридным каналом. Мутации гена МВ нарушают не только транспорт, но и секрецию ионов хлора. При затруднении их прохождения через клеточную мембрану увеличивается реабсорбция натрия железистыми клетками, нарушается электрический потенциал просвета, что вызывает изменение электролитного состава и дегидратацию секрета желез внешней секреции. В результате выделяемый секрет становится чрезмерно густым и вязким. При этом страдают легкие, желудочно-кишечный тракт, печень, поджелудочная железа, мочеполовая система.

Прогрессирование легочной и сердечной недостаточности является наиболее частой причиной смерти больных (95%). Среди других причин в экономически развитых странах выделяют: осложнения при трансплантации органов – 12%; заболевания печени и печеночная недостаточность - 2,3% случаев; травмы – 2,1%; суицид – 0,8%; другие – 1,3%.

**Классификация.**

Классификация, принятая ВОЗ, Международной Ассоциацией Муковисцидоза, Европейской Ассоциацией Муковисцидоза:

Классический муковисцидоз с панкреатической недостаточностью (смешанная или легочно-кишечная форма заболевания).

Классический муковисцидоз с ненарушенной функцией поджелудочной железы (преимущественно легочная форма заболевания1 ).

Неопределенный диагноз при положительном неонатальном скрининге на муковисцидоз. Заболевания, ассоциированные с геном CFTR(МВТР)

* изолированная обструктивная азооспермия;
* хронический панкреатит;
* диссеминированные бронхоэктазы

**Клиническая картина**

|  |  |
| --- | --- |
| **Возраст** | **Симптомы и синдромы** |
| Грудной | Рецидивирующие или хронические респираторные симптомы, такие как кашель или одышкаРецидивирующая или хроническая пневмония Отставание в физическом развитииНеоформленный, обильный, маслянистый и зловонный стул Хроническая диареяВыпадение прямой кишки Затяжная неонатальная желтуха Соленый вкус кожиТепловой удар или дегидратация при жаркой погоде Хроническая гипоэлектролитемияДанные семейного анамнеза о смерти детей на первом году жизниили наличие сибсов со сходными клиническими проявлениями Гипопротеинемия / отеки |
| Дошкольный | Стойкий кашель с или без гнойной мокротыДиагностически неясная рецидивирующая или хроническая одышка Отставание в весе и ростеВыпадение прямой кишки Инвагинация Хроническая диареяСимптом «барабанных палочек» Кристаллы соли на коже Гипотоническая дегидратацияГипоэлектролитемия и метаболический алкалозГепатомегалия или диагностически неясное нарушение функции печени |

|  |  |
| --- | --- |
| Школьный | Хронические респираторные симптомы неясной этиологии Pseudomonasaeruginosa в мокротеХронический синусит Назальный полипоз БронхоэктазыСимптом «барабанных палочек» Хроническая диареяСиндром дистальной интестинальной обструкции ПанкреатитВыпадение прямой кишкиСахарный диабет в сочетании с респираторными симптомами ГепатомегалияЗаболевание печени неясной этиологии |
| Подростки и взрослые | Гнойное заболевание легких неясной этиологии Симптом «барабанных палочек»ПанкреатитСиндром дистальной интестинальной обструкцииСахарный диабет в сочетании с респираторными симптомами Признаки цирроза печени и портальной гипертензии Отставание в ростеЗадержка полового развитияИнфертильность с азооспермией у лиц мужского пола Снижение фертильности у лиц женского пола |

**Клинические проявления, характерные для муковисцидоза**

|  |  |
| --- | --- |
| **Высокоспецифичные**  | **Менее специфичные**  |
| **Со стороны системы пищеварения**:* Мекониевый илеус
* Экзокринная недостато
 | **Со стороны системы пищеварения**:* Отставание физического развития
* Гипопротеинемия
* Дефицит жирорастворимых витаминов
* Синдром дистальной интестинальной обструкции
* Ректальный пролапс
* Билиарный цирроз
* Портальная гипертензия
* ЖКБ у детей без гемолитического синдрома
* Первичный склерозирующий холангит
* Экзокринная недостаточность поджелудочной железы у взрослых
* Рецидивирующий панкреатит
 |
| **Со стороны дыхательных путей**:* Хроническая инфекция, вызванная мукоидной формой Ps. aeruginosa
* Бронхоэктазы в верхних долях обоих легких
* Персистирующая инфекция, вызванная B. Cepacia
* Хронический гнойный/полипозно-гнойный синусит
 | **Со стороны дыхательных путей**:* Хроническая или рецидивирующая инфекция, вызванная S. aureus, s. aeruginosa, A. xilosoxidans, H. Influenzae
* Рентгенологические признаки бронхоэктазов, ателектазов, гиперинфляции или хроническая инфильтрация на рентгенограмме органов грудной полости
* Кровохарканье, связанное с диффузным поражением легких, отличным от туберкулеза или васкулита
* Хронический и/или продуктивный кашель
* Аллергический бронхолегочный аспергиллез
* Хронический гнойный/полипозно-гнойный синусит
* Рентгенологические признаки хронического пансинусита
 |

# Диагностика

Диагноз МВ подтверждается при наличии одного или более характерных фенотипических проявлений МВ в сочетании с доказательствами наличия мутации гена МВТР, такими как: выявление мутаций гена МВТР при генотипировании или увеличение уровня хлоридов в секрете потовых желез больного.

Классический метод определения электролитного состава пота (хлора или натрия) методом пилокарпинового электрофореза по Гибсону и Куку (1959г.) является «золотым стандартом диагностики», проводится троекратно. Норма – до 30 ммоль/л, пограничные значения 30-59 ммоль/л, положительный результат - 60 ммоль/л и выше (при навеске пота не менее 100 мг). Показатели хлоридов выше 150 ммоль/л должны быть подвергнуты сомнению.

Потовый тест с помощью специальных потовых анализаторов позволяет получить результат электролитов в течение 30 минут, с минимальной навеской в 3-10 мкг.

При определении проводимости положительным результатом для муковисцидоза считается показатель: выше 80 ммоль/л; пограничным значением: 50-80 ммоль/л; нормальным – до 50 ммоль/л. Показатели проводимости выше 170 ммоль/л должны быть подвергнуты сомнению.

При отсутствии фенотипических проявлений диагноз МВ может считаться установленным в тех случаях, когда:

* у обследуемого выявлена мутация гена МВТР и/или положительные результаты потовой пробы, а у родных братьев или сестер обследуемого подтвержден диагноз МВ;
* мутация гена МВТР и/или
* положительные результаты потовой пробы были выявлены у новорожденного.

