

М.А.КУЩЕНКО, к. м.н., доцент, И.А.БАРАНОВА д.м.н., профессор, РГМУ, Москва

Современная тактика диагностики и лечения внебольничной пневмонии

Наиболее частой причиной обращений за медицинской помощью являются заболевания, связанные с инфекционным поражением дыхательных путей [19]. В связи с возможностью развития негативных исходов, особое место среди этих заболеваний занимает пневмония. Несмотря на появление новых диагностических и лечебных возможностей, пневмония остается ведущей причиной летальности от инфекционных заболеваний и занимает 6 место среди всех причин смертности [13]. В связи с этим необходимо постоянно искать пути оптимизации тактики ведения больных с пневмонией.

Этиологический фактор традиционно являлся основой для классификации пневмонии. Однако в связи с необходимостью начать лечение как можно раньше и из-за недостаточной информативности и длительных сроков микробиологической диагностики эта классификация была мало востребована в клинической практике.

В зависимости от условий возникновения современная клиническая классификация выделяет [7] две основные клинические формы пневмонии:

- внебольничная;
- госпитальная (нозокомиальная).

Под госпитальной (нозокомиальной) понимают пневмонии, развившиеся у пациента в стационаре не ранее чем через 48 часов после госпитализации или в амбулаторных условиях в течение периода инкубации после выписки из стационара.

В зависимости от статуса пациента выделяют дополнительные варианты:

- пневмония у лиц с иммунодефицитными состояниями;
- пневмония вследствие аспирации содержимого желудка (аспирационная пневмония).

В тех случаях, когда у пациента отмечается нарушение глотания, например при нарушениях мозгового кровообращения, при психических заболеваниях, а также у пациентов, у которых были эпизоды нарушения сознания и рвоты (например, у больных алкоголизмом), необходимо задуматься об аспирационной природе пневмонии.

Правильный учет перечисленных факторов позволяет со значительной долей вероятности предсказать этиологию заболевания и свести к минимуму возможность ошибки при эмпирическом назначении антибактериальной терапии, поэтому такая дифференцировка пневмоний является клинически удобной.

В связи с тем, что в практике преобладают внебольничные пневмонии, распространенность ко-

торых среди взрослого населения РФ составляет 5—8% [3], в данной статье будет рассмотрена именно эта форма пневмонии.

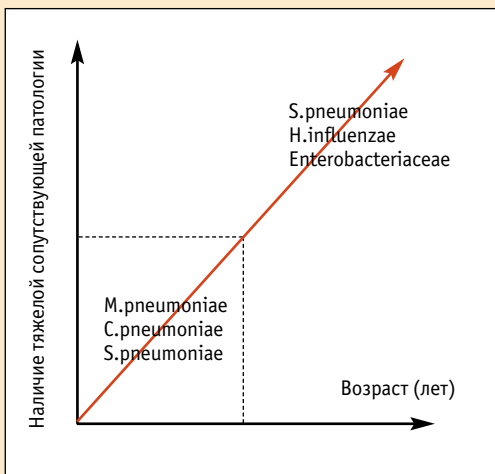
Внебольничная пневмония (ВП) — острое заболевание, возникшее во внебольничных условиях, то есть вне стационара, или диагностированное в первые 48 часов с момента госпитализации, или развившееся у пациента, не находившегося в домах сестринского ухода/отделений длительного медицинского наблюдения ≥ 14 суток, сопровождающееся симптомами инфекции нижних отделов дыхательных путей (лихорадкой, кашлем, выделением мокроты (возможно гнойной), болями в грудной клетке, одышкой) и рентгенологическими признаками «свежих» очагово-инфильтративных изменений в легких при отсутствии очевидной диагностической альтернативы.

Этиологических вариантов внебольничной пневмонии очень много: описано более 100 микроорганизмов, способных вызывать ВП. Частота их встречаемости зависит как от региональных особенностей и эпидемиологической обстановки, так и от особенностей самих пациентов (возраста, наличия сопутствующих заболеваний и т.д.).

