

МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ СЪЕЗД ПЕДИАТРОВ

16–17 ноября 2015 года

«ТРУДНЫЙ ДИАГНОЗ» В ПЕДИАТРИИ
Специализированная помощь в работе врача-педиатра

научная программа
каталог выставки
сборник тезисов





ГИПОАЛЛЕРГЕННАЯ КОСМЕТИКА ПРОТИВ СУХОСТИ КОЖИ

с первых дней жизни*



Базовая серия

Для ежедневного
ухода за сухой и
чувствительной кожей



Эмульсия для купания Крем Кремовый гель Эмульсия для тела

Специальная серия

Для борьбы
с обострениями сухости
и раздражения



Эмульсия для кожи головы Специальный крем Шампунь Специальная эмульсия для тела

Триактивная серия

Против сухости кожи
при атопическом
дерматите



Триактивный крем Триактивная эмульсия для купания

На правах рекламы RU.EMO. 15.08.16

Узнать больше на emolium.ru



Произведено одной из ведущих фармацевтических компаний



БЕБИ-ГИД: интерактивная история развития вашего ребенка. Бесплатно скачайте на Appstore и Google play .

* Эмульсия для кожи головы и шампунь разрешены к применению с 3-го месяца жизни. Согласно данным, указанным на упаковке косметического средства Эмолиум. Триактивная эмульсия для купания разрешена к применению с 1-го месяца жизни.

Представительство АО «Санofi-авентис груп» (Франция)
125009, Москва, ул. Тверская, д. 22. Тел.: (495) 721-14-00. Факс: (495) 721-14-11. www.sanofi.ru

Содержание

Организаторы и оргкомитет	3
Обращение к участникам	5
Программа	10
Каталог выставки	18
Сборник тезисов.....	57

Генеральные спонсоры

NUTRICIA
ПЕРВАЯ ДЛЯ ЖИЗНИ

SANOFI
ZENTIVA

Официальные спонсоры



Ведущие спонсоры



Спонсоры

BIOMARIN

ЛАБОРАТОРИЯ
БУАРОН



abbvie

Johnson & Johnson

Спонсор информационной рассылки



Генеральные информационные партнеры

**МЕДИЦИНСКИЙ
ВЕСТНИК**

МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ
ФАРМАТЕКА

акушерство
ГИНЕКОЛОГИЯ

Организаторы

Правительство города Москвы

Департамент здравоохранения города Москвы

ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница ДЗМ»

Оргкомитет

Председатель

Хрипун Алексей Иванович

Руководитель Департамента здравоохранения города Москвы, заведующий кафедрой хирургии и эндоскопии факультета усовершенствования врачей РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д.м.н., профессор

Заместители председателя

Потекаев Николай Николаевич

Первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы, главный специалист дерматовенеролог и косметолог Департамента здравоохранения Москвы, заведующий кафедрой кожных болезней и косметологии РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Президент Национального альянса дерматологов и косметологов России, президент Евро-Азиатской ассоциации дерматовенерологов (EAAD), д.м.н., профессор

Погонин Алексей Владимирович

Заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы

Колтунов Игорь Ефимович

Главный врач ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», заслуженный врач РФ, главный внештатный специалист педиатр Департамента здравоохранения города Москвы, профессор кафедры педиатрии РУДН, вице-президент Национального научного общества «Кардиоваскулярная профилактика и реабилитация», лауреат Премии Мэра Москвы по медицине, д.м.н., профессор

Оргкомитет

Геппе Наталья Анатольевна

Директор клиники детских болезней и заведующая кафедрой детских болезней ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова», заместитель председателя Федерации педиатров стран СНГ, председатель секции пульмонологов Московского общества детских врачей, заслуженный врач Российской Федерации, д.м.н., профессор

Жулев Юрий Александрович

Сопредседатель Совета общественных организаций по защите прав пациентов при Министерстве здравоохранения Российской Федерации, президент Всероссийского общества гемофилии, сопредседатель Всероссийского союза пациентов

Корсунский Анатолий Александрович

Главный врач ГБУЗ «ДГКБ № 9 имени Г.Н. Сперанского ДЗМ», заведующий кафедрой педиатрии и детских инфекционных болезней «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова», д.м.н., профессор

Османов Исмаил Магомедович

Главный врач ГБУЗ «ДГКБ имени З.А. Башляевой ДЗМ», профессор кафедры госпитальной педиатрии №1 РНИМУ им. Н.П. Пирогова, главный внештатный детский специалист нефролог Департамента здравоохранения города Москвы, д.м.н.

Петрайкина Елена Ефимовна

Заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», главный внештатный детский специалист эндокринолог Департамента здравоохранения города Москвы, д.м.н., профессор

Печатникова Наталья Леонидовна

Руководитель Центра орфанных и других редких заболеваний ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ»

Попов Владимир Васильевич

Главный врач ГБУЗ «ДГКБ Святого Владимира ДЗМ», д.м.н., профессор

Рошаль Леонид Михайлович

Директор ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии и травматологии ДЗМ», президент Национальной медицинской палаты. Руководитель отделения неотложной хирургии и травматологии Научного центра здоровья детей РАМН, член Совета при Президенте РФ по содействию развитию институтов гражданского общества и правам человека, член Исполкома Союза педиатров России, д.м.н., профессор

Румянцев Александр Григорьевич

Генеральный директор ФНКЦ детский гематологии, онкологии и иммунологии, академик РАН, член правления Союза педиатров и Медицинской ассоциации России, член международных организаций педиатров, гематологов, педиатров-онкологов, заведующий кафедрой онкологии и гематологии педиатрического факультета ГОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д.м.н., профессор

Чубарова Антонина Игоревна

Главный врач ГБУЗ «ДГКБ № 13 имени Н.Ф. Филатова ДЗМ», главный внештатный специалист неонатолог Департамента здравоохранения города Москвы, профессор кафедры госпитальной педиатрии № 1 РНИМУ имени Н.И. Пирогова, д.м.н., профессор

Уважаемые коллеги!

Профессия врача-педиатра является одной из самых важных, гуманных и востребованных в мире. И роль педиатрии в развитии здорового поколения трудно оценить. Вы первыми встречаете детей, приходящих в этот мир, вы сопровождаете их на протяжении долгих лет, то, что заложили в них вы, педиатры, совместно с родителями и учителями, станет основой их зрелой жизни.

В программе мероприятия обозначено большое число тем, актуальных для обсуждения именно сегодня, когда московское здравоохранение переживает серьезные структурные и идеологические изменения. Это позволит Москве быть в одном ряду с крупнейшими мегаполисами по качеству и эффективности оказания медицинской помощи. Поэтому данное мероприятие, в рамках которого обсуждаются самые современные и эффективные технологии лечения детей, разбираются трудные случаи, эксперты делятся опытом с врачами первичного звена – очень важно в свете проводимых сегодня изменений.

Масштабное переоснащение клиник в рамках программы модернизации, значительные преобразования в организации системы оказания медицинской помощи в столице не снизили значимость главного для успешного лечения наших пациентов – высокую профессиональную образованность и неравнодушие медицинского персонала, применения его научно-практического опыта и клинического мышления в ежедневной амбулаторной и стационарной медицинской педиатрической практике.

Разрешите мне поблагодарить вас, врачей-педиатров, за огромный вклад в дело охраны здоровья детей и пожелать успешной и плодотворной работы!



Руководитель Департамента здравоохранения города Москвы, заведующий кафедрой хирургии и эндоскопии факультета усовершенствования врачей РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д.м.н., профессор

A handwritten signature in blue ink, consisting of stylized initials and a surname.

Хрипун Алексей Иванович

Дорогие коллеги!



От имени Московской городской Думы и Совета главных врачей города Москвы сердечно приветствую вас и поздравляю с открытием Первого московского городского съезда педиатров. Сегодня в этом зале собрались продолжатели славных традиций отечественной педиатрии. Люди, чей труд, высокий профессионализм, активная творческая деятельность вызывают заслуженное признание и глубокую благодарность. Вы охраняете самое важное и ценное в нашей жизни – здоровье наших детей, будущее нации, будущее нашей страны.

Еще автор первого отечественного руководства по детским болезням «Педиятрика» Степан Хотовицкий призывал медиков относиться к ребенку не как к уменьшенной копии взрослого, а как к существу, которое растет и развивается только по присутствующим ему законам.

Сегодня развитие педиатрической науки в сочетании с практическим вкладом детских врачей и активной поддержкой государства привели к значительным достижениям в вопросах организации медицинской помощи детям. Благодаря реализации федеральных и городских программ развития здравоохранения, по всей стране, и особенно в Москве, полным ходом идет материально-техническое переоснащение детских медицинских учреждений, внедрение высокотехнологичных методов диагностики и лечения детских заболеваний. С успехом решаются вопросы подготовки кадров, непрерывного обучения и повышения профессиональной квалификации врачей и многие другие задачи.

Коллеги, важность происходящего сейчас события трудно переоценить. Здесь присутствуют лучшие детские врачи всех специальностей, руководители больниц, представители Мэрии и департамента здравоохранения Москвы, ученые, научные сотрудники кафедр – именно та аудитория, которая способна объективно оценить, насколько позитивны и эффективны оказались все наши изменения, обозначить новые задачи и определить пути их решения. Уверена, что все ваши конструктивные идеи и предложения будут востребованы.

Дорогие участники и гости Первого московского городского съезда педиатров, еще раз выражаю вам глубокую благодарность за большой вклад в охрану здоровья детей и желаю интересной, плодотворной и эффективной работы на форуме!

**Главный врач ГКБ №57,
председатель совета главных врачей города Москвы,
депутат Московской городской Думы
И.А. Назарова**

Уважаемые коллеги, дорогие друзья!

Позвольте поздравить Вас со знаменательным событием – проведением Первого московского городского съезда педиатров «Трудный диагноз» в педиатрии. Специализированная помощь в работе врача-педиатра».

Это первое в Москве научно-практическое мероприятие, посвященное различным проблемам оказания педиатрической помощи в нашем городе.

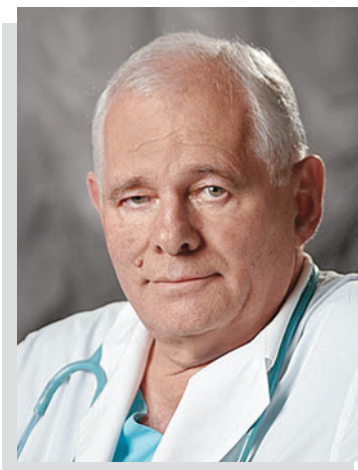
Необходимость проведения городского съезда профессионального педиатрического сообщества актуализирована городской конференцией с клиническим разбором истории болезни пациента 7 лет, прошедшей 18 мая 2015 г. под руководством Заместителя Мэра Москвы в Правительстве Москвы по вопросам социального развития, профессора, заслуженного врача РФ, д.м.н. Л.М. Печатникова.

Наш съезд ставит перед собой амбициозную задачу вместе с Вами обсудить общие и частные проблемы медицинской помощи детям и подросткам в Москве, пути их решения. Организаторы съезда при подготовке мероприятия ориентировались на обсуждение наиболее востребованных вопросов ежедневной клинической работы, более всего актуальных для врачей-педиатров и врачей общей практики. Практическая работа данных врачей сегодня составляет основу медицинской помощи в педиатрии и наиболее востребована, особенно на амбулаторно-поликлиническом этапе, в рамках стационарсберегающих технологий.

