

А.О. Лисицин, Е.И. Алексеева, С.И. Валиева, Т.М. Бзарова, Н.А. Карагулян, О.Л. Ломакина

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

Опыт применения человеческих моноклональных антител к ФНО α у больной ювенильным ревматоидным артритом с увеитом

Контактная информация:

Алексеева Екатерина Иосифовна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая ревматологическим отделением Научного центра здоровья детей РАМН

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский проспект, д. 2/62, тел.: (499) 134-14-94

Статья поступила: 02.10.2009 г., принята к печати: 07.12.2009 г.

151

В статье представлено наблюдение случая тяжелого течения ювенильного ревматоидного артрита с увеитом, резистентного к терапии классическими иммунодепрессантами и химерным моноклональным антителом к фактору некроза опухоли α . Описано успешное применение биологического агента — адалимумаба: к 4-й нед терапии исчезла утренняя скованность, полностью купировались экссудативные изменения в пораженных суставах, значительно увеличился объем движений в них. К 6 нед терапии нормализовались лабораторные показатели активности болезни: СОЭ, сывороточная концентрация С-реактивного белка. Лечение адалимумабом индуцировало развитие у больной ремиссии вялотекущего двустороннего увеита.

Ключевые слова: дети, ювенильный ревматоидный артрит, ревматоидный увеит, лечение, адалимумаб.

Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА) является наиболее частым ревматическим заболеванием у детей и характеризуется воспалением синовиальной оболочки суставов, деструкцией хрящевой и костной ткани, развитием широкого спектра внесуставных проявлений заболевания [1]. Хроническое, неуклонно прогрессирующее течение ЮРА приводит к быстрому развитию

инвалидизации больных, снижению качества их жизни, социальной и психологической дезадаптации.

Одним из тяжелых внесуставных проявлений ЮРА является увеит — поражение сосудистого тракта глаза. Увеит развивается у 15–20% больных ЮРА и чаще характеризуется подострым и хроническим течением. У больных развивается дистрофия роговицы, формируются иридо-

A.O. Lisitsyn, Ye.I. Alekseyeva, S.I. Valiyeva, T.M. Bzarova, N.A. Karagulyan, O.L. Lomakina

Scientific Center of Children's Health, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

Experience of administration of human monoclonal antibodies to TNF α in patient with juvenile rheumatoid arthritis with uveitis

The article presents a case report of severe juvenile rheumatoid arthritis with uveitis, refractory to treatment with classic immunosuppressants and chimeric monoclonal antibodies to the tumor necrotizing factor α . Successful administration of biological agent adalimumab was described: morning joints stiffness and exudative lesions in affected joints was completely stopped up to the 4th week of treatment, the range of motions was increased significantly. Laboratory indices of disease activity (ESR, C-reactive protein in plasma) were normalized to 6th week. Treatment with adalimumab induced the development of remission of subacute bilateral uveitis.

Key words: children, juvenile rheumatoid arthritis, rheumatoid arthritis, treatment, adalimumab.

хрусталиковые спайки, деформация зрачка, помутнение хрусталика — катаракта.

Лечение ЮРА глюкокортикоидами, метотрексатом и иммунодепрессантами не всегда эффективно. В ряде случаев местное лечение увеита, прием глюкокортикоидов и циклоспорино не предотвращает поражение органа зрения. В связи с этим актуальным является разработка и внедрение в практику новых лекарственных препаратов для лечения ЮРА и ревматидного увеита, о чем свидетельствует представленный ниже клинический случай.

Больная А., возраст 13 лет, наблюдается в ревматологическом отделении Научного центра здоровья детей (НЦЗД) РАМН с марта 2009 г. Девочка родилась от первой беременности, протекавшей с анемией, токсикозом в I триместре, артериальной гипертензией во 2-й ее половине. Роды путем кесарева сечения в связи с тазовым предлежанием. Масса тела при рождении составила 3850 г, длина — 52 см. Период новорожденности протекал без особенностей. Девочка была приложена к груди на 1-е сутки. На грудном вскармливании находилась до возраста 2-х недель. Реакций при введении прикорма не отмечалось. Раннее физическое и психомоторное развитие соответствовало возрасту. До возраста 1,5 лет вакцинация проводилась согласно календарю. Перенесенные заболевания: острые респираторные инфекции 3–4 раза в год, краснуха. Родители девочки практически здоровы. Наследственность по ревматическим заболеваниям неотягощена.