Достоверно установить причинный микроорганизм в большинстве случаев не представляется возможным. Это связано с разнообразными факторами, как субъективными (нарушением условий сбора и транспортировки мокроты, самолечением), так и объективными (отсутствием продуктивного кашля, невозможностью идентификации внутриклеточных возбудителей стандартны-

■ Наиболее частым возбудителем внебольничной пневмонии (в 20—60% случаев) является *Streptococcus pneumoniae* (пневмококк). Второе место по частоте встречаемости занимают так называемые «атипичные» возбудители: микоплазма, хламидия, легионелла. К редким (3—5%) возбудителям ВП относятся гемофильная палочка, золотистый стафилококк, клебсиелла и другие энтеробактерии.

**Рисунок. Вероятностная связь
причинного микроорганизма
со статусом пациента с ВП**



ми методами, употреблением продуктов питания, содержащих примеси антибактериальных препаратов, необходимостью быстрого начала лечения в условиях отсутствия бактериологической лаборатории и т.д.). Однако, по мнению

абсолютного большинства исследователей, наиболее частым возбудителем ВП (в 20—60% случаев) является Streptococcus pneumoniae (пневмококк). Второе место по частоте встречаемости занимают так называемые «атипичные» возбудители: микоплазма, хламидия, легионелла. К редким (3—5%) возбудителям ВП относятся гемофильная палочка,

■ **Для постановки диагноза необходима многосторонняя оценка критериев вероятности наличия пневмонии.**

микроплазма, хламидия, легионелла. К редким (3—5%) возбудителям ВП относятся гемофильная палочка,

золотистый стафилококк, клебсиелла и другие энтеробактерии [10, 12].

Данные бактериологических исследований в случаях пневмонии, требующих или не требующих госпитализации, особенно наглядно демонстрируют, что на тяжесть течения пневмонии может влиять этиологический фактор [18] (табл. 1).

В оценке вероятности наличия того или иного возбудителя ВП может помочь дифференцировка пациентов по возрасту, наличию сопутствующей патологии и тяжести течения (рис.).

Пневмококки и «атипичные» микроорганизмы являются основными возбудителями ВП у пациентов молодого возраста без сопутствующих заболеваний и при нетяжелом течении заболевания. Для пожилых пациентов или пациентов, имеющих сопутствующую патологию, характерными возбудителями являются пневмококк, гемофильная палочка и представители семейства энтеробактерий.

Особенно большое число диагностических ошибок приходится на долю пневмоний, вызванных микоплазмами и хламидиями. Причиной ошибочной диагностики у данных больных ОРВИ (до 54,5%) является продромальный период, характерный для этих возбудителей при ВП. Так, для ВП, вызванной микоплазмой, характерны мышечные и суставные боли на фоне постепенного повышения температуры, непродуктивный кашель, возможно — заложенность носа. У пациентов с хламидийной природой пневмонии в продромальном периоде часто отмечаются явления фарингита и ларингита.

Но даже при отсутствии «атипичной» природы ВП ее диагностика связана с определенными трудностями, так как абсолютно патогномичных признаков данного заболевания не существует. Поэтому большую роль приобретает многосторонняя оценка критериев вероятности наличия пневмонии (табл. 2) [2].

Рентгенография грудной клетки является наиболее важным диагностическим критерием установления диагноза пневмонии. Для диагностики ВП практически всегда требуется обнаружение очагово-инфильтративных изменений в легких в сочетании с соответствующей симптоматикой поражения органов дыхания. Однако нельзя рассматривать рентгенографию как абсолютно чувствительный и специфичный метод, так как ряд факторов способен привести к ложноотрицательной или ложноположительной оценке (табл. 3).

Проведение компьютерной томографии, как метода, обладающего большей чувствительностью, показано в случаях наличия очевидной клинической симптоматики и невозможности визуализации очагово-инфильтративных изменений в легких при помощи рентгенографии, а также для исключения альтернативных причин.