Спасибо всем, кто не останется равнодушным и примет участие в работе Первого московском городском съезде педиатров «Трудный диагноз» в педиатрии. Специализированная помощь в работе врача-педиатра». Ваши предложения и рекомендации мы постараемся учесть в дальнейшей совместной работе на благо здоровья детей и подростков.

**Главный внештатный специалист педиатр Департамента здравоохранения города Москвы, главный врач ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы», заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор
И.Е. Колтунов**





Дорогие друзья!

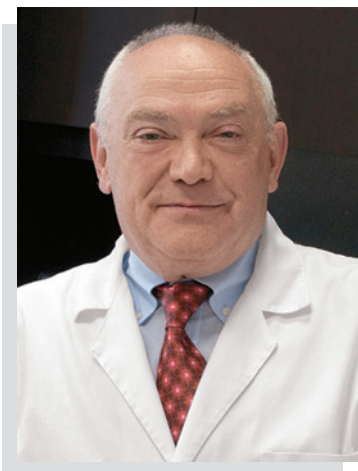
Педиатрией, в целом, в стране и в Москве можно только гордиться. Мы ее отстаивали не раз, отстаиваем и сейчас. Будем оптимистами. Здоровья Вам.

Ваш доктор Леонид Рошалъ.

Президент ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии и травматологии ДЗМ», президент Национальной медицинской палаты, руководитель отделения неотложной хирургии и травматологии Научного центра здоровья детей РАМН, член Совета при Президенте РФ по содействию развитию институтов гражданского общества и правам человека, член Исполкома Союза педиатров России, д.м.н., профессор

*«Я утверждаю: медицина – наука, познающая состояние тела человека для того, чтобы сохранить здоровье»
Абу Али Ибн Сина «Канон Врачебной науки (980-1037 г. н.э.)»*

Уважаемые коллеги!



Всемирная организация здравоохранения определила медико-санитарную помощь детям в качестве ведущего инструмента достижения стратегии здоровья населения в XXI веке. Главным организатором и исполнителем программы лечебно-профилактической и социально-гигиенической помощи детям является врач-педиатр первичного звена здравоохранения – участковый, организованного детства, неотложной и скорой помощи. Он осуществляет патронаж беременных и родильниц сопровождает новорожденных, он – центральная фигура профилактических и декретированных диспансерных осмотров, проспективного мониторинга развития детей, организатор неотложной помощи, лечения и реабилитации больных, он единственный представитель государства в семье, объединяющий врачевание, возрастную и семейную психологию, образование и социальную помощь в одном лице. Мы – хранители моторно-психического, физического, репродуктивного, умственного и эмоционального развития ребенка и по праву находимся в авангарде служб здравоохранения, образования, культуры и социальной защиты детей и их семей.

В Москве под наблюдением педиатров находятся более 1,8 млн детей и подростков. Подмосковье, всероссийский транзит больных и столичные возможности высоких медицинских технологий увеличивают нагрузку на педиатров столицы до 3 млн детей, что превышает 10% всех детей России. Ваш профессионализм, лучшая в стране организация работы московского детского здравоохранения в течение последней четверти века привели к улучшению основных демографических показателей несмотря на изменение законодательной базы отрасли и ее финансирование, международные кризисные явления, перестройку, модернизацию взрослой сети и постоянные попытки заменить врача-педиатра первичного звена врачом общей практики. Важно знать, что мы в течение этих лет передавали и передаем во взрослую сеть более 70% здоровых молодых взрослых и около 30% – III группы здоровья, основную часть которых представляют болезни органов дыхания, костно-мышечной системы и органов зрения, т.е. управляемых заболеваний, требующих продолжения диспансерного наблюдения

В этом году Россия отмечает 85-летие организации первого в мире медицинского педиатрического образования и 83-летие первого выпуска врачей-педиатров. Мы твердо стоим на плечах наших учителей и не имеем права изменять их школе, нашей культуре взаимодействия с родителями наших пациентов, через которых мы опосредуем оптимальные рекомендации по укреплению здоровья детей.

**Генеральный директор ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр детской гематологии онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева»
Член Общественной палаты г. Москвы
Академик РАН А.Г. Румянцев**

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КОСМЕТИКА ПРОТИВ СУХОСТИ КОЖИ С ПЕРВЫХ ДНЕЙ ЖИЗНИ¹



- Гипоаллергенно
- Не содержит гормонов и красителей
- Эффективность подтверждена клиническими испытаниями²
- Подходит для ухода при сухости, вызванной сезонными факторами и заболеваниями кожи

НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

¹ Увлажняющий шампунь и эмульсия для сухой кожи головы разрешены к применению с 3-х месяцев жизни. Триаكتивная эмульсия для купания разрешена с 1-го месяца жизни.

² Одинаева Н. Д., Яцык Г. В. Сухость кожи у детей в период новорожденности и методы ее коррекции косметическими средствами линии «Эмолиум». Фармакотерапия в дерматовенерологии. 2010; 5 36-140.

Представительство АО «Санofi-авентис груп» (Франция). Адрес: 125009, Москва, ул. Тверская, 22.
Тел.: (495) 721-1400. Факс: (495) 721-1411. www.sanofi.ru. RU.EMO.15.08.72.

16 ноября

Сектор А+С

Сектор В

Сектор Т

09:00					09:00
09:15					09:15
09:30					09:30
09:45					09:45
10:00	Открытие Съезда				10:00
10:15	пленарное заседание Гелле Н.А. (Москва)				10:15
10:30	Румянцев А.Г. (Москва)				10:30
10:45	Колтунов И.Е. (Москва)				10:45
11:00	Печатникова Н.Л. (Москва)				11:00
11:15					11:15
11:30	Образовательный семинар Главных врачей детских стационаров	сателлитный симпозиум компании Пфайзер Практика вакцинации – трудности и решения. Сопредседатели: Харит С.М., Заплатников А.Л.	мастер-класс компании Нутриция Ребенок с непереносимостью белка коровьего молока. Всегда ли диагноз очевиден? Трудности подбора диеты-рапии. Разбор клинических случаев. Сопредседатели: Захарова И.Н., Пампура А.Н., Лаврова Т.Е.		11:30
11:45					11:45
12:00	Специализированная медицинская помощь детям и подросткам в городских медицинских организациях Москвы. Вчера, сегодня, завтра.				12:00
12:15	Сопредседатели: Рошаль Л.М., Чубарова А.И., Дегтярева Е.А., Корсунский А.А.				12:15
12:30					12:30
12:45					12:45
13:00					13:00
13:15	сателлитный симпозиум компании Тева	сателлитный симпозиум компании Нестле	сателлитный симпозиум компании Иннотек		13:15
13:30	ОРВИ в практике врача-педиатра. Рутинное заболевание или вызов? Часть 1.	Правильный выбор детской молочной смеси: высокая наука в практических рекомендациях для врачей.	Опасные последствия привычных заболеваний. Председатель Захарова И.Н.		13:30
13:45	Сопредседатели: Гелле Н.А., Мазанкова Л.Н., Харламова Ф.С.	Сопредседатели: Сорвачева Т.Н., Шарфатдинов А.С., Бровка В.П.			13:45
14:00	симпозиум				14:00
14:15	ОРВИ в практике врача-педиатра. Рутинное заболевание или вызов? Часть 2.				14:15
14:30	Сопредседатели: Гелле Н.А., Мазанкова Л.Н., Харламова Ф.С.				14:30
14:45					14:45
15:00	сателлитный симпозиум компании Санофи	симпозиум с международным участием	симпозиум		15:00
15:15	Сложности дифференциальной диагностики респираторных заболеваний у детей и подростков.	Актуальные вопросы развития полнотрофильной медицинской помощи детям с врожденными наследственными заболеваниями, генетическими отклонениями, орфанными и другими редкими заболеваниями в Москве. Опыт оказания профильной медицинской помощи в разных странах. Часть 1.	Современные аспекты детской пульмонологии и медицинской помощи часто болеющим детям. Часть 1.		15:15
15:30	Сопредседатели: Гелле Н.А., Малахов А.Б.	Сопредседатели: Демикова Н.С., Жулев Ю.А., Захарова Е.Ю., Печатникова Н.Л.	Сопредседатели: Заплатников А.Л., Овсянников Д.Ю.		15:30
15:45					15:45
16:00					16:00
16:15					16:15
16:30					16:30
16:45					16:45
17:00	симпозиум	симпозиум с международным участием	симпозиум		17:00
17:15	Персонализированный подход к диагностике и терапии болезней органов дыхания с интерактивным контролем.	Актуальные вопросы развития полнотрофильной медицинской помощи детям с врожденными наследственными заболеваниями, генетическими отклонениями, орфанными и другими редкими заболеваниями в Москве. Опыт оказания профильной медицинской помощи в разных странах. Часть 2.	Современные аспекты детской пульмонологии и медицинской помощи часто болеющим детям. Часть 2.		17:15
17:30	Сопредседатели: Гелле Н.А., Ревякина В.А.	Сопредседатели: Демикова Н.С., Жулев Ю.А., Захарова Е.Ю., Печатникова Н.Л.	Сопредседатели: Заплатников А.Л., Овсянников Д.Ю.		17:30
17:45					17:45
18:00					18:00
18:15					18:15
18:30					18:30

Сектор А+С

9:30–10:00

Открытие Съезда

10:00–11:00

пленарное заседание

Достижения в респираторной педиатрической медицине. От прошлого в будущее.

Генне Н.А. (Москва)

Организация работы участкового педиатра. Взгляд в будущее.

Румянцев А.Г. (Москва)

Актуальные аспекты медицинской профилактики заболеваний у детей и подростков.

Колтунов И.Е. (Москва)

«Трудный диагноз» в педиатрии. «Маски» орфанных и других редких заболеваний. Алгоритм диагностики, тактика ведения.

Печатникова Н.Л. (Москва)

11:15–12:45

Образовательный семинар Главных врачей детских стационаров
Специализированная медицинская помощь детям и подросткам в городских медицинских организациях Москвы. Вчера, сегодня, завтра.*Сопредседатели: Рошаль Л.М., Чубарова А.И., Дегтярева Е.А., Корсунский А.А.*

Хирургические вопросы неотложной помощи в педиатрии.

Карасева О.В.

Клиническая манифестация и диагностика врожденных заболеваний кишечника.

Чубарова А.И.

Врожденные пороки сердца до и после хирургического лечения: что должен знать участковый педиатр?

Дегтярева Е.А.

Преимущества стационарной и амбулаторной педиатрической медицинской помощи в Москве. Проблемы и пути решения.

Корсунский А.А.

Состояние и перспективы развития детской нефрологической службы в Москве.

Мумладзе Э.Б., Османов И.М.

Проблемы лучевой диагностики в педиатрии.

Кренина И.В.

13:00–13:40

сателлитный симпозиум компании Тева

ОРВИ в практике врача-педиатра. Рутинное заболевание или вызов?

Часть 1.

Сопредседатели: Генне Н.А., Мазанкова Л.Н., Харламова Ф.С.

Бронхообструктивный синдром и стенозирующий ларинготрахеит у детей как осложнение ОРВИ.

Камалтынова Е.М.

Значение современной противовирусной терапии в профилактике осложнений инфекционных заболеваний.

Зайцева С.В., Новик Г.А.

13:45–14:30

симпозиум

ОРВИ в практике врача-педиатра. Рутинное заболевание или вызов?

Часть 2.

Сопредседатели: Генне Н.А., Мазанкова Л.Н., Харламова Ф.С.

Современный опыт ведения внебольничных пневмоний в условиях многопрофильного скорпомощного стационара.

Харламова Ф.С.

Дифференциальный диагноз гипертермического синдрома у детей в инфекционной клинике (Случай из практики).

Мазанкова Л.Н.