Девочка заболела в феврале 1997 г. (в возрасте 1,5 лет), когда после перенесенной вирусной инфекции у нее появились припухлость левого голеностопного сустава, нарушение походки, боли при движении в левом коленном и голеностопных суставах. Была консультирована хирургом в поликлинике по месту жительства, исключена острая хирургическая патология. Ребенку было рекомендовано применение мазей, содержащих нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), с нанесением на пораженные суставы. В апреле 1997 г. девочка консультирована кардиоревматологом. Был установлен диагноз «Ювенильный ревматоидный артрит, олигоартрикулярный вариант», назначена терапия диклофенаком натрия, на фоне приема которого боль и припухлость в суставах не уменьшились.

С мая 1997 г. больная наблюдалась в ревматологическом отделении одной из московских клиник. Состояние было расценено как среднетяжелое. Отмечались экссудативные изменения в коленных и голеностопных суставах, болезненность и ограничение движения в них. В клиническом анализе крови были выявлены повышение числа лейкоцитов до $17 \times 10^9/\text{л}$, ускорение СОЭ до 62 мм/час; в иммунологическом анализе крови — положительные тесты на С-реактивный белок (СРБ) и антинуклеарный фактор. Девочке был назначен диклофенак натрия, также проводились внутрисуставные пункции с введением бетаметазона. С января 1998 г. была назначена терапия метотрексатом в дозе $7,5 \text{ мг}/\text{м}^2$ стандартной поверхности тела в неделю. На фоне лечения метотрексатом состояние девочки несколько улучшилось, реже отмечались обострения суставного синдрома. Внутрисуставные введения глюкокортикоида проводились с частотой 1 раз в 2–3 месяца. Весной 2001 г. у девочки был диагностирован ревматоидный увеит. На фоне назначения местной терапии (дексаметазон и диклофенак натрия в каплях) проявления увеита купировались.

С октября 2001 г. у больной появилось ограничение движений в шейном отделе позвоночника, выросли экссудативные изменения коленных и голеностопных суставах,

стала предъявлять жалобы на выраженную утреннюю скованность. Улучшение в состоянии ребенка удалось достичь только после проведения внутрисуставных инъекций глюкокортикоида. Доза метотрексата была повышена до $10 \text{ мг}/\text{м}^2$ стандартной поверхности тела в неделю. В июле 2004 г. после инсоляции у девочки развилось обострение увеита, в связи с чем была начата комбинированная иммуносупрессивная терапия метотрексатом с циклоспорином в дозе 3 мг/кг массы тела в сутки. На фоне комбинированной терапии купировались клинические проявления увеита. По данным контрольных клинических анализов мочи у ребенка развилась стойкая макрогематурия, в связи с чем указные препараты были отменены. В течение года больная лечилась НПВП, ей ежемесячно проводились внутрисуставные инъекции глюкокортикоида. Несмотря на регулярные пункции суставов с ГК к ноябрю 2005 г. у пациентки увеличилось число суставов с активным артритом, суставной синдром стал носить полиартикулярный характер, в процесс вовлеклись локтевые, лучезапястные, коленные, голеностопные суставы, мелкие суставы кистей, нарастала инвалидизация. Ребенку был назначен преднизолон для перорального приема в суточной дозе 5 мг в сочетании лефлуномидом в суточной дозе 10 мг с постепенным повышением до 20 мг. Несмотря на внутрисуставные инъекции глюкокортикоида в коленные и голеностопные суставы, полностью купировать суставной синдром не удавалось. В феврале 2007 г. преднизолон был отменен.

Неэффективность терапии лефлуномидом, НПВП, в сочетании с ежемесячными внутрисуставными введениями глюкокортикоидов явилась основанием для назначения ребенку в январе 2008 г. антицитокиновой терапии химерными моноклональными антителами к фактору некроза опухоли (ФНО) α (инфликсимабом) в дозе $4,5 \text{ мг}/\text{кг}$ массы тела на введение. После первых трех инфузий инфликсимаба состояние девочки улучшилось, уменьшились экссудативные изменения в пораженных суставах, сократилась длительность утренней скованности, снизились лабораторные показатели активности болезни. В марте 2008 г. у больной была диагностирована метаболическая нефропатия. Появление конкрементов в почках было расценено как побочный эффект терапии лефлуномидом, в связи с чем препарат был отменен. В марте 2008 г. был возобновлен прием метотрексата в дозе $7,5 \text{ мг}/\text{м}^2$ поверхности тела в неделю. После 4-го введения инфликсимаба в вышеуказанной дозе у ребенка вновь выросли экссудативные изменения в пораженных суставах. Доза инфликсимаба была повышена до $6,6 \text{ мг}/\text{кг}$ массы тела на введение. В этой дозе препарат вводился 5 раз (всего девочка получила 9 инфузий препарата). Несмотря на повышение дозы, эффекта от терапии не было, у ребенка сохранялась активность суставного синдрома, в связи с чем с частотой 1 раз в 1–1,5 мес проводились внутрисуставные инъекции бетаметазона.