Таблица 1. Зависимость необходимости госпитализации от этиологического фактора внебольничной пневмонии

Микроорганизм	Пневмонии, не требующие госпитализации	Пневмонии, требующие госпитализации в стационар	Пневмонии, требующие госпитализации в ОИТ
S.pneumoniae	19,3%	25,9%	21,7%
M.pneumophila	11,1%	7,5%	2,0%
Chlamidophila spp.	9,5%	8,9%	1,3%
H.influenza	3,3%	4,0%	5,1%
Legionella spp.	1,9%	4,9%	7,9%
M.catarrhalis	0,5%	2,5%	—
S.aureus	0,2%	1,4%	7,6%
Грам «-» бактерии	0,4%	2,7%	7,5%
Другие микроорганизмы	14,2%	13,9%	12,7%
Не установлен	49,8%	43,8	41,5

Таблица 2. Критерии постановки диагноза внебольничной пневмонии

Признаки/ диагноз	Рентгеноло- гические признаки	Физикаль- ные при- знаки	Острое начало, $t > 38^{\circ}\text{C}$	Кашель, наличие мокроты	Лейкоцитоз ($> 109/\text{л}$), палоч- ко-ядерный сдвиг ($> 10\%$)
Определенный	+	Наличие любых 2-х признаков			
Неопределенный	-	+	+	+	$\pm$
Маловероятный	-	-	+	+	$\pm$

Таблица 3. Причины ложных результатов при проведении и оценке рентгенодиагностики ВП

Причины ложноотрицательных результатов	Причины ложноположительных результатов
— неудовлетворительная техника проведения исследования; — выраженная нейтропения; — ранние сроки от начала заболевания (до 24 ч); — пневмония, вызванная <i>Pn.carinii</i> у ВИЧ-инфицированных больных	— наличие альтернативных причин образования очагово-инфильтративных изменений в легких

Таблица 4. Критерии госпитализации пациентов с внебольничной пневмонией в терапевтическое (пульмонологическое) отделение стационара [5]

Группы возможных показаний для госпитализации	Критерий, подтверждающий необходимость госпитализации
Демографические и социальные показания	возраст старше 65 лет;
	невозможность обеспечения адекватной помощи в домашних условиях
Наличие тяжелых сопутствующих заболеваний	ХОБЛ;
	застойная сердечная недостаточность;
	хроническая почечная недостаточность;
	хроническая печеночная недостаточность;
	сахарный диабет;
	алкоголизм;
	наркомания;
Распространенность процесса и наличие осложнений	иммунодефицитные состояния (в т.ч. ВИЧ)
	вовлечение в процесс более 1 доли легкого;
	сепсис или метастатическая инфекция;
	значительный плевральный выпот;
	абсцедирование
Тяжесть общего состояния	нарушения сознания любой степени;
	нестабильность гемодинамики;
	выраженный тахипноэ ($\text{ЧДД} > 30$ в 1 мин);
	выраженная тахикардия ($\text{ЧСС} > 125$ в 1 мин);
	температура тела $< 35^{\circ}\text{C}$ или $> 40^{\circ}\text{C}$;
Лабораторные показатели	$\text{SaO}_2 < 90\%$
	анемия (гемоглобин < 100 г/л);
	лейкопения ($< 4 \cdot 10^9/\text{л}$);
	выраженный лейкоцитоз ($> 20 \cdot 10^9/\text{л}$);
	гематокрит $< 30\%$;
Ответ на начальную антибактериальную терапию	мочевина крови > 7 ммоль/л
	отсутствие ответа в течение 3 суток

Таблица 5. Оценка тяжести ВП по шкале CRB-65

Группы	I группа	II группа	III группа
Количество баллов	0 баллов	1—2 балла	3—4 балла
Степень тяжести	Легкое течение	Среднетяжелое течение	Тяжелое течение
Летальность	1,2%	8,15%	31%
Место лечения	амбулаторно	стационар	отделение интенсивной терапии

При наличии у пациента пневмонии, врачу необходимо ответить на следующие ключевые вопросы по тактике ведения:

1. Выбрать место лечения пациента (амбулаторно, терапевтическое отделение стационара, отделение интенсивной терапии).
2. Выбрать первоначальный антибиотик.
3. Оценить эффективность проводимой антибактериальной терапии.
4. Выбрать продолжительность антибактериальной терапии.