Рекомендовано проведение молекулярно-генетического исследования для идентификации мутаций гена МВТР (CFTR) (молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене CFTR (муковисцидоз) в крови, комплекс исследований для диагностики муковисцидоза) по показаниям:

1. Новорожденным с положительным ИРТ и положительными или пограничными значениями потовой пробы, мекониевым илеусом
2. Людям с пограничными значениями потовой пробы
3. Пациентам с клиническими проявлениями классического или моносимптомного МВ
4. При CFTR-ассоциированных заболеваниях (панкреатит, врожденное двустороннее отсутствие

семявыносящего протока/обструктивная азооспермия)

1. Родственникам пациентов с МВ (для определения статуса носительства по желанию)
2. Женщинам после рождения первого ребенка с муковисцидозом, а также во время последующих беременностей при наличии ребенка с муковисцидозом
3. Плод на 10-12-й неделе при подозрении на МВ (при наличии сибса с МВ) или обнаружении гиперэхогенного кишечника при УЗ-обследовании
4. Донорам гамет и эмбрионов в программах ЭКО (ЭКО-ИКСИ), внутриматочной инсеминации
5. Супружеским парам с высоким генетическим риском МВ, желающим пройти ЭКО-ПГТ МВ для предотвращения рождения ребенка с МВ (при отсутствии противопоказаний и ограничений)

# Диагностические критерии МВ

Для решения проблем диагностики МВ, в том числе и его атипичных форм, были разработаны критерии, согласно которым обязательным для МВ является наличие характерного клинического синдрома плюс доказательство какого-либо нарушения функции хлорного канала.

В настоящее время существует несколько вариантов диагностических критериев МВ, которыми пользуются специалисты. Для подтверждения диагноза достаточно иметь два признака, по одному из каждого столбца.

|  |  |
| --- | --- |
| Характерные клинические проявления МВ (патология органов дыхания и придаточных пазух носа, желудочно-кишечные нарушения и нарушения питания, синдром потери солей,обструктивная азооспермия) | Положительный потовый тест |
| МВ у сибсов | Положительная разность назальныхпотенциалов |
| Положительный неонатальный скрининг | Две значимые мутации в гене МВТР |

# Диагностические критерии, утвержденные Европейскими стандартами 2014 года

Положительная потовая проба и/или Две мутации МВТР, вызывающие МВ (согласно базе CFTR-2 http://www.cftr2.org)

**И** Неонатальная гипертрипсиногенемия **или** Характерные клинические проявления, такие как диффузные бронхоэктазы, высев из мокроты значимой для МВ патогенной микрофлоры (особенно синегнойной палочки), экзокринная панкреатическая недостаточность, синдром потери солей, обструктивная азооспермия.

**Скрининг**

Проводится у всех новорожденных. На первом этапе в высушенном пятне крови оценивают содержание иммунореактивного трипсина (ИРТ). Образцы с повышенным содержанием ИРТ направляют на ДНК-типирование с целью обнаружения мутаций в гене МВТР. При выявлении1 или 2 мутаций результаты скрининга считаются положительными, и больной направляется в Центр муковисцидоза (либо профильное отделение для данной категории пациентов) верификации диагноза. Если мутации не выявлены, а содержание ИРТ в крови высокое, проводят потовую пробу. Позитивный потовый тест у таких лиц также расценивают как положительный результат скрининга, и больные направляются в Центр муковисцидоза (либо профильное отделение).

# Этапы неонатального скрининга в Российской Федерации

|  |  |
| --- | --- |
| **I этап** | На 3-4 день у доношенного (на 7-8 –й – у недоношенного) новорожденного –определение иммунореактивного трипсина (ИРТ) в высушенной капле крови |
| **II этап** | При положительном результате (более 70 нг/мл) на 21-28-й день повторныйтест на ИРТ |
| **III этап** | При положительном результате (более 40 нг/мл) – потовая проба |
| **IV этап** | При пограничном результате – ДНК - диагностика |

**Лечение**

# Кинезитерапия

Главная цель проведения кинезитерапии — очищение бронхиального дерева от скоплений вязкой мокроты, блокирующих бронхи и предрасполагающих к развитию инфекционных заболеваний бронхолѐгочной системы.

Наиболее часто используют следующие методики кинезитерапии:

- постуральный дренаж;

* перкуссионный массаж грудной клетки;
* активный цикл дыхания;
* контролируемое откашливание.

Кинезитерапия показана всем новорождѐнным и детям первых месяцев жизни, больным МВ. У грудных детей обычно применяют пассивную технику кинезитерапии, включающую:

* положения, в которых улучшается эвакуация слизи из лѐгких;
* контактное дыхание;
* массаж с лѐгкой вибрацией и поглаживанием;
* занятия на мяче;
* дренаж с помощью специального вибрационного жилета: у пациентов с муковисцидозом в любом возрасте (от новорожденного до взрослого).

# Муколитическая терапия

* Рекомендовано всем пациентам с МВ (за исключением имеющих медицинские противопоказания) проведение активной муколитической терапии с целью уменьшения вязкости мокроты и облегчения ее эвакуации. Предпочтение отдается ингаляционному введению муколитиков.

Оценка эффективности лечения: клинически - оценка суточного количества мокроты, изменений ее консистенции, оценка степени дыхательной недостаточности.

В клинической практике для муколитической терапии используются:

дорназа альфа - разрывает водородные связи молекул ДНК, которые являются основной составляющей гнойной мокроты, и является базисной муколитической терапией, обеспечивает эффект в течение суток. Применяется ингаляционно в дозе 2,5 мг в сутки; при необходимости (распространенные бронхоэктазы- 5 мг в сутки (по 2,5 мг х 2 р/дн через небулайзер); хронический полипозный синусит - 5 мг в сутки (2,5 мг – через небулайзер, 2,5 мг - с использованием универсальной ингаляционной системы с функцией пульсирующей подачи аэрозоля по 1.25мг=1.25мл в каждый носовой ход).

7% гипертонический раствор натрия хлорида с 0,1% натрием гиалуронатом применяется ингаляционно через небулайзер по 5 мл 2 раза в день, улучшает клиренс дыхательных путей и является базисной муколитической терапией с быстрым муколитическим эффектом. Также может применяться 3% гипертонический раствор натрия хлорида, особенно у детей младшего возраста.