Для определения тактики дальнейшего лечения больная поступила в ревматологическое отделение НЦЗД РАМН в марте 2009 г. на 11 год от начала болезни. Состояние пациентки было расценено как тяжелое. Суставной синдром носил полиартикулярный характер с поражением шейного отдела позвоночника, правого плечевого, правого локтевого, тазобедренных, коленных, голеностопных суставов, мелких суставов кистей; девочка неплотно собирала пальцы в кулак; движения в указанных суставах были ограничены и болезненны. Ребенка беспокоила утренняя скованность продолжительностью до 120 мин. Обращали на себя внимание

бледность кожных покровов, «тени» под глазами, признаки развившегося на постоянном внутрисуставном введении глюкокортикоида экзогенного гиперкортицизма, девочка была эмоционально подавлена. При обследовании в клиническом анализе крови отмечалось повышение СОЭ до 57 мм/час, в иммунологическом анализе крови — повышение сывороточной концентрации СРБ до 7,6 мг% (при норме до 0,8 мг%; см. табл.). По данным компьютерной томографии коленных суставов выявлен околосуставной остеопороз, единичные эрозии костной ткани. Больная была консультирована офтальмологом, диагностирован вялотекущий двусторонний ревматоидный увеит в фазе обострения. Диагноз Ювенильный ревматоидный артрит с увеитом не вызывал сомнений.

В связи с кратковременным эффектом от внутрисуставных инъекций глюкокортикоидов, развитием осложнений терапии глюкокортикоида, а также неконтролируемой гормонозависимостью, от продолжения гормональной терапии было решено воздержаться. Анализ состояния ребенка свидетельствовал о вторичной неэффективности терапии химерными моноклональными антителами к ФНО α в сочетании с метотрексатом. В связи с развитием резистентности инфликсимаб был отменен. Несмотря на выраженные экссудативные изменения в суставах, глюкокортикоиды не вводились в связи с гормонозависимостью, наличием признаков экзогенного гиперкортицизма, отставания в росте (рост девочки-подростка 13 лет составил 146 см, что соответствует росту 11-летнего ребенка).

Согласно разработанному в ревматологическом отделении НЦЗД РАМН протоколу лечения тяжелых вариантов

ювенильного артрита, девочке была назначена пульс-терапия метотрексатом в дозе 50 мг/м² поверхности тела в нед в виде внутривенных инфузий в комбинации с циклоспорином в суточной дозе 4,4 мг/кг массы тела [13].

Ребенку было проведено 7 внутривенных введений метотрексата. На фоне лечения состояние несколько стабилизировалось: уменьшилось длительность утренней скованности, стала активнее. Однако сохранялись экссудативные изменения в коленных и голеностопных суставах (рис. 1), ограничение движения в правом плечевом (рис. 2), правом локтевом (рис. 3), коленных (рис. 4), тазобедренных (рис. 5) и голеностопных суставах. По данным контрольных клинических анализов крови лабораторные показатели активности болезни оставались повышенными (см. табл.). При повторном офтальмологическом обследовании были выявлены активные проявления вялотекущего увеита. Введения метотрексата девочка переносила плохо, в течение 3 дней после введения препарата отмечалась выраженная тошнота, головная боль. Через 1 мес после последнего внутрисуставного введения бетаметазона у ребенка развился синдром отмены, который проявлялся миалгиями, артралгиями, тошнотой, рвотой, депрессией. Несмотря на развитие синдрома отмены, глюкокортикоиды не вводились, но продолжалась активная противоревматическая терапия. Синдром отмены купировался самостоятельно через 3 нед.

Неэффективность терапии метотрексатом в дозе 50 мг/м² поверхности тела в неделю в комбинации с циклоспорином в суточной дозе 4,4 мг/кг массы тела, а также данные о хорошем первоначальном ответе на химерные моноклональные антитела к ФНО α яви-

Таблица. Динамика клинических и лабораторных показателей активности заболевания на фоне терапии адалимумабом у больной А