При выборе места лечения необходимо помнить, что «госпитализация ради госпитализации» является не только напрасной экономической нагрузкой на всю систему здравоохранения, но также может негативно сказаться на пациенте, так как увеличивает вероятность развития госпитальных инфекций. Критерии госпитализации пациентов с ВП

можно оценить при помощи следующей таблицы (табл. 4).

Критериями для госпитализации в ОРИТ являются [8, 11]:

- острая дыхательная недостаточность ($PaO_2 < 50$ мм рт.ст. при дыхании атмосферным воздухом, признаки утомления дыхательной мускулатуры);
- нестабильная гемодинамика (АД сист. < 90 мм рт.ст., АД диаст. < 60 мм рт.ст., олигурия, необходимость в вазопрессорных препаратах более 4 часов);
- острая почечная недостаточность с необходимостью проведения диализа;

- выраженный ДВС-синдром;
- выраженные нарушения сознания;
- тяжелые септические осложнения;
- необходимость проведения ИВЛ;
- вовлечение в процесс более 2 долей легких;
- быстрое увеличение пневмонического фокуса на рентгенограмме (на 50% в течение 48 часов).

Практическую помощь в оценке тяжести ВП также могут оказать оценочные шкалы. При помощи шкалы PSI (Pneumonia Severity Index — Индекс тяжести пневмонии) можно провести наиболее полную оценку, однако ее широкое использование ог-

раничивает необходимость оценки большого числа параметров. Для ориентировочной оценки больше подходит шкала CURB-65 (C — нарушение сознания, U — уровень мочевины > 7 ммоль/л, R — ЧДД > 30 в 1 мин., B — АД сист. < 90 мм рт.ст., АД диаст. < 60 мм рт.ст., возраст > 65 лет) или ее редуцированный вариант CRB-65 (табл. 5). Оценку признаков производят по двоичному принципу (отсутствие = 0, наличие = 1). В результате пациентов распределяют по 3 группам.

В связи с тем, что раннее начало терапии позволяет значительно снизить риск развития осложнений и летальность, то, установив диагноз пневмония и определившись с местом лечения, необходимо как можно раньше начать антибактериальную терапию [16].

Как уже упоминалось выше, первоначальная антибактериальная терапия назначается эмпирически, поэтому необходимо особенно тщательно подходить к выбору антибактериального препарата. Однако это не означает отказ от попытки идентификации возбудителя (особенно в случаях тяжелого течения пневмонии), так как определение этиологического фактора может оказать влияние на исход заболевания. К преимуществам направленного этиотропного лечения относятся уменьшение количества назначаемых препаратов, снижение стоимости лечения, снижение числа побочных эффектов терапии и уменьшение потенциала селекции резистентных штаммов микроорганизмов [9, 15].

Требованиями к оптимальному антибактериальному препарату для лечения ВП являются:

- высокая активность против большинства наиболее часто встречающихся и наиболее вероятных микроорганизмов, с учетом меняющейся резистентности;
- высокая биодоступность и создание эффективных концентраций в легочной ткани;
- низкая токсичность, низкая частота развития побочных эффектов;
- простота приема, обеспечивающая приверженность пациента терапии;
- оптимальное соотношение цена/эффективность.

Первые два пункта являются приоритетными, поэтому в течение последних 10—15 лет так много говорят о необходимости адекватной терапии. К сожалению, достаточно часто встречаются случаи не-