14:45–16:15

сателлитный симпозиум компании Санофи

Сложности дифференциальной диагностики респираторных заболеваний у детей и подростков.

Сопредседатели: Генне Н.А., Малахов А.Б.

Бронхолитические и муколитические средства в протоколах ведения детей с респираторной патологией: от эмпирического подхода к персонализированному выбору терапии.

Генне Н.А., Малахов А.Б.

Внебольничная пневмония у детей: стандарты диагностики, принципы лечения, профилактика (согласованные рекомендации экспертов IV Консенсуса по респираторной медицине).

Малахов А.Б.

16:30–18:00

симпозиум

Персонализированный подход к диагностике и терапии болезней органов дыхания с интерактивным контролем.

Сопредседатели: Генне Н.А., Ревякина В.А.

Стандарты диагностики, базисной терапии и неотложной помощи при бронхиальной астме у детей и подростков.

Генне Н.А.

«Маски» бронхообструктивного синдрома в педиатрической практике: алгоритм диагностики и принципы лечения.

Зайцева С.В., Зайцева О.В.

Тактика ведения ребенка с аллергическим ринитом в условиях поликлиники: клинические рекомендации и реальная практика.

Ревякина В.А.

Бронхолегочная дисплазия: современный взгляд на ведение детей после выписки из стационара.

Овсянников Д.Ю.

Дискуссия.

Сектор В

11:15–11:55

сателлитный симпозиум компании Пфайзер

Практика вакцинации – трудности и решения.

Сопредседатели: Харит С.М., Заплатников А.Л.

Симпозиум – панельная дискуссия.

Диалог врача и родителей. Аргументы родителей и факты врача.

Практический вопрос №1. Я против прививок!

Практический вопрос №2. Так много уколов?!

Практический вопрос №3. Можно ли привить ребенка-аллергика?

Ведущие: Харит С.М., Заплатников А.Л.

12:05–12:45

сателлитный симпозиум компании Валента

Отечественные инновации в педиатрии. Новое в лечение гриппа и ОРВИ.

Председатель Генне Н.А.

Итоги эпидемического сезона 2014/2015 гг.: результаты госпитального мониторинга гриппа и возможности эффективной терапии.

Колобухина Л.В.

Инновации отечественных ученых. Что нового в терапии гриппа и ОРВИ у детей?

Генне Н.А.

13:00–14:30

сателлитный симпозиум компании Нестле

Правильный выбор детской молочной смеси: высокая нагрузка в практических рекомендациях для врачей.

Сопредседатели: Сорвачева Т.Н., Шарфетдинов А.С., Бровко В.П.

Главные и второстепенные компоненты детских молочных смесей.

Наумова Т.В.

Как правильно оценивать белковый компонент смеси?

Украинцев С.Е.

Пробиотики в детских молочных смесях: реальные и декларируемые эффекты.

Горелов А.В.

Можно ли снизить риск развития аллергии у ребенка из группы риска?

Пампура А.Н.

Дискуссия.

14:45–16:15

симпозиум с международным участием

Актуальные вопросы развития полнопрофильной медицинской помощи детям с врожденными наследственными заболеваниями, генетическими отклонениями, орфанными и другими редкими заболеваниями в Москве. Опыт оказания профильной медицинской помощи в разных странах. Часть 1.

Сопредседатели: Демикова Н.С., Жулев Ю.А., Захарова Е.Ю.,

Печатникова Н.Л.

Перспективы развития генетической помощи больным с наследственными заболеваниями в Москве.

Демикова Н.С.

Редкие болезни в педиатрии – знать и не бояться.

Анна Тилке-Шимаска

Законодательство в области орфанных заболеваний в Российской Федерации.

Жулев Ю.А.

Опухоли головного мозга у детей. Как не пропустить на педиатрическом участке?

Кумирова Э.В.

16:30–18:00

симпозиум с международным участием

Актуальные вопросы развития полнопрофильной медицинской помощи детям с врожденными наследственными заболеваниями, генетическими отклонениями, орфанными и другими редкими заболеваниями в Москве. Опыт оказания профильной медицинской помощи в разных странах. Часть 2.

Сопредседатели: Демикова Н.С., Жулев Ю.А., Захарова Е.Ю., Печатникова Н.Л.

Внезапно и непонятно – алгоритм диагностики наследственных болезней с острым течением и ранним летальным исходом (инfantильная форма болезни Помпе).

Басаргина Е.Н.

«Редкий» пациент на приеме педиатра. Как не пропустить диагноз?

Семенова Н.А.

Редкие болезни в педиатрии – узнать, подтвердить, лечить (болезнь Гоше).

Захарова Е.Ю.

Селективный скрининг на наследственные нарушения обмена веществ – путь к ранней верификации диагноза, снижению инвалидизации и смертности детей.

Шестопалова Е.А.

Сектор Т

11:15–12:45

мастер-класс компании Нутриция

Ребенок с непереносимостью белка коровьего молока.

Всегда ли диагноз очевиден? Трудности подбора диетотерапии. Разбор клинических случаев.

Сопредседатели: Захарова И.Н., Пампура А.Н., Лаврова Т.Е.

13:00–13:40

сателлитный симпозиум компании Иннотек

Опасные последствия привычных заболеваний.

Председатель Захарова И.Н.

Дефицит железа и микроэлементоз – скрытая угроза здоровью и развитию ребенка.

Захарова И.Н., Майкова И.Д., Мачнева Е.Б.

Муколитическая терапия при ОРВИ: сложные вопросы, важные ответы.

Заплатников А.Л., Майкова И.Д., Кароид Н.В.

13:50–14:30

сателлитный симпозиум компании Такеда

Современные подходы к лечению железодефицитной анемии и острых респираторных инфекций в практике педиатра.

Сопредседатели: Заплатников А.Л., Захарова И.Н.

ЧБД – не диагноз! Так что же мы лечим?

Заплатников А.Л.

Особенности ведения детей раннего возраста с ЖДА.

Захарова И.Н.

14:45–16:15

симпозиум

Современные аспекты детской пульмонологии и медицинской помощи часто болеющим детям. Часть 1.

Сопредседатели: Заплатников А.Л., Овсянников Д.Ю.

Иммуномодуляторы бактериального происхождения при рекуррентных респираторных инфекциях у детей: эффективность и безопасность.

Заплатников А.Л.

Направленная ирригационно-элиминационная терапия в лечении и профилактике ЛОР-заболеваний и их осложнений у детей.

Гаращенко Т.И.

Интерстициальные заболевания легких у новорожденных и грудных детей.

Овсянников Д.Ю.

Актуальные вопросы педиатрии у часто болеющих детей.

Чеботарева Т.А.

Лечение острых респираторных инфекций в практике педиатра.

Зайцева С.В.

16:30–18:00

симпозиум

Современные аспекты детской пульмонологии и медицинской помощи часто болеющим детям. Часть 2.

Сопредседатели: Заплатников А.Л., Овсянников Д.Ю.

Вакцинация детей с хроническими заболеваниями и нарушениями здоровья.

Заплатников А.Л.

Роль питания в формировании структур головного мозга.

Суржик А.В.

Внезапная смерть в детской практике.

Дегтярева Е.А.

Дискуссия.

Сектор А

9:30–11:00

симпозиум

Сочетание несочетаемого – оксюмороны в педиатрии.*Сопредседатели: Алиева Э.И., Строкова Т.В., Сорвачева Т.Н., Жолобова Е.С.*

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) – внекишечные и кишечные симптомы. Алгоритм диагностики. Современное лечение.

Алиева Э.И.

Современные подходы в лечении запоров.

Горелов А.С.

Лечебное питание и принципы нутритивной поддержки при хронических заболеваниях у детей и подростков.

Сорвачева Т.Н.

Дифференциальная диагностика ревматологических, гастроэнтерологических и онкологических заболеваний в педиатрии. Очевидное-невероятное. Цена ошибки.

Жолобова Е.С.

Дискуссия.

11:15–12:45

сателлитный симпозиум компании Санофи

Как помочь ребенку с аллергией? От теории – к практике.*Сопредседатели: Зайцева С.В., Караулов А.В., Малахов А.Б.*

Возрастные особенности иммунного ответа и течения аллергии у детей.

Зайцева С.В.

Аллергический ринит и сопутствующие заболевания. Диагностика и выбор терапии.

Караулов А.В.

Анализ международных рекомендаций по лечению аллергии у детей.

Малахов А.Б.

13:00–14:30

сателлитный симпозиум компании Санофи

Хронические дерматозы у детей: от принципов диагностики к технологиям наружного лечения и ухода.*Сопредседатели: Касихина Е.И., Зайцева С.В.*

Дерматология грудного и раннего детского возраста: рациональный подход к решению «недетских» проблем.

Касихина Е.И.

Атопический дерматит в практике педиатра.

Зайцева С.В.

14:45–15:25

симпозиум

Лечебные и профилактические аспекты современной педиатрии.*Сопредседатели: Савенкова М.С., Овсянников Д.Ю.*

Ранняя диагностика и лечение аллергического ринита как способ предотвращения развития бронхиальной астмы.

Курбачева О.М.

Мишени для вирусов и как им противодействовать.

Колосова Н.Г.

15:35–16:15

симпозиум

Инновационные технологии в педиатрической практике. Часть 1.*Сопредседатели: Колтунов И.Е., Картавцева Л.Р.*

Инновационные технологии в детской хирургии.

Соколов Ю.Ю.

Клеточная терапия в педиатрии: реальность и фантазии.

Тимофеев А.В.

Предупреждение хронических неинфекционных заболеваний на ранних этапах развития.

Роль длинноцепочечных полиненасыщенных жирных кислот.

Нетребенко О.К.

16:30–18:00

симпозиум

Инновационные технологии в педиатрической практике. Часть 2.*Сопредседатели: Колтунов И.Е., Картавцева Л.Р.*

Актуальные проблемы репродуктивного здоровья девочек и девушек в Москве. Перспективы развития профильной специализированной помощи.

Сибирская Е.В.

Идеология, стратегия и перспективы службы охраны будущего отцовства в Москве.

15 лет новейшей истории.

Тарусин Д.И.

Оказание первичной медико-санитарной помощи в детских медицинских организациях города Москвы. Стандарт «Московская поликлиника».

Картавцева Л.Р.

Дискуссия.

Сектор С

9:30–11:00

сателлитный симпозиум компании Санофи

Актуальные проблемы неврологических заболеваний у детей и подростков.*Сопредседатели: Батышева Т.Т., Акарачкова Е.С., Орлова С.В.*

Профилактика неврологической патологии у детей.

Батышева Т.Т.

Стресс у детей: причины и последствия, лечение и профилактика.

Акарачкова Е.С.

Синдром вегетативной дисфункции у детей и подростков как мультифакторное заболевание: особенности диагностики, механизм развития, пути коррекции. Роль микронутриентов в коррекции синдрома вегетативных расстройств.

Котова О.В.

Метаболические поражения нервной системы и спастический синдром. «Простые» и «сложные» неврологические диагнозы в педиатрии. Применение современных технологий.

Щедеркина И.О.

Питание как фактор, определяющий здоровье ребенка. Особенности коррекции детского рациона питания и нутритивной поддержки.

Орлова С.В.

11:15–11:55

симпозиум

Неонатальная гастроэнтерология. Есть ли проблема?

Председатель Шумилов П.В.

Первые 1000 дней жизни с позиции гастроэнтеролога.

Шумилов П.В.

Роль пробиотиков в коррекции функциональных расстройств ЖКТ у детей раннего возраста.

Хавкин А.И., Бабаян М.Л.

Введение прикорма: профилактика аллергии.