Показатели	Март 2009	Май 2009	Июнь 2009	Июль 2009	Август 2009	Октябрь 2009
	До назначения пульс-терапии метотрексатом и циклоспорином	На момент назначения адалимумаба	4 нед наблюдения	6 нед наблюдения	12 нед наблюдения	18 нед наблюдения
Длительность утренней скованности, мин	120	100	0	0	0	0
Число суставов с активным артритом, абс.	19	16	8	6	0	0
Число суставов с ограничением функции, абс.	19	15	7	4	0	0
Общая оценка врача активности болезни (по ВАШ), баллы	8	8	3	0	0	0
Оценка функциональной способности (опросник CHAQ), баллы	1,6	1,7	1,1	0,6	0,5	0,5
Эритроциты, $\times 10^{12}/л$	3,98	3,67	4,01	4,33	4,70	4,67
Гемоглобин, г/л	114	102	112	129	140	130
Лейкоциты, $\times 10^9/л$	8,2	7,4	6,4	5,6	6,4	4,8
Тромбоциты, $\times 10^9/л$	308	426	378	313	359	287
СОЭ, мм/ч	57	38	25	3	5	4
СРБ, мг%	7,6	7,25	2,4	0,17	0,1	0,12
Рост пациентки, см	146	146	147	148	149	149

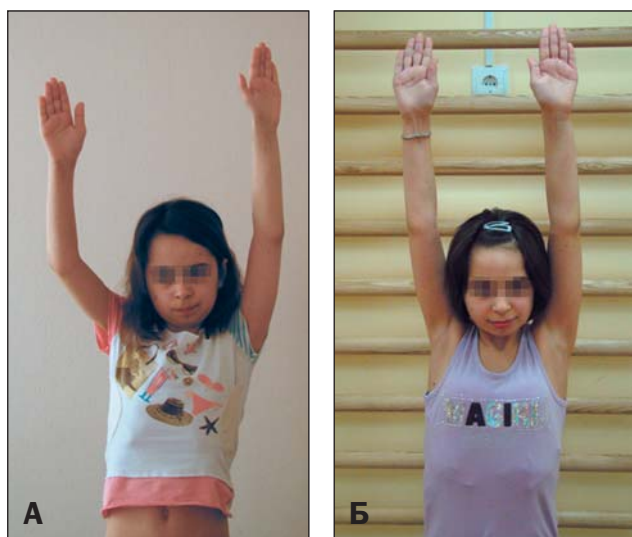
Примечание.

ВАШ — визуальная аналоговая шкала; опросник CHAQ — the Childhood Health Assessment Questionnaire; СРБ — С-реактивный белок.

Рис. 1. Общий вид больной до (А) и на фоне (Б) терапии адалимумабом



Рис. 2. Функциональная способность плечевых суставов до (А) и на фоне (Б) терапии адалимумабом



лись основанием для назначения человеческих анти-тел к ФНО α — адалимумаба. Адалимумаб — генно-инженерное моноклональное антитело к ФНО α , полностью блокирует не только циркулирующий, но и уже связанный с клеточными рецепторами ФНО α . Препарат может применяться как в комбинации с метотрексатом, так и в виде монотерапии. Для адалимумаба характерна стабильность эффекта при многолетнем применении. Адалимумаб является единственным зарегистрирован-

ным в России анти-ФНО препаратом для использования в амбулаторных условиях. Препарат зарегистрирован в США и странах Европы для лечения ревматоидного и псориатического артрита у взрослых, а также для лечения детей с ювенильным идиопатическим артритом. В мире имеется большой положительный опыт применения адалимумаба для лечения воспалительных ревматических заболеваний, включая результаты многочисленных рандомизированных клинических исследований. Первый опыт применения адалимумаба при ювенильном артрите был представлен в 2004 г. J. Daniel и соавт. [14]. Было проведено многоцентровое открытое исследование, в которое вошли 177 больных ЮРА в возрасте от 4 до 17 лет. Эффект оценивали у 155 пациентов, прошедших 16-недельный курс лечения адалимумабом. Все дети были с полиартикулярным суставным синдромом. Критерием включения в исследование явилась неэффективность монотерапии метотрексатом и НПВП. Через 16 нед от начала лечения адалимумабом 30% улучшение по критериям Американской коллегии ревматологов было достигнуто у 88% детей, получавших монотерапию препаратом, и у 95% пациентов, лечившихся адалимумабом в сочетании с метотрексатом; 70% улучшение было зарегистрировано у 70% больных, включенных в исследование.