Таблица 6. Препараты для антибактериальной терапии ВП в амбулаторных условиях

Особенности пневмонии	Вероятный возбудитель	Препарат выбора	Альтернативные препараты
Нетяжелая ВП у пациентов до 60 лет без сопутствующей патологии	<i>S.pneumoniae</i> ; <i>M.pneumoniae</i> ; <i>C.pneumoniae</i> ; <i>H.influenzae</i>	Амоксициллин; klarитромицин; азитромицин; рокситромицин; спирамицин	Левифлоксацин; моксифлоксацин; доксиклицин
Нетяжелая ВП у пациентов старше 60 лет и (или) сопутствующие заболевания (хроническая обструктивная болезнь лёгких, сахарный диабет, нарушения кровообращения, хроническая почечная недостаточность, цирроз печени, алкоголизм и т.д.)	<i>S.pneumoniae</i> ; <i>H.influenzae</i> ; <i>C.pneumoniae</i> ; <i>S.aureus</i> ; <i>Enterobacteriaceae</i>	Амоксициллин-клавуланат или цефуроксим аксетил (возможно в комбинации с макролидами)	Левифлоксацин; моксифлоксацин

Таблица 7. Препараты для антибактериальной терапии ВП в условиях стационара

Особенности пневмонии	Вероятный возбудитель	Препарат выбора	Альтернативные препараты
ВП нетяжелого течения	<i>S.pneumoniae</i> ; <i>H.influenzae</i> ; <i>C.pneumoniae</i> ; <i>Enterobacteriaceae</i>	Бензилпенициллин; ампициллин; амоксициллин-клавуланат; цефуроксим; цефотаксим; цефтриаксон (в/в или в/м) + макролид per os	Левифлоксацин; моксифлоксацин (в/в)
ВП тяжелого течения	<i>S.pneumoniae</i> ; <i>Legionella spp.</i> ; <i>S.aureus</i> ; <i>Enterobacteriaceae</i>	Амоксициллин-клавуланат; цефотаксим; цефтриаксон (в/в) + макролид в/в	Левифлоксацин; моксифлоксацин (в/в); ципрофлоксацин + цефалоспорины III поколения (в/в)

адекватного выбора первоначального антибактериального препарата. Наиболее распространенными ошибками являются назначение сульфаниламидов, ципрофлоксацина и гентамицина, а также пероральных форм ампициллина и эритромицина [1].

Учитывая, что в большинстве случаев ВП вызывается пневмококком, гемофильной палочкой и «атипичными» возбудителями, для лечения лучше использовать β -лактамы и макролиды [6].

В настоящее время ведущее место среди пенициллинов занимает амоксициллин или его комбинации с ингибиторами β -лактамаз (клавулановой кислотой и сульбактамом), так как он оказывает прямое бактерицидное действие на широкий спектр грамположительных, грамотрицательных, аэробных и анаэробных микроорганизмов, включая резистентные штаммы. Кроме того, амоксициллин, по сравнению с другими пенициллиновыми анти-

биотиками, обладает лучшими фармакокинетическими свойствами, в частности, большей биодоступностью при приеме внутрь, возможностью одновременного приема с пищей, молоком, меньшей степенью связывания белками плазмы и др.

При непереносимости β -лактамов или при подозрении на пневмонию, вызванную «атипичными» возбудителями, необходимо назначать макролиды с улучшенной фармакокинетикой: кларитромицин, рокситромицин, азитромицин, спирамицин. Хорошая переносимость и высокая эффективность при острых неосложненных инфекциях, сравнимая с эффективностью β -лактамов, является основным достоинством макролидов, позволяющим им сохранять ведущие позиции в лечении респираторных инфекций. В то же время макролиды, в отличие от β -лактамов, проникают внутрь клеток макроорганизма, в результате чего могут воздействовать на внутриклеточные бактерии. Бо-

лее высокой активностью против гемофильной палочки и грамположительных кокков, а также пролонгированной фармакокинетикой отличаются полусинтетические макролиды (азитромицин, кларитромицин, рокситромицин). Достоинством природных 16-членных макролидов (спирамицина) является то, что они могут сохранять активность против резистентных к эритромицину и полусинтетическим макролидам пневмококкам и пиогенным стрептококкам.