Гмошинская М.В.

12:05–12:45

сателлитный симпозиум компании МСД

Воспалительные Заболевания Кишечника (ВЗК) у детей – сложная проблема современной педиатрии.

Председатель Алиева Э.И.

Маски ВЗК – алгоритм постановки правильного диагноза.

Горелов А.В.

Тактика ведения ребенка с ВЗК: современные подходы к терапии, алгоритм получения специализированной помощи в городском Центре детской гастроэнтерологии многопрофильного стационара.

Алиева Э.И.

13:00–14:30

симпозиум

Современные аспекты туберкулеза, тяжелых и редких заболеваний легких у детей.

Сопредседатели: Мизерницкий Ю.Л., Малахов А.Б., Аксенова В.А.

Вопросы раннего выявления туберкулеза у детей.

Слогоцкая Л.В.

Саркоидоз в практике детского врача: от диагностики к лечению.

Малахов А.Б.

Проблема орфанных заболеваний легких у детей.

Мизерницкий Ю.Л., Розина Н.Н.

Гиперчувствительный пневмонит у детей.

Лев Н.С.

14:45–15:25

симпозиум

Ревматология детского возраста. Что должен знать педиатр?

Сопредседатели: Жолобова Е.С., Лыскина Г.А.

Возможности современной диагностики системных васкулитов у детей.

Лыскина Г.А.

Проблемы диагностики и лечения ювенильных артритов у детей.

Жолобова Е.С.

Трудности верификации дебюта диффузных болезней соединительной ткани.

Подчерняева Н.С.

15:35–16:15

симпозиум

Что должен знать педиатр об эндоскопии и не только.

Сопредседатели: Шавров А.А., Казанская И.В.

Современные методы эндоскопических исследований в педиатрической практике.

Шавров А.А., Харитонова А.Ю.

Современная диагностика и профилактика патологии ЛОР-органов в рамках мультидисциплинарного подхода к ведению недоношенных детей.

Рахманова И.В.

Ночной энурез в практике врача-педиатра.

Казанская И.В.

16:30–18:00

симпозиум

Паллиативная помощь детям в Москве.

Сопредседатели: Невзорова Д.В., Кумирова Э.В., Петряйкина Е.Е.

Паллиативная помощь детям в Москве.

Невзорова Д.В.

Нутритивная поддержка детей в комплексе паллиативной медицинской помощи.

Поливеченко Е.В.

Аспекты обезболивания в практике педиатра.

Кумирова Э.В.

Опыт работы проекта по развитию паллиативной медицинской помощи детям и молодым взрослым на примере благотворительного фонда «Подари жизнь».

Пшонкин А.В.

Организация отделения паллиативной медицинской помощи в многопрофильном стационаре.

Денисов Н.А.

Дискуссия.

Сектор Т

09:30–10:10

мастер-класс компании Аника РУ

Типичные ошибки при ведении детей с пищевой аллергией.

Председатель Захарова И.Н.

10:15–11:00

симпозиум

Мультидисциплинарный подход при лечении хронических заболеваний.

Председатель Захарова И.Н.

Туберозный склероз.

Дорофеева М.Ю.

Остеопении и микроэлементозы у детей и подростков: есть ли связь?

Творогова Т.М., Захарова И.Н.

11:15–11:55

сателлитный симпозиум компании Хироу Рус

Новое в питании ребенка. Как меняются подходы?

Председатель Захарова И.Н.

Мембрана жировых глобул молока: инновационные открытия уже сегодня.

Захарова И.Н.

Когнитивное развитие: невролог все расставит по своим местам.

Нестеровский Ю.Е.

12:05–12:45

спутниковый симпозиум компании МСД

Ротавирусный гастроэнтерит в практике московских педиатров.

Сопредседатели: Мазанкова Л.Н., Филиппов О.В.

Распространенность ротавирусной инфекции в г. Москва.

Фомкина Н.Н.

Подходы к лечению и профилактике ротавирусного гастроэнтерита с позиции доказательной медицины.

Мазанкова Л.Н.

Организация мероприятий по вакцинопрофилактике ротавирусной инфекции в г. Москва.

Филиппов О.В.

13:00–14:30

школа при поддержке компании Пфайзер

Школа детского ревматолога проводит городской Центр детской ревматологии.

Председатель Жолобова Е.С.

Псориаз и псориатический артрит в практике педиатра.

Никишина И.П.

Вектор генно-инженерной биологической терапии при Ювенильном идиопатическом артрите.

Торосян Г.Г.

Ювенильный спондилоартрит — проблемы диагностики и лечения.

Жолобова Е.С.

Городской детский ревматологический центр: вчера-сегодня-завтра.

Глазырина А.А.

Создание регистра детей с ревматическими заболеваниями.

Севостьянов В.К.

Дискуссия.

14:45–16:15

симпозиум

«Необычные» решения «обычных» ситуаций.

Школа практикующего педиатра.

Сопредседатели: Горелов А.В., Булгакова В.А.

Коррекция сидеропенических состояний. Взгляд гематолога на педиатрическую проблему.

Ковригина Е.С.

Муковисцидоз. Все ли мы делаем правильно?

Симонова О.И.

Лекарственная аллергия у детей.

Булгакова В.А.

Функциональные расстройства ЖКТ.

Горелов А.В.

Дискуссия.

16:30–18:00

симпозиум

Актуальные аспекты реабилитационной помощи детям в Москве.

Сопредседатели: Ильенко Л.И., Валиулина С.А., Батышева Т.Т.

Особенности реабилитации в педиатрии и неонатологии.

Ильенко Л.И.

Лечение и реабилитация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в условиях многопрофильного детского стационара.

Выхрестюк О.Ф.

Опыт реабилитации пациентов в Институте неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения города Москвы.

Валиулина С.А.

Реабилитация детей в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Зеленкин С.А.

Сектор В

09:30–10:30

спутниковый симпозиум компании Джонсон&Джонсон

Острые респираторные заболевания: комплексный педиатрический подход.

Сопредседатели: Малахов А.Б., Genne Н.А.

Современный подход к терапии тонзиллофарингитов.

Дронов И.А.

Риносинуситы в педиатрической практике.

Солдатский Ю.Л.

Терапия кашля в детском возрасте.

Малахов А.Б.

10:35–11:05

лекция компании Байер

Эффективная наружная терапия Атопического дерматита.

Председатель Филатова Т.А.

11:15–11:55

конкурс молодых ученых

Сопредседатели: Колтунов И.Е., Genne Н.А., Дегтярева Е.А.,

Румянцев А.Г.

Комплексная оценка состояния здоровья детей с болезнью ЛЕГГА-КАЛЬВЕ-ПЕРТЕСА.

Виноградова А.Г. (Смоленск)

Клинико-генетическая характеристика муковисцидоза у детей и подростков в популяции Московского региона.

Мердалимов Р.Г., Кондратьева Е.И., Капранов Н.И., Петрова Н.В., Шерман В.Д., Воронкова А.Ю., Шабалова Л.А., Никонова В.С., Новоселова О.Г., Макарова Н. В. (Москва)

Стабилография в гигиенической оценке школьных ранцев.

Курганский А.М. (Москва)

Новые подходы к оценке риска внутриутробного повреждения сердечно-сосудистой и центральной нервной системы новорожденных на основании показателей аутоиммунитета в паре «мать-ребенок» в аспекте постнатальной профилактики.

Куфа М.А. (Москва)

Алексион Фарма, ООО/ ALEXION

143421, Россия, Московская обл.,
Красногорский р-н, Бизнес центр «Рига-Ленд», Блок «В» этаж 2.
телефон: +7 (495) 280-17-01,
www.alexionpharma.com



ООО «АЛЕКСИОН ФАРМА» является подразделением группы компаний АЛЕКСИОН Фарма Интернейшнл, высокотехнологической биофармацевтической компании с мировым именем. Основное направление ее деятельности – разработка препаратов для лечения пациентов с тяжелыми, опасными для жизни крайне редкими заболеваниями.

Деятельность компании направлена на разработку высокотехнологичных препаратов для лечения тяжелых и очень редких заболеваний. Компания инвестирует средства на разработку новых молекул для лечения очень редких заболеваний в области нефрологии, эндокринологии, неврологии, ревматологии. В портфеле компании Алексион есть готовящийся к регистрации в США, Европе и России инновационный препарат – асфатаза альфа. Это единственная на сегодняшний день возможность ферментозаместительной терапии для больных с диагнозом гипофосфатазия – тяжелого метаболического заболевания костной ткани, имеющего жизнеугрожающий полиорганный характер поражения. В США и ЕС препарат асфатаза альфа получил статус приоритетной регистрации, как препарат «прорыва», не имеющий аналогов и позволяющий значительно изменить клинические подходы и потребности в терапии гипофосфатазии.

АстраЗенека

125284, г. Москва, ул. Беговая д. 3, строение 1
Бизнес-центр, NordStar Tower
телефон: +7 (495) 799-56-99
факс: +7 (495) 799-56-98
электронная почта: Moscow.reception@astrazeneca.com
www.astrazeneca.ru



«АстраЗенека» входит в пятерку ведущих фармацевтических компаний мира и является лидером в таких областях, как кардиология, пульмонология, онкология, неврология, гастроэнтерология, психиатрия и др. Основная задача компании – обеспечение пациентов во всем мире инновационными, эффективными и безопасными лекарственными средствами. Одним из приоритетных направлений «АстраЗенека» является R&D. Ежегодные инвестиции компании в научные исследования и разработку новых препаратов составляют более 4 млрд долларов (входит в ТОП-20 компаний-инноваторов, активно инвестирующих в новые разработки).

На сегодняшний день «АстраЗенека Россия» – одна из самых динамичных компаний с точки зрения роста количества пациентов, получающих лечение с применением её инновационных препаратов. «АстраЗенека» руководствуется высокими этическими нормами и делает все для того, чтобы предоставить врачам и пациентам максимально полную и достоверную информацию об инновационных подходах к лечению социально-значимых заболеваний.

B.Well

ЗАО «Альфа-Медика»
125493, Москва, Авангардная, ул. 3
телефон: +7 (495) 645-86-99
факс: +7 (495) 645-86-99
электронная почта: advert@alpha-medica.ru
www.alpha-medica.ru



B.Well – европейская компания, создающая медицинские приборы и товары для здоровья всей семьи. Миссия компании – сделать лучшие достижения в области контроля здоровья доступными для каждого. Именно поэтому в приборах B.Well воплотились лучшие европейские черты: сдержанность, лаконичность, требовательность к качеству. В ассортименте B.Well есть приборы для малышей и их родителей, бабушек и дедушек: тонометры, ингаляторы, термометры, ирригаторы, грелки, а также серия приборов для детей до 3 лет.

Фрисо – всегда найдется подходящий выбор!



Фрисолак 1, 2 ГА Полноценные формулы для профилактики пищевой аллергии

Фрисо постоянно совершенствует состав своих продуктов, основываясь на последних научных данных и действующих международных рекомендациях.

Безупречное качество ингредиентов и стабильность состава является гарантией хорошей переносимости всех продуктов Фрисо*.

В составе смесей Фрисолак 1, 2 ГА:

- Частично гидролизованный белок, уменьшающий риск сенсибилизации и способствующий формированию пищевой толерантности.
- Ключевые нутриенты, необходимые для развития мозга и формирования иммунной системы:
 - * **Докозагексаеновая (DHA) и арахидоновая (ARA) жирные кислоты;**
 - * **5 основных нуклеотидов;**
 - * **Пребиотики-галактоолигосахариды.**
- Все ингредиенты для гармоничного роста и развития ребенка в первом и втором полугодии жизни. ! Смесей Фрисолак 1, 2 ГА имеют хорошие органолептические свойства.