В июне 2006 г. P. Tynjala были представлены результаты пилотного исследования эффективности и переносимости адалимумаба у детей с ювенильным идиопатическим артритом и увеитом. В исследование был включен 21 ребенок с ювенильным идиопатическим артритом и передним увеитом в возрасте от 6 до 19 лет, средний возраст составил 13,5 лет. Длительность заболевания колебалась от 2,5 до 14,6 лет, и в среднем составила 10,1 года. На момент включения в исследование у 30% больных было обострение ревматоидного увеита. 95% больных до начала лечения адалимумабом лечились анти-ФНО препаратами (инликсимабом и этанерцептом). Продолжительность терапии адалимумабом составила 17,5 мес. Результаты исследования показали, что снижение активности увеита было отмечено у 11 (53%) пациентов, у 4 (19%) детей не зарегистрировано никакой динамики, у 6 (28%) больных активность увеита увеличилась. Таким образом, положительная динамика наблюдалась более чем у половины пациентов, лечившихся адалимумабом. Полученные результаты являются обнадеживающими и позволяют полагать, что адалимумаб может быть перспективным препаратом для лечения рефрактерного увеита.

В дальнейшем были опубликованы результаты многоцентрового рандомизированного, двойного слепого, плацебоконтролируемого 48-недельного исследования, в котором оценивалась эффективность и безопасность лечения адалимумабом. В ходе исследования отмечался положительный ответ на терапию согласно педиатрическим критериям Американской коллегии ревматологов [15]. В ряде исследований также показана высокая эффективность адалимумаба у детей с ювенильным артритом и увеитом, рефрактерным к стандартной противоревматической терапии [16, 17]. Недавно опубликованы результаты нашего опыта применения адалимумаба в детской ревматологической практике [18, 19].

Учитывая все вышеизложенное, было принято решение о назначении больной А. адалимумаба в дозе 40 мг подкожно 1 раз в 2 недели. Назначение препарата было одобрено Ученым Советом, а также Этическим и Формулярным комитетами НЦЗД РАМН. Родители ребенка подписали информированное согласие на применение препарата. С целью исключения туберкулеза перед назначением

Рис. 3. Функциональная способность локтевых суставов до (А) и на фоне (Б) терапии адалимумабом



Рис. 4. Функциональная способность коленных суставов до (А) и на фоне (Б) терапии адалимумабом

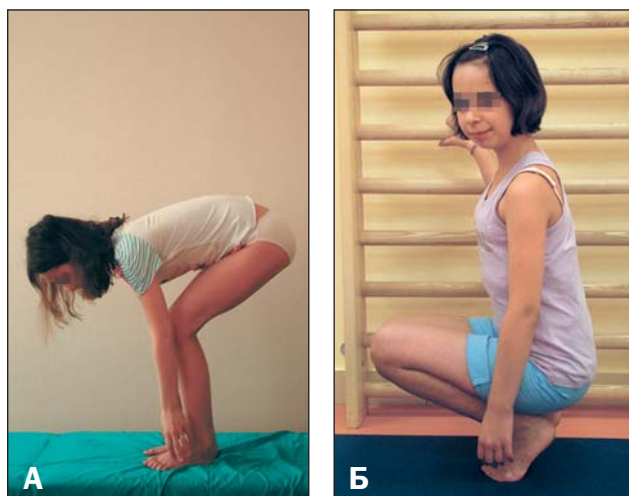
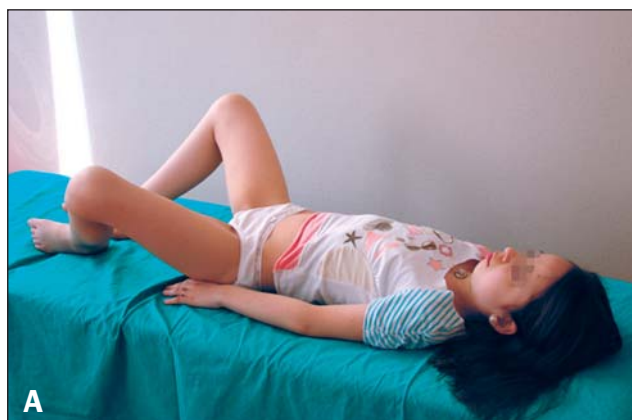


Рис. 5. Функциональная способность тазобедренных суставов до (А) и на фоне (Б) терапии адалимумабом



адалимумаба больной была проведена компьютерная томография органов грудной клетки и выполнен диаскинтест*. По данным компьютерной томографии очаговых и инфильтративных изменений в легких не выявлено. Диаскинтест был отрицательным.