Маннитол в форме порошка для ингаляций улучшает клиренс дыхательных путей, способствует гидратации слизи. Маннитол применяется в дозе 400 мг дважды в день через специальный ингалятор. Перед назначением маннитола пациент должен пройти тест на бронхиальную гиперреактивность при назначении начальной дозы в соответствии с инструкцией к препарату. Противопоказан детям до 6 лет. Повышает комплаентность подростков.

Маннитол и 7% гипертонический раствор натрия хлорида с 0,1% натрием гиалуронатом являются муколитиками быстрого действия и сочетаются с дорназой альфа.

# Бронхолитики

Показания:

* больные с легким течением МВ, у которых при проведении спирометрии выявлена бронхообструкция (одышка, сухие хрипы при аускультации, снижение величины ОФВ1 менее 85% от должного значения);

При возникновении затрудненного дыхания и одышки назначается сальбутамол в режиме «по требованию»; перед проведением кинезитерапии также назначается сальбутамол ; при наличии обратимой бронхообструкции (прирост уровня ОФВ1 после ингаляции бронхолитика> 15%) назначается β2-адреностимулятор (сальбутамол) в сочетании с М-холинолитикам (ипратропия бромид или пролонгированные препараты – салметерол, формотерол , тиотропия бромид; у больных с ночными эпизодами удушья и при невозможности регулярной ингаляционной терапии назначаются пролонгированные теофиллины внутрь.

# Антибактериальные препараты (АБП)

Все больные с легочными проявлениями МВ, у которых отмечается обострение МВ или выявляются возбудители респираторной инфекции в количестве более 105 колониеобразующих единиц при плановом микробиологическом исследовании, или при хроническом высеве P.aeruginosa (плановые курсы каждые 3 месяца, не зависимо от наличия или отсутствия обострения).

1. При назначении АБП следует использовать комбинации ЛС с различным механизмом действия (например, β-лактамные антибиотики в комбинации с аминогликозидами). При выделении в мокроте больного одновременно двух микроорганизмов выбор АБП зависит от свойств более резистентного возбудителя.
2. Применение АБП в виде ингаляций через небулайзер: - может проводиться как в стационаре, так и в домашних условиях (при наличии небулайзера и соответствующих навыков у больного

или его близких). Если нет условий для регулярного проведения ингаляции в домашних условиях, лучше перейти к приему АБП внутрь;

* перед ингаляцией АБП необходимо провести ингаляцию бронхолитиков (сальбутамол 2,5 мг через небулайзер за 15-30 минут до ингаляции антибиотика), муколитиков, а также постуральный дренаж;

Применение АБП внутрь используется для терапии обострений МВ в домашних условиях или для профилактического лечения больных, инфицированных P. aeruginosa;

Применение АБП внутривенно показано: - при тяжелых обострениях МВ (лечение в условиях ЛПУ); - для профилактического лечения больных, инфицированных P. aeruginosa, в тех случаях, когда применение АБП внутрь оказалось неэффективным (внутривенная терапия в домашних условиях);

* при ухудшении течения заболевания и появлении новых симптомов у больных, получающих АБП внутрь (внутривенная терапия в домашних условиях);

 Антибиотики, применяемые у пациентов с муковисцидозом, при высеве из мокроты/ бронхиального секрета *Staphylococcus aureus (MSSA)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Антибиотик** | **Суточные дозыдля детей** | **Суточные дозы для взрослых** | **Способ введения** | **Кратност ь****введения** |
| Амоксициллин+Клавулан овая кислота\*\* (противопоказан детям до 2 лет) | 60-90 мг/кг (расчет по амоксициллину) | 1,5-2 г | Внутрь | 2-3 |
| 90-120 мг/кг | 3,6-4,8 г | В/в | 3-4 |
| Оксациллин\*\* | 100 мг/кг | 2 г | Внутрь | 4 |
| 200-300 мг/кг | 4-12 г | В/в | 4-6 |
| Цефалексин\*\* (капсулы 250 мг противопоказаны детям до 10 лет, таблетки 250 мг – противопоказаныдетямдо 7 лет) | 25-50-100 мг/кг | 2-4 г | Внутрь | 3-4 |
| Цефазолин\*\* | 100-150 мг/кг | 4-6 г | В/в | 2-3 |
| Цефуроксим\*\* (суспензия для приема внутрь – противопоказанадетям до 3 мес., таблетки–противопоказаны детям до3 лет) | 20 -30 мг/кг | 0,5 – 1 г | Внутрь | 2 |
| 150-200мг/кг | 3–9 г | В/в | 3-4 |
| Азитромицин\*\* (таблетки 125 мг–противопоказаны до 3 лет,суспензия для приема внутрь – противопоказанадетям до 6 мес.) | >6 мес.-10 мг/кг | 500 мг | Внутрь | 1Курс 7-10 дней |
| Кларитромицин\*\* (таблетки –противопоказаны детям до12 лет) | 15 мг/кг | 1 г | Внутрь | 2 |
| Джозамицин\*\* (противопоказание - примассе тела более 10 кг) | 40–50 мг/кг | 1-3г | Внутрь | 2-3 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Клиндамицин\*\* (р-р для в/в и в/мвведенияпротивопоказан детям до 3лет, капсулы противопоказаны детям до8 лет с массой тела до 25кг) | 20-40 мг/кг | 1,8-2,4г | Внутрь | 3-4 |
| Детям старше 3хлет 40мг/кг | 2,4-2,7 г | В/в | 3-4 |
| Доксициклин\*\* (противопоказан детям до8 лет) | Детям с массой тела менее 45 кг впервый день лечения 4 мг/кг, впоследующие дни- 2-4 мг/кг. Детям с массойтела более45 кг - как взрослы м | 1 день-200 мг затем 100 мг один раз в сутки | Внутрь | 1- 2 |
| Сульфаметоксазол+Триме топрим\*\* (противопоказан детям до3 лет) | 6-10 мг/кг по триметоприму при тяжелой инфекции возможно увеличение дозына 50% | 320 мг по триметоприму | Внутрь | 2-3 |
| Тиамфеникола глицинат ацетилцистеинат | 250 мг (в первые2-3 дня лечения доза может быть увеличена в 2раза) | 500мг(в первые 2-3 дня лечения доза может быть увеличена в 2 раза) | Ингаляции | 2 |