* **FrieslandCampina** – ведущий мировой производитель ингредиентов для детского питания и фармацевтической промышленности.

Важное замечание

Лучшим питанием для ребенка является грудное молоко! Всемирная Организация Здравоохранения* рекомендует кормить малыша исключительно грудным молоком в первые 6 месяцев жизни и поддерживать грудное вскармливание в дальнейшем. Компания Аника РУ, эксклюзивный дистрибьютор голландской компании FrieslandCampina на территории РФ, полностью поддерживает эти рекомендации. Необходимо информировать беременных женщин и рожениц о преимуществах грудного вскармливания, способах повышения и поддержания лактации, обратить их внимание, что при подготовке к грудному вскармливанию, а также в период кормления грудью, маме нужно употреблять здоровую и сбалансированную пищу. Следует предупредить мам о том, что необоснованный переход на частичное питание смесью из бутылочки может негативно повлиять на грудное вскармливание, так как обратный переход к кормлению малыша грудью будет затруднен. При полном переходе на искусственное вскармливание необходимо информировать маму о финансовых последствиях такого решения: если ребенок полностью находится на искусственном вскармливании, то в неделю для его кормления потребуется более 1 упаковки (400 г) смеси. Если принято решение об искусственном вскармливании, необходимо проконсультироваться женщину о методах правильного приготовления смеси (с использованием инструкции, указанной на упаковке продукта).

*См. «Международный свод правил по сбыту заменителей грудного молока», Всемирная Организация Здравоохранения, Женева, 1981 г.

Горячая линия Friso:

8-800-333-25-08

www.anika-ru.ru, e-mail: hotline@anika-ru

Эксклюзивный дистрибьютор в России ООО «Аника РУ»

Познаем мир вместе  Friso

Информация только для медицинских работников

Bayer HealthCare

Официальный
спонсор

107113, Москва, 3-я Рыбинская улица, д. 18, корп. 2
телефон: +7 (495) 701-22-85
электронная почта: ru.communications@bayer.com
www.bayer.ru



Bayer – международный концерн со специализацией в области здравоохранения, сельского хозяйства и высокотехнологичных материалов. Субконцерн Bayer HealthCare, объем продаж которого составил около 20 млрд евро (2014 год), является одной из лидирующих в мире инновационных компаний в сфере производства лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения. Штаб-квартира Bayer HealthCare находится в городе Лейпциг (Германия). Компания объединяет подразделения Animal Health (защита здоровья животных), Consumer Care (безрецептурные препараты), Medical Care (диагностическая и интервенционная радиология, диагностика сахарного диабета) и Pharmaceuticals (рецептурные препараты). Цель Bayer HealthCare – создание и производство препаратов, способствующих улучшению здоровья людей и животных во всем мире. В 2014 году численность сотрудников Bayer HealthCare составила 60 700 человек (по данным декабря 2014 года) в более чем 100 странах мира. Более подробная информация доступна по адресу www.healthcare.bayer.com, www.bayerhealthcare.ru.

Беллакт, ОАО

Представительство Волковысского ОАО «Беллакт» в РФ
127106, г. Москва, ул. Гостиничная, д. 3, оф. 328
телефон: +7 (495) 660-20-86
электронная почта: olga.shelestovskaja@bellakt.com
www.bellakt.com



Волковысское ОАО «Беллакт» – современное предприятие, лидирующее на рынке продуктов для детского питания и молочной продукции в Республике Беларусь.

«Беллакт» использует «живое молоко» для производства адаптированных молочных смесей. Это возможно благодаря наличию собственной сырьевой базы, оптимальной логистической системе доставки молока с ферм с использованием специализированного транспорта с термоцистернами, четко налаженной работе аналитических лабораторий и современному производственному оборудованию. При производстве продуктов для детского питания используются современные технологии и многоступенчатый контроль качества на всех этапах производства.

При разработке детского питания «Беллакт» учитываются все современные научные рекомендации и действующие отечественные и международные стандарты. Состав продуктов детского питания «Беллакт» соответствует требованиям отечественных и международных нормативных документов.

БИБИКОЛЬ РУС, ООО

141006, г. Мытищи, Олимпийский пр-т, д.29, стр.2, БЦ «Формат» Россия.
телефон: +7 (495) 926-06-26
факс: +7 (495) 926-06-45
электронная почта: reklama@bibicall.ru
www.bibicall.ru



Уже 15 лет компания «БИБИКОЛЬ РУС» представляет в России широкий ассортимент высококачественных диетических продуктов питания для детей с самого рождения.

В ассортименте компании представлены такие продукты, как:

- детские смеси НЭННИ® на основе натурального цельного козьего молока, произведенные в Новой Зеландии.

- детские каши БИБИКАШИ® с добавлением НЭННИ®, сочетающие в себе пользу органических круп и новозеландского козьего молока.

- готовый детский прикорм класса Organic – фруктово-молочное пюре с козьим творогом БИБИКОЛЬ®. Полезные свойства и безопасность продуктов от компании «БИБИКОЛЬ РУС» позволяют российским детям полноценно расти и развиваться.

Пусть Ваш малыш вырастет здоровым!



Адвантан

0,1% метилпреднизолона ацепонат

**Способствует
быстрому
облегчению
зуда и воспаления
при дерматитах
и экземе¹**



ЭМУЛЬСИЯ

Острый процесс
с мокнутием

КРЕМ

Острый / подострый
процесс без мокнутия

МАЗЬ

Подострый /
хронический процесс

ЖИРНАЯ МАЗЬ

Длительный
хронический процесс

Адвантан помогает устранить зуд и воспаление, оказывает заметный эффект уже к 3-му дню лечения экземы и дерматита¹

Правильный выбор формы ускоряет выздоровление

Не содержит агрессивных для кожи галогенов фтора и хлора

Применяется один раз в сутки

Лекарственные формы: эмульсия, крем, мазь, жирная мазь. В каждой форме 0,1% метилпреднизолона ацепоната.

Показания к применению: Воспалительные заболевания кожи, чувствительные к терапии глюкокортикостероидами: atopический дерматит, нейродермит, детская экзема, истинная экзема, микробная экзема, профессиональная экзема, простой контактный дерматит, аллергический (контактный) дерматит; дисгидротическая экзема.

Противопоказания: Туберкулезный или сифилитический процессы в области нанесения препарата, вирусные заболевания (например, ветряная оспа, опоясывающий лишай), в области нанесения препарата, розацеа, периоральный дерматит в области нанесения препарата, детский возраст до 4-х месяцев, участки кожи с проявлениями реакции на вакцинацию, гиперчувствительность к компонентам препарата.

Способ применения: препарат наносят 1 раз в сутки на пораженные участки кожи. Длительность терапии для крема, мази, жирной мази: для взрослых - не более 12 недель, для детей - не более 4 недель; для эмульсии - не более 2 недель. При солнечных ожогах эмульсию можно применять, максимум, 2 раза в сутки.

Беременность и лактация: При необходимости применения крема Адвантан во время беременности и лактации следует тщательно взвешивать

потенциальный риск для плода и ожидаемую пользу лечения для матери. В эти периоды не рекомендуется длительное применение препарата на обширных поверхностях кожи. Кормящим матерям не следует наносить препарат на молочные железы.

Побочное действие: Обычно препарат хорошо переносится. Очень редко (менее, чем в 0,01% случаев) могут наблюдаться местные реакции, такие как зуд, жжение, эритема, образование везикулёзной сыпи. Если препарат применяют более 4-х недель и/или на площади 10% и более поверхности тела. Могут возникнуть следующие реакции: атрофия кожи, телеангиэктазии, стрии, акнеформные изменения кожи, системные эффекты, обусловленные абсорбцией кортикостероида. В ходе клинических исследований ни один из вышеперечисленных побочных эффектов не был отмечен при применении Адвантана до 12 недель у взрослых и до 4-х недель у детей. В редких случаях (0,01% - 0,1%) может наблюдаться фолликулит, гипертрихоз, периоральный дерматит, депигментация кожи, аллергические реакции на один из компонентов препарата.

Рег. удостоверения: эмульсия ПН⁰013563/02; крем ПН⁰013563/01; мазь ПН⁰013563/03; жирная мазь ПН⁰013563/04. Отпускается без рецепта.

Подробная информация содержится в инструкции по применению.

ЗАО «БАЙЕР» 107113, Москва, 3-я Рыбинская ул., д.18, стр.2 Тел.: (495)232-11-41, факс: 232-11-43

¹ Р. Нидер, Р.-П. Зоймсейл. Применение эмульсии / крема / мази Адвантан у детей с atopическим дерматитом и другими дерматозами. Обсервационное исследование у 558 детей. *Akt Dermatol* 2004; 30:200 - 203

BIOCAD

198515, Россия, г. Санкт-Петербург, п. Стрельна, ул. Связи, д. 34, лит. А.
телефон: +7 (812) 380-49-33
факс: +7 (812) 380-49-33
электронная почта: biocad@biocad.ru
www.biocad.ru



BIOCAD – инновационная биофармацевтическая компания полного цикла, входит в тройку лидеров по количеству клинических исследований среди отечественных производителей. BIOCAD выпускает лекарственные средства и субстанции по направлениям: гинекология/урология, онкология и онко/ гематология, аутоиммунные и инфекционные заболевания.

ООО «БиоМарин Интернэшнл (Москва)»

адрес для корреспонденции:
127006, Москва, ул. Малая Дмитровка, 16, стр. 6
телефон: +7 (495) 114-56-93
электронная почта: atrubina@bmrn.com

Спонсор

Компания БиоМарин разрабатывает и выводит на рынок инновационные биофармацевтические препараты для лечения серьезных заболеваний и тяжелых медицинских состояний. Целью Компании является создание первой в своем классе или лучшей в своём классе терапии, которая может внести значительный вклад в жизнь даже самой малой группы пациентов с редкими генетическими заболеваниями.

Имея пять препаратов на рынке и полностью интегрированную международную структуру, БиоМарин внедряет инновационную терапию в тех областях медицины, где она была недоступна. Мы используем инновационные исследовательские стратегии, чтобы максимально быстро закончить разработку препаратов и довести терапию до пациента. БиоМарин стремится помогать пациентам, их семьям, врачам, предлагая быстрый доступ к лечению, осуществляя обучение и предоставляя поддержку.

(BIO/EU/14/083_RU Corporate Ad Russian)

BIOMARIN

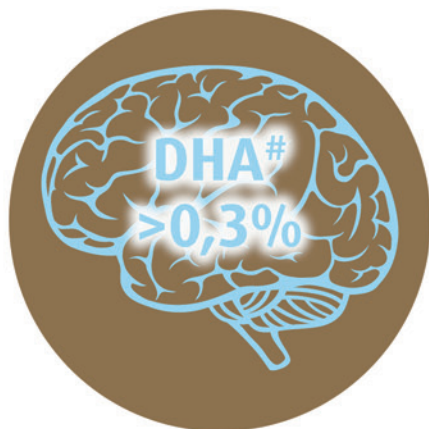
Bittner Pharma

127018, г. Москва, Сущевский Вал, д. 18
телефон: +7 (495) 981-48-88
www.omega-bittner.ru



Bittner Pharma – является европейским подразделением американской компании, в портфель которого входят такие продукты, как: Физиомер, Превалин, Афлубин, Ременс, Пумпан, Гентос, Мемория, Нотта, Паранит, Сайленс, XL-S, Лактацид, Вартнер, Вартнер НэйлЭксперт. Миссия компании – с заботой о себе и близких! Компания создает историю революционных продуктов для здоровья, красоты, гармонии и долголетия каждого человека. Улучшая качество жизни клиентов, мы способствуем развитию общества здоровых, гармоничных, наполненных жизнью людей.