После исключения туберкулеза была начата терапия адалимумабом. Уже после первого введения препарата девочка стала более активной. Через 2 нед лечения исчезла утренняя скованность (см. табл.). К 4-й нед от начала лечения полностью купировались экссудативные изменения в пораженных суставах, значительно увеличился объем движений в них. Через 6 нед нормализовались лабораторные показатели активности заболевания (см. табл.). При контрольном офтальмологическом исследовании установлена ремиссия двустороннего вялотекущего увеита. Лечение адалимумабом также оказало позитивное влияние на качество жизни больной, улучшило ее физическую активность и эмоциональное состояние, позволило больше общаться со сверстниками. Суммарная оценка качества жизни на фоне

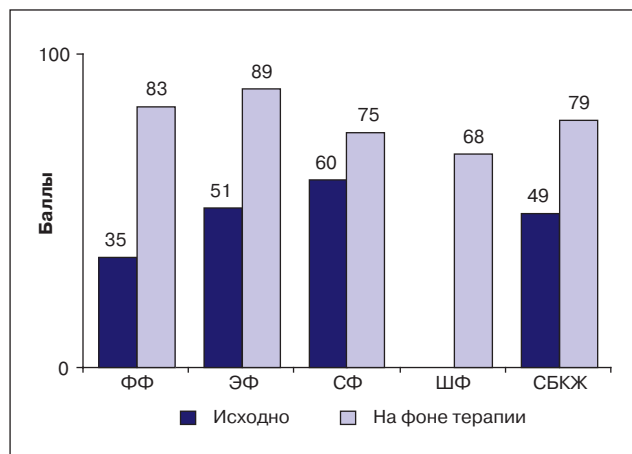
терапии адалимумабом у пациентки А. приблизилась к показателю качества жизни практически здоровых детей (рис. 6).

Девочка продолжает лечиться циклоспорином в суточной дозе 4 мг на 1 кг массы тела и метотрексатом в дозе 25 мг/м² поверхности тела в неделю. В настоящее время проведено 10 введений адалимумаба в дозе 40 мг — без развития нежелательных явлений. На фоне лечения у ребенка сохраняется клинко-лабораторная ремиссия заболевания (см. рис. 1–5) [19].

Таким образом, представленное клиническое наблюдение демонстрирует длительное непрерывно рецидивирующее течение ЮРА с увеитом, характеризующееся быстрой инвалидизацией, высоким индексом функциональной недостаточности, низким качеством жизни, торпидностью к проводимой противоревматической терапии, вторичной неэффективностью к химерным моноклональным антителам к ФНО α. Проведение терапии адалимумабом позволило преодолеть резистентность к химерным антителам, индуцировало раз-

* Внутрикожный диагностический тест, основанный на внутрикожном введении двух рекомбинантных белков *Mycobacterium tuberculosis*.

Рис. 6. Динамика показателей качества жизни пациентки А. на фоне терапии адалимумабом



Примечание.

СБКЖ — суммарный балл качества жизни; ФФ — физическое функционирование; ЭФ — эмоциональное функционирование; СФ — социальное функционирование; ШФ — школьное функционирование (исходно определено не было).

Рис. 7. На фоне терапии адалимумабом значительно улучшился эмоциональный фон и качество жизни нашей пациентки



витие ремиссии суставного синдрома, восстановление функции в пораженных суставах, нормализацию лабораторных показателей активности, повышение качества жизни до уровня здорового ребенка (рис. 7). Положительный эффект адалимумаба дал возможность преодолеть тяжелую гормонозависимость, отказаться от назначения преднизолона для перорального приема

девочке-подростку. Полученный результат лечения свидетельствует о высокой эффективности адалимумаба у больных, длительно страдающих тяжелым полиартритом с увеитом, торпидным к метотрексату в разных дозовых режимах, его комбинации с циклоспорином, а также с развившейся вторичной резистентностью к химерным антителам к ФНО α .