Антибиотики, применяемые у пациентов с муковисцидозом, при высеве измокроты/бронхиального секрета *Haemophilus influenzae*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Антибиотик** | **Суточные дозыдля детей** | **Суточные дозы для взрослых** | **Способ введения** | **Кратност ь****введения** |
| Амоксициллин\*\* | 40-60 мг/кг | 1,5-2 г | Внутрь | 2-3 |
| Амоксициллин+Клавулан овая кислота\*\* (противопоказан детям до 2 лет) | 60-90 мг/кг (расчет по амоксициллину) | 1,5-2 г | Внутрь | 2-3 |
| 90-120 мг/кг | 3,6-4,8 | В/в | 3-4 |
| Цефуроксим\*\* (суспензия для приема внутрь – противопоказанадетям до 3 мес., таблетки– противопоказаны детям до3 лет) | 20 -30 мг/кг | 0,5 – 1 г | Внутрь | 2 |
| 150- 200мг/кг | 3–9 г | В/в | 3-4 |
| Цефиксим (Противопоказан у детейдо 3 лет и при массе теладо 25 кг) | 8мг/кг | 400 мг | Внутрь | 1-2 |
| Цефотаксим\*\* | 100-150 мг/кг | 2-8 г | В/в | 2-4 |
| Доксициклин\*\* (противопоказан детям до 8 лет) | Дети с массой теладо 45 кг в первый день - 4 мг/кг, в последующие дни- 2-4 мг/кг. Детям с массойтела более45 кг - каквзрослым | 1 день-200 мг затем 100 мг один раз в сутки | Внутрь | 1- 2 |
| Тиамфеникола глицинат ацетилцистеинат | 500 -1000 мг | 1000мг | Ингаляции | 2 |

Антибиотики, применяемые у пациентов с муковисцидозом, при высеве из мокроты/бронхиального секрета метициллинрезистентного *Staphylococcus aureus* (MRSA).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Название препарата** | **Доза для детей** | **Суточная доза для****взрослых** | **Способ введени****я** | **Кратность введения** |
| Рифампицин\*\*(в монотерапии не назначают) (противопоказан детям до 1 года) | 20 мг/кг/сут(максимально 600 мг в сутки) | 600-1200 мг | Внутрь | 2 |
| Сульфаметоксазол+Триметоприм \*\* (противопоказан детям до 3 лет) | 6-10 мг/кг/сут по триметоприму,при тяжелой инфекциивозможно увеличение дозы на50% | 320 мг по триметоприм у | Внутрь | 2-3 |
| Фузидовая кислота (противопоказана детям до 3 лет) | 40-60 мг/кг#<1 года: 15мг/кг 3 раза в день#(до 3 лет) 1-4 года:250 мг 3 раза в день5-12 лет: 500 мг 3 разав день> 12 лет: 750 мг 3 раза | 2250мг | Внутрь | 3 |
| Клиндамицин\*\* (противопоказандетямдо 3 лет) | 20-40 мг/кг/сут | 1,8-2,4г | Внутрь | 3-4 |
| Клиндамицин\*\* | 40мг/кг/сут | 1,8-2,7г | В/в | 3-4 |
| Доксициклин\*\* (противопоказандетямдо 8 лет) | Детям с массой тела менее 45 кг в первый день лечения 4 мг/кг/сут, в последующие дни - 2- 4мг/кг/сут.Детям с массой телаболее45 кг - как взрослым | 1 день-200 мгзатем 100 мг одинраз в сутки | Внутрь | 1- 2 |
| Тигециклин\*\* (противопоказан детям до 8 лет) | В возрасте 8-11 лет-2,4 мг/кг/сут максимальная доза-100 мгДоза с 12 до 17 летсоставляет 100 мг. | Начальная доза -200 мг, далее 100мг | В/в в течение 30- 60 мин. | 2 |
| Линезолид\*\* (таблетированные формы противопоказаныдетям до 12 лет) | до 12 лет – 20-40 мг/кг/сут (максимально600 мг). Старше 12 лет- 1200 мг | 1200 мг | Внутрь, В/в | 3 – до 12 лет, 2 -старше 12 |
| Ванкомицин\*\* | 45 мг/кг/сут | 2-4 гр | В/в | 3-4 |
| #Ванкомицин\*\*(формы для инъекционного применения)1 | 4 мг/кг/сут (максимум200 мг) 4 раза в день. Котмеренной дозе добавить хлорида натрия 0,9% до 4 мл. | 800 мг | Ингаляционно | 3-4 |
| Тейкопланин | >1 месяца - 10мг/кг (макс. 400 мг) вводятся3 дозы каждые 12 часов (нагрузочная доза). Последующие 24часа 10 мг/кг (макс.400 мг) однократно/сут. | 800 мг | В/в | 1-2 |
| Цефтаролина фосамил\*\* (противопоказан детям до 2 мес) | 2 мес-2 года 24 мг/кг.От 2-128 лет 36 мг/кг,12-18 лет 36 мг/кг. – разовая доза (Разовая доза не должнапревышать 400 мг) | 600 мг | В/в | 2-3 |
| Телаванцин\*\* | пациентам старше 18 лет | 10 мг/кг | В/в (не менее 60 мин.) | 1 |

Антибактериальная терапия при выявлении в мокроте P. aeruginosa

Одновременно назначают 2–3 противомикробных препарата из разных групп, что предотвращает развитие устойчивости P. aeruginosa и способствует достижению максимального клинического эффекта. Наиболее часто применяют комбинации аминогликозидов с цефалоспоринами 3–4 поколения. Целесообразно периодически менять комбинации антибиотиков, эффективных в отношении синегнойной палочки. Следует помнить, что лабораторное определение чувствительности микроорганизма к антибиотикам не всегда полностью совпадает с клиническим ответом на проводимую терапию.

При частых обострениях инфекционно-воспалительного процесса в бронхолѐгочной системе следует увеличивать продолжительность курсов антибактериальной терапии до 3 нед., используя внутривенный способ введения, и (или) сокращать интервалы между курсами, и (или) между курсами принимать внутрь ципрофлоксацин.