Нутрилон Премиум — способствует развитию интеллекта ребенка*



NUTRICIA
Nutrilon

Правильный выбор в пользу развития ребенка

* Бирч и др., (2007) 83, 279-284. Острота зрения и показатели интеллектуального развития в возрасте 4 лет. Результаты двойного слепого рандомизированного клинического исследования применения молочной смеси с добавлением ДПНЖК. Visual acuity and cognitive outcomes at 4 years of age in a double-blind, randomized trial of long-chain polyunsaturated fatty acid-supplemented infant formula. Birch E.E., S. Garfield, Y. Castañeda, D. Hughbanks-Wheaton, R. Uauy, D. Hoffman. Early Human Development (2007) 83, 279-284. # Докозагексаеновая кислота.

Смеси Нутрилон — питание при отсутствии возможности грудного вскармливания. Грудное молоко является лучшим питанием для здорового роста и развития малыша. Врачу следует объяснить матери преимущества грудного вскармливания, обучить способам сохранения лактации, а также предупредить, что перед применением смеси необходимо проконсультироваться с врачом. Pronutri+ = Пронутри+. Premium = Премиум. Pm1837/10.15

Информация только для сотрудников системы здравоохранения.

БУАРОН

127006, г. Москва, ул. Долгоруковская, д. 7
телефон: +7 (495) 956-08-10
факс: +7 (495) 956-08-10
электронная почта: info@boiron.ru
www.boiron.ru

Спонсор



Основанная в Лионе в 1932 году семейная фармацевтическая компания «БУАРОН» сегодня насчитывает 19 зарубежных филиалов и 4 производственных предприятия.

Под маркой БУАРОН выпускается более 60 комплексных препаратов и 1200 наименований монокомпонентных гомеопатических средств. При этом все лекарственные средства производятся только во Франции по стандартам качества GMP и отвечают требованиям Европейской фармакопеи.

Российский филиал, основанный в 2005 году, стал 16-м по счету филиалом БУАРОН за пределами Франции и одним из самых динамично развивающихся.

На сегодняшний день в портфеле БУАРОН в России 9 безрецептурных препаратов, которые успешно применяются врачами разных специальностей в их медицинской практике, в том числе, и хорошо известные – Оциллококцинум, Стодаль, Гомеовокс, Дантинорм Бэби, Гомеострес.

Валента Фарм, ОАО

119530, г. Москва, ул. Генерала Дорохова, д. 18, с. 2
телефон: +7 (495) 933 60 80
факс: +7(495) 933 60 81
электронная почта: info@valentapharm.com
www.valentapharm.com

Ведущий спонсор



ОАО «Валента Фарм» – российская фармацевтическая компания, основанная в 1997 году. «Валента» занимается разработкой, производством и выводом на рынок рецептурных и безрецептурных препаратов основных терапевтических направлений: психоневрология, урология, гастроэнтерология, иммунология, вирусология, антибактериальная терапия и других.

Портфель компании «Валента» сбалансированно представлен как инновационными препаратами, так и брендированными дженериками и включает более 30 лекарственных средств. Основные блокбастеры – Ингавирин®, Граммидин®, Тримедат®, Фенотропил®, Феназепам®, Пантокальцин® и др. «Валента» активно инвестирует в R&D и развитие портфеля продуктов, а также в медицинские проекты и инновации для здоровья.

Агуша

ОАО Вимм-Билль-Данн
Ленинградский проспект дублер, 72, к. 4
телефон: +7 (495) 937-05-50
электронная почта: agusha@grp.ru
www.agulife.ru

Спонсор



Агуша – это первая марка детского питания в России. В области научных разработок, клинических апробаций продуктов детского питания, участия в тематических Конгрессах и Конференциях «Агуша» сотрудничает с известнейшими специалистами ГУ НИИ питания РАМН, Научного центра здоровья детей РАМН, Союзом педиатров России, а также Международным Фондом охраны здоровья матери и ребенка. Продукты Агуша изготавливаются исключительно из натуральных продуктов и содержат все необходимое для здорового роста и развития ребенка.

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЙ ТРАКТ? ТРИМЕДАТ !

ПРИМЕНЯЕТСЯ:

- при ВСЕХ формах СРК*
- при нарушениях моторики и висцеральной чувствительности всего желудочно-кишечного тракта*

УНИКАЛЬНЫЙ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ:

- контроль боли^{1,2}
- контроль спазма^{2,3}
- контроль моторики⁴⁻⁶



ОАО «Валента Фарм», Московский офис:
119530, Москва, ул. Генерала Дорохова, д. 18, стр. 2
Телефон: +7 495 933-60-80, Факс: +7 495 933-60-81
www.trimedat.ru



ТРИМЕДАТ®
Для детей с 3-х лет
10 таблеток по 100 мг
Тримебутин

Применяется:
Внутри. При нарушениях пищеварения,
при болях в животе, метеоризме, диарее и запоре.

Мой ласковый и нежный доктор



ОТПУСКАЕТСЯ БЕЗ РЕЦЕПТА ВРАЧА.

Рег. №: ЛСР-005534/07

На правах рекламы.

Информация для специалистов здравоохранения.

*Инструкция по медицинскому применению препарата Тримедат®. 1. Агонисты периферических капта-опиоидных рецепторов при болях внутренних органов. Британский журнал фармакологии, апрель 2004, №141/8, стр. 1331-1334. 2. Фармакологические свойства Тримебутина и N-монодесметилтримебутина. Журнал фармакологии и экспериментальной терапии, 1999, №289, Стр. 1391-1397. 3. Тримебутин как модулятор подвижности кишечника у пациентов с неязвенной диспепсией. Анналы ядерной медицины, август 1999, №13/4, стр. 231-234. 5. Роль оптоидных лиганов при СРК. Канадский журнал гастроэнтерологии, март 1999, доп. А, 71А-75. 6. Значение интерстициальных клеток Кахала для ЖКТ. Саудовский журнал гастроэнтерологии, 2013, №19, Стр. 3-15.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ

Экспортал®

ЛАКТИТОЛ

Детский

Мягкое
слабительное
для детей с 1-го года²



Устраняет запор
и восстанавливает
работу кишечника¹



Стимулирует рост полезной
микрофлоры кишечника¹



Не содержит красителей
и вспомогательных веществ²



Обладает приятными вкусовыми
качествами¹



Удобная форма выпуска позволяет
растворять препарат в любой
жидкости или жидкой пище²



РЕКЛАМА Рег. номер: ЛСР-003898/07

Произведено: ЗАО «ФПК ФармВИЛАР», Россия, 117216, г. Москва, ул. Грина, д.7.
Тел./Факс: (495) 712-10-81 по заказу ОАО «Валента Фарм» Московский офис: 119530,
г. Москва, ул. Генерала Дорохова, д. 18, корп. 2. Тел.: +7(495) 933-60-80

1. Колхир В.К. Экспортал — инновационный слабительный препарат РМЖ. Болезни органов пищеварения 2009, том 11, №2:80-84
2. Инструкция по медицинскому применению препарата Экспортал®

ВМП, ООО

141407, МО, г. Химки, Юбилейный проспект 6а, офис 29,30

телефон: +7 (495) 661-09-75

факс: +7 (495) 223-39-75

электронная почта: vmp-doktor@mail.ru

www.vmp-vygon.ru



ООО«ВМП» – эксклюзивный поставщик продукции VYGON на территории РФ. VYGON – европейский производитель медицинских расходных материалов. Производственные мощности находятся в странах Европейского Союза (Франция, Германия, Бельгия). С момента начала производства в 1962 году и до сегодняшнего дня продукция VYGON занимает лидирующее положение в отрасли за счет уникальных разработок и высочайшего качества медицинских расходных материалов.

ГЕНЕРИУМ, ЗАО

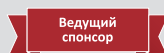
123317, г. Москва, ул. Тестовская, д. 10, подъезд 2

телефон: +7 (495) 988-47-94

факс: +7 (495) 988-47-94

электронная почта: generium@generium.ru

www.generiumzao.ru



Группа компаний «ГЕНЕРИУМ» занимает лидирующие позиции в России в исследовании, производстве и продвижении оригинальных биотехнологических препаратов в области лечения гемофилии, туберкулеза, рассеянного склероза, онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний.

Единственный в России научно-исследовательский биотехнологический центр мирового уровня МБЦ «ГЕНЕРИУМ» и ЗАО «ГЕНЕРИУМ» – инновационное производство генно-инженерных препаратов полного цикла, соответствующее стандартам качества GMP, открывают доступ нашей продукции не только на внутренние, но и внешние рынки.

Группой компаний производится 6 биотехнологических препаратов. Более 200 научных сотрудников МБЦ «ГЕНЕРИУМ» в настоящее время разрабатывают и проводят доклинические исследования около 30 генно-инженерных лекарственных средств, предназначенные для применения в онкологии, гематологии, лечения аутоиммунных, нейродегенеративных и инфекционных заболеваний.

В ряде научных изысканий МБЦ «ГЕНЕРИУМ» принимают участие партнеры из Дании, Израиля, Кубы, США, Франции, ФРГ и Швейцарии. Научные и производственные достижения группы компаний «ГЕНЕРИУМ» неоднократно получали высокую оценку руководства страны, зарубежных и отечественных специалистов, отмечены наградами правительства РФ.



Генфа Медика С.А.

Представительство компании Генфа Медика С.А. Швейцария в г. Москва

119421, Россия, Москва, Ленинский пр., д. 99

факс: +7 (495) 662-5061

электронная почта: mail@genfamedica.com

www.genfamedica.ru



Швейцарская компания представляет крупнейших фармацевтических производителей Аргентины, Канады, Израиля, Индии. Основной задачей компании является создание современных эффективных высококачественных лекарственных препаратов, преимущественно инновационных продуктов и первых дженериковых версий оригинальных препаратов, применяемых в онкологии, пульмонологии, неврологии и других социально значимых областях медицины.



ТЕСТ, КОТОРОМУ ДОВЕРЯЮТ

НОВАЯ СТУПЕНЬ В ДИАГНОСТИКЕ
ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

www.diaskintest.ru

ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЕН

Положительная реакция наблюдается у 98–100% больных активным туберкулезом и у лиц с высоким риском его развития ($p < 0,05$).*

ВЫСОКОСПЕЦИФИЧЕН

Специфичность теста составляет 90–100% ($p < 0,05$).*

Препарат не вызывает реакции, связанной с БЦЖ-вакцинацией.

* Статья «Клинические исследования нового кожного теста ДИАСКИНТЕСТ® для диагностики туберкулеза». Коллектив авторов. Проблемы туберкулеза. 2009, №2, с. 1–8.

На правах рекламы

ЗАО «ГЕНЕРИУМ», 123317, г. Москва, ул. Тестовская, д. 10
тел./факс +7 (495) 988-47-94

Группа компаний Danone в России

143421, Московская область, Красногорский р-н, 26 км автодороги «Балтия»,
бизнес-центр «Riga Land»
телефон: +7 (495) 775-66-05, +7 (495) 777-90-40
факс: +7 (495) 777-90-41
электронная почта: mosdanone@danone.com
www.danone.ru



Группа компаний Danone в России после объединения в 2010 г. с Компанией Юнимилк является лидером в производстве молочных продуктов. Объем совокупных инвестиций Danone и Юнимилк в России к 2015 году составил около 2 млрд долларов США. Компания производит продукцию под такими брендами, как «Простоквашино», «Активиа», Астимел, «Растишка», «Даниссимо», Danone, «Биобаланс», «Актуаль», «Смешарики», «Тёма» и другие.