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Cassidy J.T., Petty R.E., Laxer R.M., Lindsley C.B. Textbook of Pediatric Rheumatology 5th ed. — Philadelphia: W.B. Saunders, 2005.
- Алексеева Е.И. Ревматические болезни и их влияние на качество жизни детей и их семей // Качество жизни. Медицина. — 2008. — № 1. — С. 14–17.
- Horneff G., Augustin S. Medical treatment of juvenile idiopathic arthritis // Med. Monatsschr. Pharm. — 2008. — V. 31. — P. 326–336.
- Ravelli A., Martini A. Juvenile idiopathic arthritis // Lancet. — 2007. — V. 369. — P. 767–778.
- Hashkes P.J., Laxer R.M. Medical treatment of juvenile idiopathic arthritis // JAMA. — 2005. — V. 294. — P. 1671–1684.
- Schett G. Review: Immune cells and mediators of inflammatory arthritis // Autoimmunity. — 2008. — V. 41. — P. 224–229.
- Ackermann C., Kavanaugh A. Tumor necrosis factor as a therapeutic target of rheumatologic disease // Expert Opin. Ther. Targets. — 2007. — V. 11. — P. 1369–1384.
- Theodossiadis P.G., Markomichelakis N.N., Sfikakis P.P. Tumor necrosis factor antagonists: preliminary evidence for an emerging approach in the treatment of ocular inflammation // Retina. — 2007. — V. 27. — P. 399–413.
- Bradley J.R. TNF-mediated inflammatory disease // J. Pathol. — 2008. — V. 214. — P. 149–160.
- Rubbert-Roth A., Finckh A. Treatment options in patients with rheumatoid arthritis failing initial TNF inhibitor therapy: a critical review // Arthritis. Res. Ther. — 2009. — V. 11 (Suppl. 1). — P. 1.
- Weinblatt M.E., Keystone E.C., Furst D.E. et al. Long term safety, efficacy and remission with adalimumab and methotrexate combination therapy in rheumatoid arthritis 7 year analysis. Abstract presented at: 9th Annual EULAR 2008 meeting. — Paris, 2008. — AB03043.

- Weinblatt M.E., Keystone E.C., Furst D.E. et al. Adalimumab, a fully human anti-tumor necrosis factor a monoclonal antibody, for the treatment of rheumatoid arthritis in patients taking concomitant methotrexate the ARMADA // Arthritis Rheum. — 2003. — V. 48. — P. 35–45.
- Алексеева Е.И., Валиева С.И., Апаева Д.В., и др. Эффективность пульс терапии метотрексатом с циклоспорином при тяжелом системном варианте ювенильного ревматоидного артрита // Вопросы современной педиатрии. — 2008. — Т. 7, № 1. — С. 29–34.
- Ruperto N., Lovell D.J., Goodman S. et al. Long-term efficacy and safety of adalimumab in children with juvenile rheumatoid arthritis (JRA): data over two years of treatment in a phase III study. Abstract presented at: 8th Annual European League Against Rheumatism (EULAR 2007). — Barcelona (Spain), 2007. — THU0195.
- Tynjala P., Kotaniemi K., Lindahl P. et al. Adalimumab in juvenile idiopathic arthritis-associated chronic anterior uveitis // Rheumatology. — 2008. — V. 47. — P. 339–344.
- Bierst S., Deuter C., Michels H. et al. Adalimumab in the therapy of uveitis in childhood // Br.J. Ophthalmol. — 2007. — V. 91, № 3. — P. 319–324.
- Алексеева Е.И., Валиева С.И., Бзарова Т.М. и др. Опыт применения адалимумаба у больного юношеским анкилозирующим спондилитом с поражением глаз // Вопросы современной педиатрии. — 2009. — Т. 8, № 1. — С. 135–141.
- Лисицин А.О., Алексеева Е.И., Бзарова Т.М. и др. Опыт применения адалимумаба у больной юношеским полиартритом с поражением глаз // Вопросы современной педиатрии. — 2008. — Т. 7, № 5. — С. 115–120.
- Wallace C.A., Ruperto N., Giannini E. et al. Preliminary criteria clinical remission for select categories of juvenile idiopathic arthritis // J. Rheumatol. — 2004. — V. 31, № 11. — P. 2290–2294.

Научно-практическая конференция «Актуальные проблемы педиатрии»

Калуга, 10–11 ноября 2009 г.

10–11 ноября 2009 г. в Калуге с большим успехом прошла Научно-практическая конференция «Актуальные проблемы педиатрии», организованная Союзом педиатров России совместно с администрацией Калужской области. Впервые в Центральном федеральном округе состоялось мероприятие такого масштаба (670 участников из 22 регионов) для детских врачей и организаторов здравоохранения.

Форум открыли Общественные слушания по вопросам вакцинопрофилактики инфекционных заболеваний у детей под председательством губернатора Калужской области А.Д. Артамонова и председателя Исполкома Союза педиатров России, вице-президента РАМН, академика РАМН А.А. Баранова.

С докладами выступили: первый заместитель руководителя фракции «Единая Россия» в Государственной Думе РФ, координатор партийного проекта «Россия: мы должны жить долго» Т.В. Яковлева, министр здравоохранения Калужской области Ю.А. Кондратьев, председатель Экспертного совета Комитета по социальной политике и здравоохранению Совета Федерации РФ В.В. Омельяновский, заместитель директора Научного центра здоровья детей РАМН Л.С. Намазова-Баранова. На Открытии конференции 20 медицинских работников Калуги и Калужской области за многолетний труд по охране здоровья детей были награждены памятными грамотами, подарками и дипломами от фракции «Единая Россия» в Государственной Думе РФ, Комитета по социальной политике и здравоохранению Совета Федерации РФ, Союза педиатров России.