# Схема антибактериальной терапии при хронической синегнойной инфекции.

|  |
| --- |
| Ингаляции Тобрамицина в растворе 300мг или Тобрамицина в пудре - 112 мг (4 капсулы) дважды в сутки интермиттирующими курсами 28 дней приема, 28 дней перерыв, всего 6 курсов в год |
| **или** |
| раствор Колистиметата натрия 1-4 млн. ЕД/24 час постоянно или другой антибиотик в ингаляциях постоянно всем детям с хронической колонизацией синегнойной палочки |
| У больных с прогрессирующим снижением функции легких и частых обострениях, а также при недостаточном эффекте от ингаляционной антибактериальной терапии основной режим терапии включает: 2-х недельный курс внутривенной антимикробной терапии каждые 3 месяца |
| Препараты для внутривенного введения: Тобрамицин 10 мг/кг или Амикацин20 мг/кг 1раз в день или Тобрамицин 10-12 мг/кг в день (до достижения в сыворотке крови концентрации 1- 2мкг/мл) +Цефтазидим 150-200 мг/кг в день в/вили + Меропенем 60-120мг/кг/24час в/в или +другой антибиотик, активный против синегнойной палочки |
| При клинической нестабильности: увеличение продолжительности курсов в/в антибактериальная терапия до 3 нед. и/или сокращение интервалов между курсами, и/или прием Ципрофлоксацина/Офлоксацина 20-40мг/ кг /сутки внутрь между курсами в/в антибактериальной терапии, а также не прерывная ингаляционная антибактериальная терапиякурсами Тобрамицина и Колистиметата натрия. |

**Антибактериальная терапия при выявлении в мокроте B. Сepacia**

При выборе антибиотика, как при первичном высеве, так и для лечения обострения бронхолегочного процесса необходимо руководствоваться следующим:

1. Комбинация из трѐх препаратов является более эффективной. Курс от 3 недель и более.
2. Целесообразным является комбинация внутривенного и ингаляционного путей и/или перорального введения антибактериальных препаратов.
3. Наибольшую активность in vitro сохраняют Цефтазидим, Пиперациллин+Тазобактам, Меропенем, Имипенем, Ко-тримоксазол и Тетрациклины. В клинических исследованиях наиболее эффективны Меропенем, Тобрамицин, Ко- тримоксазол, Пиперацилин+Тазобактам, Доксициклин и Цефтазидим. Для оптимизации исходов «cepacia syndrome» рекомендуется обязательное включение в схему лечения Ко- тримоксазола. Эффективно применение трѐх- компонентной схемы в/венного введения Меропенема, Тобрамицина с Цефтазидимом в течение 2 -х недель и более
4. Эффективна длительная, от 3 до 12 недель, терапия пероральными препаратами Ко– тримаксозолом и /или Доксициклином и /или Хлорамфениколом (на фоне внутривенной терапии или после нее). При хронической инфекции Burkholderia cepacia рекомендуется прием таблетированных форм Ко-тримоксазола.
5. Большинство микроорганизмов Burkholderia cepacia демонстрируют резистентность к антипсевдомонадным антибиотикам, включая природную резистентность к Колистиметату натрия и Аминогликозидам. В то же время, накоплена информация об эффективности применения Тобрамицина.
6. В ряде случаев при крайне тяжелом течении болезни допустимо сочетание двух лактамных антибиотиков (внутривенно и ингаляционно).

Для детей старше 12 лет и взрослых рекомендовано ингаляционное применение Тобрамицина, Меронема и Цефтазидима, предназначенных для внутривенного использования.

Об эрадикации Burkholderia cepacia можно судить только через год после последнего высева при условии, как минимум, трѐх отрицательных бактериологических анализов мокроты. В отношении больных, высевающих Burkholderia cepacia, проводится политика строжайшего инфекционного контроля и гигиенических мер.

Антибактериальная терапия при высеве из бронхиального секрета

Achromobacter xylosoxidans

Общие правила антимикробной терапии:

1. При первом высеве и/или связи его с обострением бронхолегочного процесса используют внутривенные антибиотики курсом 14-21 день. Назначается Колистиметат натрия на 3 месяца (внутривенная терапия и в ингаляциях), возможно, с пероральными антибиотиками. Можно использовать Амоксициллин+клавулановая кислота (или Ко- тримоксазол) в течение 1 месяца и ингаляции Колистиметата натрия в течение 3 месяцев.
2. При хронической инфекции используется длительно ингаляции Колистиметата натрия (1-я линия), при отсутствии эффекта назначают ингаляции Меропенема (2-я линия).
3. Achromobacter xylosoxidans характеризуется мультирезистентностью, способностью формировать биофильм, что объясняет неудачи антибактериальной эрадикационной терапии микроорганизма при хронической инфекции.
4. Согласно международным рекомендациям, для лечения обострений, обусловленных Achromobacter xylosoxidans, используют комбинацию двух антисинегнойных антибиотиков различных классов.

# Системные глюкокортикоиды

-в малых дозах помогают не только стабилизировать состояние пациента, но и улучшить функциональные и клинические показатели. Чаще всего для поддерживающей терапии назначают преднизолон по 0,3–0,5 мг/кг массы тела пациента в сутки альтернирующим курсом. Его следует принимать внутрь через сутки (постоянно). При использовании ингаляционных форм глюкокортикоидов медленнее и в меньшем количестве развиваются побочные эффекты.

Показания для назначения глюкокортикостероидной терапии:

* тяжелое течение, обусловленное частыми обострениями с явлениями выраженной дыхательной недостаточности;
* длительный воспалительный процесс, осложненный образованием ателектатических изменений в легких;
* выраженный и стойкий обструктивный синдром, рефрактерный к действию β2- агонистов.

# Особенности терапии больных с поражением печени

В настоящее время нет эффективного лечения, которое могло бы предотвратить прогрессирование поражения печени у больных МВ. В последнее десятилетие для терапии больных с поражением печени применяются препараты урсодезоксихолевой кислоты (УДХК).

Показания: все больные с гепатомегалией, синдромом холестаза, циррозом печени, изменениями паренхимы печени и желчных протоков по данным ультразвукового метода исследования.

# Трансплантация печени

Радикальный метод лечения, показан пациентам терминальной стадии, но с относительно сохранной функцией внешнего дыхания. Первая операция в РФ проведена только в 2013 г.

# Терапия внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы

* Заместительную терапию панкреатическими ферментами (Панкреатин), (в виде минимикросфер, с рН-чувствительным покрытием без применения метакриловой кислоты с или без желатиновой капсулы) рекомендовано назначать всем пациентам, включая новорождённых с МВ, имеющим клинические проявления кишечного синдрома или низкую концентрацию панкреатической эластазы-1 в кале менее 200 мкг/г.

При проведении заместительной терапии необходимо контролировать: показатели копрограммы, в первую очередь количество нейтрального жира; частоту и характер стула; ежемесячную прибавку массы тела и динамику роста пациента.

Для восстановления адекватной ассимиляции жира следует применять высокоэффективные панкреатические ферменты в виде минимикросфер, что в большинстве случаев позволяет компенсировать стеаторею и уменьшить дефицит массы тела.