Респираторные фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин, гемифлоксацин), которые обладают антипневмококковой активностью, действуют на внутриклеточных возбудителей и при этом имеют практически нулевой профиль резистентности, относятся к альтернативным препаратам. Есть данные о сравнимой со стандартным режимом терапии (комбинация β -лактама антибиотика и макролида) эффективности монотерапии респираторными фторхинолонами в случаях тяжелого течения ВП. Однако подобные исследования немногочисленны, поэтому более надежна комбинация респираторных фторхинолонов или макролидов с цефалоспорином III поколения (цефотаксимом, цефтриаксоном), что позволяет максимально перекрыть спектр вероятных возбудителей. Такая схема позволяет быть уверенным в адекватности терапии как при наличии пневмококка и золотистого стафилококка (включая большинство резистентных к пенициллинам штаммов), так и энтеробактерий и внутриклеточных возбудителей.

■ Начальная антибактериальная терапия назначается эмпирически, поэтому необходимо особенно тщательно подходить к выбору антибактериального препарата. Учитывая, что в большинстве случаев внебольничная пневмония вызывается пневмококком, гемофильной палочкой и «атипичными» возбудителями, для лечения лучше использовать β -лактамы антибиотиков и макролиды.

Так называемое «правило 48–72 часов» остается актуальным во всех случаях назначения антибактериальных препаратов, так как именно в этот промежуток времени врач должен определить, эффективен ли назначенный антибиотик. В эти сроки основными критериями эффективности являются снижение температуры, уменьшение симптомов интоксикации, одышки и других проявлений дыхательной недостаточности. Пересмотреть тактику антибактериальной терапии и (в случае амбулаторного лечения) повторно оценить целесообразность госпитализации пациента необходимо в том случае,

если у пациента сохраняется высокая лихорадка и интоксикация или симптоматика прогрессирует [4].

При получении адекватного ответа в течение 48–72 часов на парентеральное введение антибактериальных препаратов с целью обеспечения большей комфортности лечения, сокращения пребывания в стационаре и снижения затрат на лечение возможен переход с парентерального на оральный путь введения («ступенчатая терапия»). Последовательное использование двух форм (парентеральной и пероральной) одного и того же антибиотика является наиболее оптимальным вариантом ступенчатой терапии. Предпочтение при проведении ступенчатой терапии отдается препаратам, имеющим как парентеральную, так и пероральную формы выпуска: кларитромицину, азитромицину, спирамицину, амоксициллину/клавуланату, левофлоксацину, моксифлоксацину, цефуроксиму. Для принятия решения о смене пути введения антибактериального

Таблица 8. Ориентировочная продолжительность антибактериальной терапии при неосложненной ВП, в зависимости от этиологии, тяжести течения и места лечения

Факторы, определяющие длительность терапии	Продолжительность терапии
Нетяжелая пневмония, амбулаторное лечение	7 дней
Нетяжелая пневмония, лечение в стационаре	7 дней
Тяжелая пневмония, лечение в стационаре	не менее 10 дней
ВП, вызванная <i>S.pneumoniae</i>	7 дней
ВП, при подозрении на наличие «атипичных» возбудителей	14 дней
ВП, вызванная <i>Legionella</i> spp.	14–21 день
ВП, вызванная <i>S.aureus</i>	14–21 день
ВП, вызванная грамотрицательными микроорганизмами	14–21 день

препарата необходимо учитывать следующие критерии [6]:

- нормализация температуры тела ($< 37,5^{\circ}\text{C}$ при двукратном измерении с интервалом в 8 часов);
- редукция одышки;
- отсутствие нарушений сознания;
- положительная динамика других симптомов;
- отсутствие проблем с ЖКТ, препятствующих всасыванию;
- согласие пациента.

При ведении пациентов с ВП одним из ключевых пунктов тактики является длительность антибактериальной терапии, что важно как с экономической точки зрения, так и с точки зрения снижения вероятности негативных последствий для пациента. К сожалению, в практике достаточно часто ($>50\%$ случаев) преобладает подход, когда критерием достаточности антибактериальной терапии служит нормализация рентгенологической картины [1]. Однако следует учитывать тот факт, что сроки исчезновения рентгенологических признаков ВП в значительной степени отстают от клинического выздоровления [17].