Группа компаний Danone в России входит в международную компанию Groupe Danone, которая представлена на 5 континентах и занимает ведущие позиции в четырех областях производства продуктов здорового питания: свежие кисломолочные продукты, детское питание, вода, клиническое питание. Danone владеет 190 производственными центрами, в подразделениях компании работает около 100 000 сотрудников. В 2014 году продажи Danone превысили 21 млрд евро, более 60% этой суммы пришлось на развивающиеся рынки.

ДЕЛЬРУС

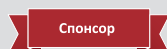
Офис в Москве: ул. Ивана Франко, дом 4, корпус 1
телефон: +7 (495) 363 96 00
электронная почта: delrus@delrus.ru
www.delrus.ru



ДЕЛЬРУС – международная научно-производственная компания, имеющая партнерские отношения с фирмами-производителями медицинских товаров из 30 стран мира, основана в 1991 году. По количеству клиентов, продающих менеджеров, развитию собственной сбытовой и сервисной сети Дельрус является крупнейшей компанией на российском рынке медицинского оборудования и расходных материалов.

ООО «Джонсон & Джонсон»

121614, г. Москва, ул. Крылатская, д. 17, стр. 2
телефон: +7 (495) 726-55-55
факс: +7 (495) 580-90-29
www.jnj.ru



Компания «Джонсон & Джонсон», основанная в 1886 году, на протяжении всей своей истории руководствовалась принципами ответственности, профессионализма и высочайшего уровня качества. Благодаря этому «Джонсон & Джонсон» стала ведущей мировой компанией в области здравоохранения. Сегодня в ее состав входит 170 фирм, расположенные в более чем 50 странах, а продукция корпорации продается в 175 странах. «Джонсон & Джонсон» – одна из первых международных компаний, пришедших на российский рынок. Безрецептурный портфель компании представлен такими известными на Российском рынке торговыми марками, как Доктор Мом®, Тизин®, Гексорал®, Мотилиум®, Микролак® и Johnson's® Baby.

КАЧЕСТВЕННОЕ ПИТАНИЕ — ОСНОВА БУДУЩЕГО ЗДОРОВЬЯ!

**NAN® OPTIPRO® ОБЕСПЕЧИВАЕТ АДЕКВАТНОЕ КОЛИЧЕСТВО
И ВЫСОКОЕ КАЧЕСТВО БЕЛКА НА ПРОТЯЖЕНИИ
ВСЕГО ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ**



С рождения

С 6 месяцев

- Профилактика аллергии
- Укрепление иммунитета
- Оптимизированный белок
- Здоровый рост и развитие
- Легкое усвоение, хорошее пищеварение

ПЕРВЫЙ ВЫБОР



С рождения

С 6 месяцев

- Укрепление иммунитета
- Оптимизированный белок
- Здоровый рост и развитие
- Легкое усвоение, хорошее пищеварение

ОСНОВНОЙ ВЫБОР

Важное замечание: идеальной пищей для ребенка является молоко матери. Необходима консультация специалиста. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ*) рекомендует исключительно грудное вскармливание. Компания «Нестле» поддерживает данную рекомендацию. В соответствии с рекомендацией ВОЗ, беременных и рожениц необходимо информировать о преимуществах грудного вскармливания, обращая особое внимание на то, что именно оно обеспечивает самое рациональное питание и иммунитет детей. Женщинам, родившим детей, нужно объяснить методы подготовки и поддержания лактации, делая акцент на необходимости сбалансированного питания самой женщины как во время беременности, так и после родов. Следует убедить женщину в недопустимости необоснованного введения частичного питания детскими смесями из бутылочки или другой пищи и питья, так как это может отрицательно сказаться на грудном вскармливании. Кроме того, женщины должны знать о том, что возвращение к грудному вскармливанию очень сложно. Давая совет молодой матери об использовании детской смеси, необходимо обратить ее внимание на социальные и финансовые последствия этого решения. Так, если ребенок находится исключительно на искусственном вскармливании, то в неделю требуется более 1 упаковки (400 г) смеси. Поэтому при принятии решения об искусственном вскармливании женщина должна учитывать затраты и финансовые обстоятельства семьи. Женщинам необходимо напомнить, что грудное молоко не только самое лучшее, но и самое экономичное питание для грудных детей. Если принимается решение об искусственном вскармливании, очень важно обучить женщину методам правильного приготовления смеси. При этом особое внимание следует обратить на то, что использование некипяченой воды, нестерилизованных бутылочек, а также неправильное разведение смеси могут стать причиной заболевания ребенка.

* См. Международный кодекс по маркетингу заменителей грудного молока, одобренный Всемирной ассамблеей здравоохранения в резолюции WHA 34.22 в мае 1981 года.

NAN® 1 OPTIPRO® и NAN® Гипоаллергенный 1 OPTIPRO® HA — с рождения, NAN® 2 OPTIPRO® и NAN® Гипоаллергенный 2 OPTIPRO® HA — с 6 месяцев.

© Владелец товарных знаков: Société des Produits Nestlé S. A. (Швейцария). Товар зарегистрирован. Необходима консультация специалиста. **Информация только для медицинских работников.**

contact@ru.nestle.com
8-800-200-20-55
Беларусь: 88-200-011-05-37



Линия ЗАБОТЫ Nestlé
Ответы на вопросы по питанию

Nestlé
Расти Здоровым
с Первых Дней.

ИННОТЕК, ООО, Франция

115035, г. Москва, Садовническая набережная, д.71

телефон: +7 (495) 640-04-58

факс: +7 (495) 640-04-59

электронная почта: innotech@innotech.ru

www.innotech.ru

Ведущий
спонсор



ООО «ИННОТЕК» входит в группу компаний «Иннотера» (Франция), имеющую столетнюю историю и специализирующуюся в области производства лекарственных препаратов и медицинской продукции для лечения наиболее распространенных заболеваний в следующих областях медицины: гинекология, педиатрия, оториноларингология, пульмонология, флебология, гематология. Наличие в портфеле оригинальных препаратов, произведенных во Франции по современным технологиям, качество продукции и разнообразие форм выпуска позволяют много лет удерживать прочные позиции на российском фармацевтическом рынке.

Особое внимание заслуживают препараты: Флюдитек – мукорегулятор с уникальным тройным механизмом действия для лечения заболеваний верхнего и нижнего отделов дыхательного тракта, Тотема – современный мультиэлементный препарат железа с уникальным составом и формой выпуска для профилактики и лечения железодефицитных состояний у детей и взрослых и Гельминтокс – антигельминтное средство.

Kabrita®

Адрес представительства KABRITA® в России

121170, г. Москва, Кутузовский проспект, д.36

телефон: +7 (495) 787-87-73

факс: +7 (495) 787-87-73

электронная почта: kabrita@kabrita.ru

www.kabrita.ru

Спонсор



Смеси Kabrita® GOLD на основе натурального козьего молока производства группы компаний Нургоса (Голландия) – полноценное питание для здоровых детей с рождения. Основа смесей – козье молоко – обеспечивает легкое пищеварение, а современные функциональные ингредиенты (комплекс DigestX®, пребиотики и пробиотики, омега-кислоты DHA и ARA и нуклеотиды) способствуют гармоничному развитию, росту и защите малыша с рождения до 3 лет.

Группа компаний Нургоса – это опыт производства молочных продуктов, новейшие технологии фермерского хозяйства и молочного производства по схеме «от фермы до бутылочки», а также высокие стандарты качества (НАССР, ISO, СОКЗ).

КардиоМед, ООО

119334, г. Москва, Донской 5-й проезд, д. 15

телефон:/факс: +7 (495) 955-52-57 / 58 / 40

электронная почта: info@cardiomed.ru

www.cardiomed.ru



ООО «КардиоМед» специализируется в поставках медицинского оборудования для акушерства и гинекологии, неонатологии, анестезиологии и реаниматологии таких производителей, как РПТ Уникос, Neoventa Medical, Bistos, Tosan, Cosmed, GE Healthcare, Mindray, Phillips Medical, BБраун и многих других.

КардиоМед имеет собственную сервисно-техническую базу, а также является производителем отечественных фетальных мониторов для ведения беременности и родов, представленных на рынке под брендом «Уникос». Как производитель КардиоМед выступила в программе развития отечественной медицинской промышленности до 2020 года в качестве эксперта по анализу статистических данных по пренатальной и младенческой смертности.

ТОТЕМА®

Fe²⁺

50 мг

+

Mn

1,33 мг

+

Cu

0,70 мг



Реклама

КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ*

по применению лекарственного препарата **ТОТЕМА®**

Лекарственная форма: раствор для приема внутрь. **Состав.** Действующие вещества: железа глюконат дигидрат, марганца глюконат, меди глюконат. **Фармакотерапевтическая группа:** железа препарат. **Показания к применению:** лечение и профилактика железодефицитных анемий у взрослых и детей с 3-х месячного возраста, вызванных различными причинами: кровотечения; повышенная потребность в железе (беременность); недостаточность поступления железа с пищей или нарушение его всасывания. **Противопоказания:** анемии, не связанные с дефицитом железа; гемохроматоз, гемосидероз; талассемия; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения; интоксикация свинцом; повышенная чувствительность к компонентам препарата; детский возраст до 3-х месяцев; интоксикация медью или марганцем, болезнь Вильсона-Коновалова; дефицит сахаразы/изомальтазы, непереносимость фруктозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция. **С осторожностью:** сахарный диабет. **Беременность и грудное вскармливание:** разрешено применение в период беременности и грудного вскармливания. **Способ применения и дозы:** внутрь, перед приемом пищи; содержимое ампулы растворяют в простой или подслащенной воде. **Лечение:** Взрослым: 100 – 200 мг железа, т.е. 2-4 ампулы препарата в сутки. Детям старше 3-х месяцев: из расчета 5-7 мг/кг массы тела в сутки в 2-4 приема. **Профилактическое применение:** взрослым и женщинам в период беременности, начиная с 4-го месяца, по 50 мг (1 ампула) железа в сутки. Детям: в зависимости от возраста препарат назначают в дозе, составляющей от ¼ до ½ суточной терапевтической дозы. Длительность лечения определяется индивидуально. Средняя продолжительность приема препарата от 3 до 6 месяцев (до восстановления запасов железа в организме). **Побочное действие.** Аллергические реакции, потемнение эмали зубов. Окрашивание кала в черный цвет (является нормой), желудочно-кишечные расстройства: изжога, тошнота, рвота, диарея, запор, боли в области эпигастрия. **Взаимодействие с другими лекарственными средствами.** Снижает всасывание бифосфонатов, ципрофлоксацина, тетрациклинов. Соли, оксиды и гидроксиды магния, алюминия и кальция нарушают всасывание солей железа (интервал между приемами – не менее 2 часов). Нельзя сочетать с приемом других препаратов железа, в том числе для парентерального введения. **Особые указания.** В 1 ампуле препарата содержится ¼ хлебной единицы, в максимальной суточной дозе (в 4 ампулах препарата) 1 хлебная единица. Избыточное употребление чая подавляет всасывание железа. Во избежание потемнения эмали зубов следует избегать длительного пребывания раствора препарата в полости рта. Пациентам с сахарным диабетом необходимо учитывать, что 10 мл препарата содержат 3 г сахарозы. Во время лечения препаратами железа у пациентов может наблюдаться черный кал, однако, это не требует медицинского вмешательства. Во время лечения препаратами железа анализ кала на скрытую кровь может дать ложноположительный результат.