Путь введения: внутрь до и во время каждого приема пищи. Панкреатические ферменты не следует назначать после еды. Капсулы, содержащие минимикросферы, можно вскрывать и принимать их содержимое одновременно с небольшим количеством пищи, или принимать целиком, не вскрывая, если ребенок уже достаточно большой и может проглотить капсулу. Оценка эффективности лечения: к клиническим показателям адекватной дозировки

панкреатических ферментов следует отнести: улучшение прибавки веса детей, уменьшение объема стула, его частоты, уменьшение зловонного запаха, исчезновение болей в животе. Лабораторные показатели – уменьшение степени стеатореи.

# Терапия остеопороза у пациентов с МВ.

Задачами лечения остеопороза являются предотвращение переломов костей, повышение качества жизни, замедление или прекращение потери костной массы, у детей - обеспечение нормального роста.

Колекальциферол, в том числе, в виде капель для приема внутрь, рекомендован всем пациентам с МВ в качестве терапии недостаточности витамина D в виде приема один раз в день ежедневно или один раз в неделю (в эквивалентных дозах) для поддержания концентрации 25(ОН)D сыворотки не менее 30 нг/мл (75 нмоль/л).

Дозы колекальциферола (витамина D3) и рекомендации по лечению дефицита витамина D у детей и взрослых с МВ (ЕД)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Возраст | Начальная доза | Увеличенная доза | Максимальная доза |
| С рождения до 12 месяцев | 400–500 | 800–1,000 | 2,000 |
| 12 месяцев до 10 года | 800–1,000 | 1,600–3,000 | 4,000 |
| С 10 до 18 лет | 800–2,000 | 1,600–6,000 | 10,000 |
| более 18 лет | 800–2,000 | 1,600–6,000 | 10,000 |

Рекомендовано терапию остеопороза при МВ проводить согласно клиническим рекомендациям по остеопорозу

# ДИЕТА И ВИТАМИНОТЕРАПИЯ

**Энергия**

Рекомендуется всем пациентам с муковисцидозом увеличение суточного потребления калорий до 120-150% по сравнению с нормами по возрасту, пропорциональное увеличение потребления высококачественного белка (20% от суточного калоража) и жира (35-40% от суточного калоража) с целью поддержания адекватного нутритивного статуса

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Возраст | Белок, г/кг/сут | Энергия, ккал/кг/сут | Энергия, ккал/кг/сут |
|  |  | Минимальная | Максимальная |
| 0 - 1 год | 3 - 4 (до 6) | 130 | 200 |
| 1 - 3 года | 4 - 3 | 90 - 100 | **150** |
| 3 - 10 лет | 3 – 2,5 | 70 - 80 | **100** |
| 11-14 лет | 2,5 - 1,5 | 45 - 70 | 90 |

Существуют довольно сложные формулы для расчета необходимых дополнительных калорий, однако в повседневной практике можно пользоваться следующими ориентирами:

* 1-2 года - 200 ккал,
* 3-5 лет - 400 ккал,
* 6-11 лет - 600 ккал,
* старше 12 лет - 800 ккал в сутки.

# Дети первого года жизни

У детей первых месяцев жизни оптимальной пищей является материнское молоко с добавкой микрогранулированных панкреатических ферментных препаратов в каждое кормление.

Идеальным для новорожденных и детей первого года жизни является непастеризованное грудное молоко, так как оно содержит широкий спектр защитных факторов и биологически активных веществ. Важную роль играет активность термолабильной липазы в нативном (не пастеризованном) женском молоке. Для детей с МВ показана защитная роль естественного вскармливания: младенцы, получающие грудное молоко, имеют лучшие показатели легочных функций и низкую частоту инфекционных эпизодов, по сравнению с детьми на искусственном вскармливании. Новорожденные и дети первых месяцев жизни, которые не могут самостоятельно высасывать необходимый объем молока из груди ввиду тяжести состояния (общая слабость, одышка, сердечно-легочная недостаточность) должны получать сцеженное непастеризованное материнское молоко из бутылочки или через назогастральный зонд. Грудное молоко может полностью обеспечить потребности ребенка до 4 – 6 месяцев жизни, однако в некоторых случаях требуется дополнительное поступление энергии с помощью обогащения грудного молока. Так, при недостаточной прибавке в весе молоко можно обогащать добавлением на каждые 100 мл приблизительно 5 г (1 мерная ложка) сухой смеси на основе гидролизата белка с СЦТ.

При смешанном/искусственном вскармливании предпочтительны высококалорийные смеси,

имеющие в качестве жирового компонента СЦТ и растительные жиры в эмульгированной

форме, что позволяет улучшить утилизацию жира и снизить дозу панкреатических заменителей. Этим требованиям отвечают отдельные смеси для недоношенных и маловесных детей. У детей, сохраняющих удовлетворительные темпы физического развития, могут использоваться обычные адаптированные молочные смеси, однако для искусственного/смешанного вскармливания детей с МВ не рекомендуется использовать заменители с низким (1,1 – 1,3 г/100 мл) содержанием белка. При недостаточных темпах прибавки в весе могут быть рекомендованы смеси, содержащие в составе липидного компонента среднецепочечные триглицериды. При гипотрофии назначают смеси на основе гидролизатов белка с включением СЦТ не менее 50% жирового компонента.

Детям, получающим массивную антибактериальную терапию, а также повторные курсы антибиотиков, целесообразно ввести адаптированную кисломолочную смесь или смесь, обогащенную пробиотиками, в количестве до 1/3 суточного объема кормления.

Прикорм обычно вводится в 4–5 мес., а некоторым детям раньше при низкой прибавке в массе. Первыми блюдами прикорма служат энергетически плотные блюда: каши на сцеженном молоке или молочной смеси со сливочным маслом, детский творог 4,5- 5% жирности, далее вводят овощное пюре с мясным пюре и растительным маслом, желток. Следует использовать высококалорийные продукты прикорма, обогащенные витаминно- минеральным комплексом: детские молочные каши промышленного производства с добавлением сливочного масла, овощные пюре с добавлением растительного масла, мяса. Возможно введение мясного пюре в качестве первого прикорма детям на естественном вскармливании, как хороший источник железа и цинка.

Коровье и козье молоко можно использовать только для приготовления блюд с 8–9 месяцев. В эти же сроки можно вводить неадаптированные кисломолочные продукты (кефир, натуральный йогурт), обогащенные живыми бифидо- и лактобактериями. Детям раннего возраста назначают поливитаминные добавки; блюда прикорма, в отличие от здоровых детей, подсаливают. Дополнительное количество поваренной соли в день ориентировочно составляет 1/8 чайной ложки (0,6 – 0,7 г) для ребенка первого полугодия и ¼ ч. л. (1,25 г) для ребенка 6-12 месяцев.