К клиническим критериям, свидетельствующим о достаточности антибактериальной терапии ВП, относятся:

- температура $<37,5^{\circ}\text{C}$ (в течение 3 дней);
- отсутствие интоксикации;
- отсутствие дыхательной недостаточности (частота дыхания менее 20 в минуту);
- отсутствие гнойной мокроты;
- количество лейкоцитов в крови $<10 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилов $<80\%$, юных форм $<6\%$;
- отсутствие отрицательной рентгенологической динамики.

Пересмотреть тактику антибактериальной терапии и (в случае амбулаторного лечения) повторно оценить целесообразность госпитализации пациента необходимо в том случае, если у пациента сохраняется высокая лихорадка и интоксикация или прогрессирует симптоматика.

Продолжительность лечения до нормализации клинических критериев зависит от ряда факторов: этиологии, тяжести течения, места лечения и т.д. Ориентировочная продолжительность антибактериальной терапии представлена в *таблице 8* [14].



Список литературы вы можете запросить в редакцию.

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ! Доводим до Вашего сведения, что с 20 по 22 октября 2009 года в гостиничном комплексе «Космос» по адресу: г. Москва, проспект Мира, д. 150 и в «Доме оптики» по адресу: г. Москва, проспект Мира, д. 176 состоится

VIII РОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС

«Современные технологии в педиатрии и детской хирургии»

Организаторы конгресса:

Министерство здравоохранения и социального развития РФ
Московский НИИ педиатрии и детской хирургии
Российский государственный медицинский университет
Российская ассоциация педиатрических центров
Российская ассоциация детских хирургов
Всероссийский центр медицины катастроф «Защита»
НИИ детской онкологии РОНЦ им. Н.Н.Блохина
НИИ трансплантологии и искусственных органов
НИИ детский ортопедический институт им. Г.И. Турнера
МОД «Творческое объединение детских нефрологов»
Российская ассоциация ЛОР-педиатров
Общество детских гастроэнтерологов

В рамках Конгресса состоятся:

САТЕЛИТНЫЕ КОНГРЕССЫ:

V Российский конгресс по детской аллергологии и клинической иммунологии
IV Российский конгресс по детской эпилептологии
ВСЕРОССИЙСКИЕ КОНФЕРЕНЦИИ:
VII НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«Актуальные проблемы хирургии детского возраста»
II НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ по нервно-мышечным болезням у детей
II НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«Современные технологии диагностики, лечения и профилактики наследственных болезней у детей» (к 40-летию юбилею отдела врожденных и наследственных заболеваний Московского НИИ педиатрии и детской хирургии)
VII НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«Мониторинг ВПР в России. Итоги и перспективы» (к 10-летию работы программы)
II ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«Актуальные проблемы детской реабилитологии»

V НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

«Стоматологическое здоровье ребенка»

V НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

«ЛОР-патология в практике врача-педиатра»

VI Сессия школы

ПО ДЕТСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ И НУТРИЦИОЛОГИИ

ШКОЛА ПО ДЕТСКОЙ НЕФРОЛОГИИ

ОТКРЫТЫЕ ДИСКУССИИ по актуальным проблемам педиатрии

КРУГЛЫЙ СТОЛ

«Высокотехнологичная медицинская помощь в педиатрии. Проблемы и перспективы»

VIII ВСЕРОССИЙСКАЯ ВЫСТАВКА

«Современные диагностические, лекарственные и нутрициологические технологии в педиатрии и детской хирургии»

Вход для всех желающих свободный

Всю интересующую Вас информацию вы можете получить по контактным телефонам ОРГКОМИТЕТА и на сайте Конгресса:

www.congress2009.pedklin.ru

Адрес оргкомитета:

125412, г. Москва, ул. Талдомская, д. 2

Московский НИИ педиатрии и детской хирургии

Оргкомитет VIII Конгресса «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии».

Контактные телефоны:

тел./факс: (495) 484-58-02 (секретариат, Калашникова Татьяна Викторовна)

тел.: (495) 487-05-69 (зам. директора института, профессор Османов Исмаил Магомедович)

тел.: (495) 488-30-00 (ответственный секретарь, профессор Длин Владимир Викторович).

E-mail: congress@pedklin.ru