Завершилась церемония Открытия традиционно — весь зал исполнил гимн Союза педиатров России.

В ходе форума были рассмотрены вопросы профилактики социально-значимых и инфекционных заболеваний, их влияния на качество и продолжительность жизни, формирование здоровья будущих поколений, правовые аспекты лекарственного обеспечения детского населения России, новые концепции в детском питании и другие.

Большой интерес своими выступлениями в качестве экспертов вызвали члены-корреспонденты РАМН И.И. Балаболкин, А.В. Караулов, профессора И.Н. Захарова, В.Р. Кучма, В.К. Таточенко, Л.С. Намазова-Баранова, М.В. Дегтярева, Т.Э. Боровик, Т.В. Сергеева, М.П. Костинов, Г.И. Смирнова, Е.И. Алексеева, И.В. Киргизов, С.Н. Зоркин, Л.М. Кузнецова, А.Г. Ильин, А.Н. Цыгин, В.Г. Румянцев.

Работа конференции проходила в разных форматах одновременно в 5 залах: это и пленарные заседания (2), и лекции (6), и симпозиумы (25), а также мастер-классы по муковисцидозу, торакальной хирургии, уроандрологии, колопроктологии и школы повышения квалификации педиатра, аллерголога-иммунолога, детского хирурга (выдано 122 сертификата).

Впервые в постерной сессии традиционного **Конкурса молодых ученых** приняли участие студенты Калужского базового медицинского колледжа, работы которых так поразили жюри, что конкурсная комиссия решила наградить дополнительно победителей среди номинантов в этой группе:

1 место поделили коллектив авторов группы 0945 за работу «Курение или жизнь» и коллектив авторов (учащиеся разных лет) за Оды в стихах, посвященные грудному вскармливанию.

2 место — Л.Н. Шехина («Формирование доминанты грудного вскармливания у девочек-старшеклассниц») и В.С. Балаева («Нарушение осанки у детей младшего школьного возраста»).

3 место — З.Ф. Амалатова («Врожденный гипотиреоз. Неонатальный скрининг»), Ю.А. Дронова («Влияние рождения ребенка на психоэмоциональный климат в семье») и П.А. Лещук («Диспансеризация школьников начальных классов. Анализ-скрининг осмотров»).

А по итогам оценки присланных молодыми авторами тезисных сообщений, стендовых докладов, изложения авторской точки зрения конкурсная комиссия решила наградить:

1 место — Е.А. Клименко (Калуга, «Сравнительная оценка влияния отдельных экологических и социально-экономических факторов на физическое развитие подростков»), М.А. Басаргина (Москва, «Значение матричных металлопротеиназ в формировании и течении бронхолегочной дисплазии у недоношенных детей»).

2 место — М.С. Терещенкова (Калуга, «Цифровой морфометрический анализ параметров сетчатки при ретинопатии недоношенных»), А.О. Лисицин (Москва, «Эффективность и безопасность алендроновой кислоты при остеопорозе у детей, страдающих юношеским артритом») и Е.В. Ливенская (Москва, «Опыт применения аппарата механотерапии с биологической обратной связью в комплексной реабилитации подростков с функциональной вертебральной патологией»).

3 место — Н.Ю. Крутикова (Смоленск, «Сравнительная характеристика физического развития и алиментарно-зависимой патологии детей раннего возраста во временном аспекте»), О.В. Понкратьева (Смоленск, «Питание и особенности физического развития на первом году жизни у детей дошкольного возраста с избыточной массой тела»), О.С. Логачева (Москва, «Определение артериальной ригидности сосудистой стенки у здоровых детей и при ожирении») и Т.А. Гречуха (Москва, «Оценка уровня антипневмококковых, антигемофильных и антиЦМВ антител у детей с различными заболеваниями почек»).

Все 24 участника конкурса получили дипломы и памятные сувениры.

Союз педиатров России с целью поддержки непрерывного образования и профессионального роста медиков, работающих с детьми, предоставил возможность всем участникам конференции бесплатно получить последние номера своих журналов («Вопросы современной педиатрии», «Педиатрическая фармакология», «Вопросы диагностики в педиатрии»), а также Национальную программу оптимизации вскармливания детей первого года жизни в РФ.

Информационные материалы были также предоставлены участникам Медицинской специализированной выставки «Охрана здоровья детей — новые технологии — 2009», прошедшей одновременно с конференцией.