Особенности введения прикорма детям первого года жизни с МВ

|  |  |
| --- | --- |
| **Продукты и блюда** | **Возраст (мес.)** |
| Фруктовое пюре | 6 |
| Творог | 4 – 4,5 |
| Желток | 5 |
| Пюре овощное | 4,5 – 5 |
| Масло растительное | 4,5 – 5 |
| Каша | 4 (на грудном молоке, молочной смеси или гидролизате белка) |
| Масло сливочное | 4 |
| Пюре мясное | 5 – 5,5 |
| Молоко | 8 – 9 (для приготовления блюд) |
| Кефир, йогурт | 8 – 9 |
| Сухари, хлеб | 7 – 8 (пшеничный, высшего сорта) |

# Питание дошкольников и школьников

* Питание ребенка должно быть регулярным (6 раз в день даже для школьников, формула 3+3): 3 основных приема пищи (завтрак, обед, ужин) и 3 дополнительных перекуса (2-й завтрак, полдник, на ночь);
* Питание должно быть «плотным»: в каждый основной прием пищи должны включаться блюда, содержащие качественные животные белки, цинк (мясо, субпродукты, рыба, яйца или молочные продукты – сыр, творог), качественные жиры (растительное, сливочное масло, сметана, сливки), сложные (крупы, хлеб, овощи) и в меньшей степени простые (фрукты, сладости, варенье, мед) углеводы;
* Дополнительные приемы пищи (перекусы: 2-й завтрак, полдник, перед сном) обязательны; они состоят, как правило, из кисломолочных продуктов, творога, фруктов, выпечки и умеренного количества сладостей.

При бронхо-легочных обострениях, значительном отставании в весе для перекусов желательно использовать специализированные высокоэнергетические коктейли или смеси для энтерального питания.

Показанием к дополнительному питанию специализированными высококалорийными смесями является:

* любое снижение нормальных (возрастных) прибавок массы тела/роста;
* фактическая масса тела ниже 25 перцентиля.

К высококалорийным относятся смеси, содержащие более 70 ккал/100 мл для детей до 12 мес, от 100 до 150 ккал/100мл - для детей 1 – 6 лет; от 150 до 200 ккал /100мл – для детей старше 7 лет и взрослых.

Рекомендуется использовать слабосоленую (не копченую) жирную морскую рыбу: сельдь, семгу, форель и др. лососевые, икру 3- 4 раза в неделю в качестве закуски.

Растительное масло (льняное, тыквенное, кедровое, масло грецкого ореха, соевое, рапсовое, подсолнечное, кукурузное, оливковое) рекомендуется использовать в нерафинированном виде без термической обработки, добавляя в салаты и готовые овощные блюда, для приготовления домашнего майонеза. Обязательны для ежедневного употребления, как основной источник кальция и высококачественного белка - необезжиренные молоко, творог, сыр, кисломолочные продукты, обогащенные живыми штаммами пробиотиков (бифидобактерий и лактобактерий) – йогурты короткого срока хранения, биокефир и т.п.

# Минимальные суточные потребности в натрии, хлоре и калии у детей с МВ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Возраст | Натрий (мг) | Хлор (мг) | Калий (мг) |
| Младше 1 года | 120-200 | 180-300 | 500-700 |
| Старше 1 года | 225-500 | 350-750 | 1000-2000 |

Больным МВ рекомендуется дополнительное введение кальция: 400-800 мг детям; 800- 1200 мг подросткам и взрослым.

# Контроль уровня жирорастворимых витаминов в сыворотке крови больных МВ (рекомендуется ежегодный мониторинг)

|  |  |
| --- | --- |
| Витамин А (ретинол) | 30-72 нг/мл |
| Витамин Д (эргокальциферол) | 30-100-150 нг/мл |
| Витамин Еα-токоферол/холестерин | >0,7 мг/дл>5,4 мг/г |
| Витамин К | Протромбиновое время |

Низкие уровни жирорастворимых витаминов регистрируются практически у всех больных, несмотря на адекватную заместительную терапию. Показано, что умеренно повышенные уровни ретинола (до 110 мг/дл) в сыворотке крови положительно коррелируют с ОФВ1 (ОФВ1

> 80% у 90% из таких пациентов), независимо от возраста, панкреатической функции и нутритивного статуса, без каких-либо признаков токсичности.

# Рекомендуемые дозы жирорастворимых витаминов и бета-каротина для больных МВ.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Витамины | Характеристика больных | Дозы |
| А | Все с панкреатической недостаточностью (ПН) | 4000-10000 МЕ/сут |
| Д | Все с ПН | 400 - 2000 МЕ/сут |
| Е | Все: 0-6 мес6-12 мес1-4 года4-10 летСтарше 10 лет | 25 МЕ/сут50 МЕ/сут100 МЕ/сут100-200 МЕ/сут200 – 400 МЕ/сут |
| К | Все с ПНпри патологии печени | 2 – 5 мг,сут 10 мг/сут |
| Бета-каротин | Все с ПН | 0,5 – 1 мг/кг/сут, макс. 50 мг/сут |

**Агрессивные методы нутритивной поддержки у больных МВ**

1. Зондовое энтеральное питание в виде ночной гипералиментации, через назогастральный зонд или через перкутанную гастростому. С помощью ночной гипералиментации, при адекватном контроле панкреатическими заменителями, можно дополнительно обеспечить от 30 до 50% рассчитанной энергопотребности.
2. Парентеральное питание

 Полное (центральный венозный катетер); показаниями являются:

* состояния после операции на кишечнике;
* синдром короткой кишки;
* острый панкреатит.

 Частичное (с целью дополнительного питания), используется периферическая вена:

* жировые эмульсии;
* глюкозо-аминокислотные смеси, витамины.

# Показания к применению «агрессивных» методов нутритивной поддержки

* отсутствие прибавки в весе или снижение веса в течение 6 месяцев;
* фактическая масса тела ниже 3 перцентиля;
* фактическая масса тела ниже должного значения на 15% или менее 25 перцентиля на фоне дополнительного питания специальными смесями.

# Смеси для лечебного и дополнительного питания для больных МВ различного возраста.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Группа | Название продукта, фирма-изготовитель, страна- производитель | Применение, предназначение |
| На цельных молока | основе белков | Детские молочные смеси с повышенной квотой белка и калорийностью, с включением СЦТ:Пре-Нутрилак (Нутритек, Россия), Пре-Нан (Нестле, Швейцария);Пре-Нутрилон (Нутриция, Голландия), Симилак Особая Забота (Эбботт, США), Фрисо-Пре (Фрисленд, Голландия);Хумана ЛП+СЦТ (Хумана, Германия)Смеси для энтерального питания для детей старше 1 года: Нутриэн Юниор (Нутритек, Россия), Нутрини, Нутрини с пищевыми волокнами, Нутрини Энергия, Нутрини Дринк (Нутриция, Голландия), Клинутрен Юниор, Ресурс Юниор, (Нестле, Швейцария), ПедиаШур (Эббот, США). | Заменитель грудного молока для недоношенных и маловесных детей 1-го года жизни, дополнительное питание к естественному вскармливаниюЗаменитель грудного молока для детей старше 5-6 мес, получающих прикормЭнтеральное идополнительное питание для детей от 1 года до 6-10 лет, ночная гипералиментация |
|  |  |  Смеси для энтерального питания для детей старше 3 лет и взрослых: Нутриэн | Энтеральное идополнительное питание для |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Стандарт, НутриэнИммун, | детей старше | 3 | лет и |
| НутриэнПульмо, Нутриэн Остео | взрослых, |  | ночная |
| (Нутритек, Россия), Клинутрен Оптимум, | гипералиментация |  |  |
| Ресурс Оптимум, Изосурс, Импакт Орал |  |  |  |
| (Нестле, Швейцария), Нутризон, Нутризон |  |  |  |
| с пищевыми волокнами, Нутризон |  |  |  |
| Энергия (Нутриция, Голландия), Изокал |  |  |  |
| (Мид Джонсон, США), Эншур 2 (Эббот, |  |  |  |
| США) и др. |  |  |  |

**Ведение пациентов с МВ**

Больные МВ должны находиться на активном диспансерном наблюдении. По достижении возраста 1 года больных МВ необходимо обследовать 1 раз в 3 мес., что позволяет следить за динамикой заболевания и своевременно корригировать терапию.

# Перечень лабораторных и инструментальных исследований, осуществляемых при амбулаторном осмотре.

|  |  |
| --- | --- |
| Исследования, которые необходимо проводить при каждом приѐме пациента (1 раз в 3 мес.) | Обязательное ежегодное обследование |
| Антропометрия (рост, масса тела, дефицит массы тела) | Биохимическое исследование крови (активность печѐночных ферментов, соотношение белковых фракций, электролитный состав, концентрация глюкозы) |
| Общий анализ мочи | Компьютерная томография органов грудной клетки |
| Копрологическое исследование | Ультразвуковое исследование органов брюшной полости |
| Клинический анализ крови\* | ЭКГ |
| Бактериологическое исследование мокроты (при невозможности собрать мокроту — мазка с задней стенки глотки) на микрофлору и чувствительность к антибиотикам\* | Фиброэзофагогастродуоденоскопия |
| Исследование ФВД\* | Осмотр оториноларингологом |
| Определение SpO2\* | Тест на толерантность к глюкозе |

\*Дополнительно исследование проводят при появлении признаков обострения инфекционно- воспалительного процесса в бронхолѐгочной системе.

Перевод пациента во взрослый центр МВ должен быть завершен к 18 годам. С 16 до 18 лет - переходный период. Длительность пребывания в круглосуточном/дневном стационаре составляет в среднем 14-21 день в зависимости от тяжести течения заболевания и сопутствующих осложнений. Пациентов необходимо обследовать каждые 1-3 месяца. Впервые диагностированные дети или пациенты с тяжелыми формами заболевания должны наблюдаться еще чаще (ежемесячно), тогда как пациенты с легким или атипичным течением МВ могут наблюдаться реже (каждые 3-6 мес.).

При отсутствии медицинских показаний к госпитализации больные направляются на амбулаторно-поликлиническое долечивание у врача-педиатра и пульмонолога.

При направлении к врачу-пульмонологу врачами-педиатрами участковыми и врачами других специальностей предоставляется выписка из амбулаторной карты (истории болезни) с указанием предварительного (или заключительного) диагноза, сопутствующих заболеваний, а также имеющихся данных лабораторных и функциональных исследований.

Детям школьного возраста требуется проведение комплексного психолого- педагогического обследования, включающего в себя диагностику познавательной сферы (дефектологом), речевого (логопедом) и личностного развития (психологом). Т.к. в период активного формирования половой идентичности подростки испытывают болезненные переживания, вызванные не только изменениями внешности, которые свойственны всем детям этого возраста, но и наличием специфических физических отличий от сверстников и объективным проявлением болезни (деформация грудной клетки и фаланг пальцев, хронический кашель с большим количеством мокроты, отставание в физическом развитии и др.).

Критерий успешности борьбы с муковисцидозом (МВ) – заболеванием, которое еще недавно считалось летальным – это увеличение продолжительности жизни и улучшение ее качества. Организацию медико-социальной помощи больным МВ и их семьям можно рассматривать как модель успешной борьбы с наследственной патологией, так как удалось создать систему, охватывающую основные звенья помощи при любой наследственной патологии.

# Профилактика

Способов первичной профилактики МВ – не существует. В качестве мер вторичной профилактики этого заболевания выступают:

1. дородовая диагностика.
2. неонатальная диагностика МВ.

# Заключение

Лечение больных МВ основано на комплексной терапии с применением антибактериальных, муколитических и бронхолитических препаратов в сочетании с ферментотерапией и кинезитерапией. Перспективы лечения связаны с дальнейшей разработкой антибактериальной терапии, методов трансплантации и генетической коррекции основного дефекта МВ.

**Список литературы**

1. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с кистозным фиброзом (муковисцидозом) // Министерство здравоохранения Российской Федерации Союз Педиатров России 2020г
2. Д. Тарк, К.П. Браггер, К. Коломбо и др. Рекомендации ESPEN-ESPGHAN-ECFS по диетотерапии при муковисцидозе у младенцев, детей и взрослых – С-Пб.: Благотворительный фонд «Острова», 2017 г. – 40 с.
3. Каширская Н. Ю., Шерман В. Д., Капранов Н. И., Кондратьева Е. И., Красовский С. А., Амелина Е. Л. Место гипертонического раствора хлорида натрия в терапии муковисцидоза // Научно- практический журнал «Пульмонология» 2016г
4. Национальный консенсус «Муковисцидоз: определение, диагностические критерии, терапия» Под редакцией Е.И. Кондратьевой, Н.Ю. Каширской, Н.И. Капранова. Москва, ООО «Компания БОРГЕС». 2016, 205 с. https://mukoviscidoz.org/doc/konsensus/CF\_consensus\_2017.pdf