Регистрационное удостоверение: П N015590/01.

e-mail: innotech@innotech.ru; www.innotech.ru

* Для получения полной информации, пожалуйста, ознакомьтесь с инструкцией по медицинскому применению лекарственного препарата **ТОТЕМА®**.

INNOTECH
RUSSIA

КОСМОФАРМ, ООО

119435, г. Москва, ул. Малая Пироговская, д. 18, стр.1, офис 304

телефон: +7 (495) 644-00-31

электронная почта: office@cosmopharm.ru

www.cosmopharm.ru

ООО «КОСМОФАРМ» – российская динамично развивающаяся фармацевтическая компания, деятельность которой связана с дистрибуцией и маркетинговым продвижением готовых препаратов.

В портфель компании входят оригинальные препараты, успешно применяемые в педиатрии, гинекологии, оториноларингологии и др.: пробиотики Ливео, лекарство от простуды и гриппа Медитонзин, таблетки для рассасывания от боли в горле Доритрицин, препарат магния Магний-Диаспорал 300, Бебисан Дз-источник витамина D в масляной форме, Медивитан – комплекс витаминов B₆, B₁₂ и фолиевой кислоты для внутривенного и внутримышечного введения, препараты железа – Космофер и Монофер.



КРКА ФАРМА (KRKA PHARMA)

123022, Россия, г. Москва, ул. 2я Звенигородская, д. 13, стр. 41 (5 этаж), стр. 43 (6 этаж)

телефон: +7 (495) 981-10-95

факс: +7 (495) 981-10-91

Международная фармацевтическая компания КРКА входит в число ведущих производителей в мире. Продукция КРКА представлена более чем в 70 странах.

Основное преимущество всей продукции компании КРКА – высокое качество. Все препараты компании производятся с соблюдением строгих правил и требований, предъявляемых к производству лекарственных средств международными стандартами GMP. Ассортимент выпускаемых изделий: рецептурные и безрецептурные препараты, ветеринарная продукция. Также компания КРКА предоставляет услуги курортного лечения в Словении. Благодаря высококачественной продукции, компания КРКА пользуется высокой степенью доверия и уважением всего медицинского сообщества.



МСД Фармасьютикалс, ООО

115093, Россия, г. Москва, ул. Павловская, 7, стр. 1, БЦ «Павловский»

телефон: +7 (495) 916-7100

факс: +7 (495) 916-7094

www.msdl.ru

Официальный
спонсор

Фармацевтическая компания MSD, известная как Merck & Co. в США и Канаде, является одним из мировых лидеров в области здравоохранения, ведущей научно-исследовательской компанией, которая помогает улучшить здоровье и благополучие людей во всем мире. Компания присутствует более чем в 140 странах, поставляя рецептурные лекарственные препараты, вакцины, биологические препараты, безрецептурные лекарственные средства и ветеринарные препараты. Реализуя широкомасштабные инициативы, программы и партнерские проекты, компания MSD также способствует расширению доступа к медицинскому обслуживанию.



НАШ ВКЛАД В ЗДОРОВЬЕ РОССИИ

Компания MSD – одна из ведущих фармацевтических компаний в мире. Мы разрабатываем, производим и поставляем рецептурные лекарства, вакцины и биологические препараты, которые помогают сохранять и улучшать здоровье людей. В портфеле MSD представлены препараты для лечения онкологических заболеваний, сахарного диабета, гепатита С, ВИЧ, а также воспалительных, респираторных, сердечно-сосудистых и других заболеваний. В России компания работает с 1991 года, концентрируя внимание на обеспечении доступности инновационных лекарств и вакцин, партнерстве с локальными производителями и ведущими учебными и медицинскими учреждениями, а также поддержке медицинского образования. Мы применяем свой международный опыт, чтобы внести вклад в развитие российского здравоохранения и фармацевтической промышленности. Подробнее о компании читайте на сайте msd.ru.

Реклама

 **MSD**
Be well

ООО «Нестле Россия»

115054, Россия, г. Москва, Павелецкая пл., 2, стр. 1
телефон: +7 (495) 725-70-00
www.nestlenutrition-institute.org

Официальный
спонсор



Good Food, Good Life

НЕСТЛЕ – транснациональная швейцарская корпорация, мировой лидер в производстве продуктов питания для широкого круга потребителей.

Научный подход и прикладные исследования являются основой деятельности компании с момента ее основания.

Сегодня компания НЕСТЛЕ закрепила за собой репутацию мирового эксперта в области питания более чем в 120 странах мира.

В России компания НЕСТЛЕ представляет широкий ассортимент продуктов питания высшего качества для детей раннего возраста, разработанных на основе современных научных исследований.

В их числе заменители грудного молока под торговой маркой NAN, PreNAN и Nestogen, дополнительное молочное питание для беременных женщин и кормящих матерей: «Мама и Я»®

ООО «Новартис Фарма»

125315, Россия, Москва
Ленинградский проспект, 72/3
Телефон: +7 (495) 967-12-70
Факс: +7 (495) 967-12-68
www.novartis.ru

«Новартис Фарма» – один из признанных мировых лидеров в разработке оригинальных рецептурных лекарственных препаратов, решений и услуг для пациентов, врачей и организаций в сфере здравоохранения. Основные направления деятельности компании включают кардиологию, эндокринологию, ревматологию, онкологию, неврологию, офтальмологию, трансплантологию, иммунологию и область респираторных заболеваний. Текущий портфель компании включает более 50 оригинальных инновационных препаратов для лечения заболеваний, а также повышения качества жизни пациентов.

Входит в группу компаний «Новартис». Штаб-квартира расположена в г. Базель, Швейцария. Общая численность сотрудников насчитывает около 60 000 человек в 140 странах мира. В России подразделение «Новартис Фарма» существует с 1996 года. Число сотрудников около 650 человек. Офисы компании расположены в Москве, Санкт-Петербурге, Екатеринбурге, Новосибирске, Казани и Ростове-на-Дону.

«Новартис Фарма» имеет мощный портфель эффективных инновационных препаратов с действующими патентами, а также молекул в развитии. В 2014 году компания инвестировала около 7 млрд. долларов США (22% общего объема продаж) в программу научных исследований и разработок, охватывающую проекты на различных стадиях клинического развития. В том числе, потенциальные новые продукты, новые показания и новые лекарственные формы существующих препаратов.

Миссия компании в России – быть надежным партнером государства в развитии фармацевтической отрасли и улучшении системы здравоохранения. Компания активно сотрудничает с ведущими академическими и исследовательскими учреждениями России, поддерживает развитие ключевых терапевтических направлений в медицинской науке и практике и занимает одно из лидирующих мест по количеству клинических исследований среди иностранных производителей.

Забота о пациентах лежит в основе всей деятельности Группы компаний «Новартис». «Новартис Фарма» активно поддерживает программы, направленные на помощь пациентам по различным терапевтическим направлениям, в том числе, образовательные программы для врачей и пациентов в различных регионах России.

Российское подразделение компании регулярно становится лауреатом самых престижных премий профессионалов фармацевтической области, среди которых: Prix Galien и «Платиновая унция». В 2014 году «Новартис Фарма» второй год подряд вошла в ТОП-10 лучших работодателей России по версии исследовательской компании Aon Hewitt и в 4-ый раз стала «Работодателем мечты» по результатам опроса портала Medpred.ru.



теперь с **6**
месячного возраста
и при ларинготрахеите*

Дышите глубже!
Живите ярче...

Полноценный курс лечения:

- ✓ Бронхиальной астмы
- ✓ ХОБЛ
- ✓ Ларинготрахеита

Буденит Стери-Неб

Будесонид.
Суспензия для ингаляций дозированная.
0,25 мг/мл №20, №60; 0,5 мг/мл №20, №60

- Высокий профиль стерильности с 3-ступенчатой системой «горячего запечатывания»
- new!** • Возможность использования с 6-месячного возраста*
- new!** • Возможность использования при ларинготрахеите (крупе)*
- До 40% доступнее оригинального препарата – гарантия завершения курса терапии**

Отпускается по рецепту. Перед применением необходимо ознакомиться с инструкцией по медицинскому применению.
*Инструкция по медицинскому применению препарата Буденит Стери-Неб (изменение №4 от 14.01.2013г., ЛСП-004200/10)
**Зарегистрированные цены на сайте www.gris.rosminzdrav.ru

TEVA

Мы делаем здоровье
доступным во всем мире

За дополнительной информацией обращаться:
Общество с ограниченной ответственностью «Тева»
Россия, 119049, Москва, ул. Шаболовка, д. 10, корп. 2 |
Тел. +7.495.6442234 | Факс. +7.495.6442235 | www.teva.ru
Группа компаний Teva: ООО «Тева» | ООО «ПЛИВА РУС» |
ООО «ратиофарм РУС» | IVAX | PLIVA | ratiopharm

Реклама



BUDN-RU-00005-DOK-PHARM-30082017

Нутриция, ООО

141407, Россия, Химки, ул. Панфилова, 19, стр. 1
телефон: +7 (495) 739 48 09
факс: +7 (495) 739 48 09
электронная почта: info@nutricia.ru
www.nutricia.ru
www.nutricia.com

Генеральный
спонсор

NUTRICIA
ПЕРВАЯ ДЛЯ ЖИЗНИ®

Компания Nutricia, признанный лидер производства продуктов детского питания, была основана в 1896 году в голландском городке Зотермеер. Сейчас продукция компании представлена более чем в 100 странах мира, а ее широкий ассортимент учитывает потребности всех нуждающихся в детском и лечебном питании. В 2007 году Nutricia вошла в состав подразделения детского питания Danone (Danone Nutricia Early Life Nutrition).

Nutricia уверена, что грудное молоко является лучшим питанием для младенцев. Nutricia постоянно проводит исследования грудного молока и создает инновационные продукты на базе крупнейших научно-исследовательских центров Nutricia Research в Нидерландах и Сингапуре.

Nutricia соблюдает Международный свод правил сбыта заменителей грудного молока, принятый Всемирной организацией здравоохранения в 1981 году для безопасного и правильного питания младенцев.

В России Nutricia начала работать в 1994 году, а в 1995 году приобрела завод по производству детского питания в г. Истра (Московская область) и полностью его модернизировала. На сегодняшний день завод Nutricia в Истре – передовое российское предприятие по производству детского питания, работающее по высочайшим европейским стандартам качества и безопасности. У компании развитая сеть региональных представительств по всей России – Москва, Санкт-Петербург, Нижний Новгород, Самара, Ростов-на-Дону, Новосибирск, Владивосток и Екатеринбург.

Nutricia представляет на российском рынке продукты питания для детей раннего возраста: молочные смеси, напитки и каши Nutrilon, молочные смеси и каши «Малютка», молочные смеси «Малыш».



АО «Олайнфарм», Латвия

115193, Москва, ул. 7-я Кожуховская, д. 20
телефон: +7 (495) 679-07-83
факс: +7 (495) 679-07-83
www.olainfarm.ru

АО «OlainFarm» – одно из крупнейших предприятий стран Балтии с более чем сорокалетним опытом в области создания и производства лекарственных препаратов, активных химических субстанций и других химических веществ, экспортная доля которого составляет около 80% во многие страны мира. Фундаментальная научно-производственная база и сотрудничество с ведущими научно-исследовательскими учреждениями Латвии и России позволили создать портфель продуктов, востребованный в 30 странах мира, в том числе в СНГ, США, Европе, Скандинавских странах, Африке, Австралии, странах Арабского мира и т.д.

Орион Фарма, ООО

119034, Россия, Москва, Сеченовский пер, д.6, стр.3
телефон: +7 (495) 363-50-71/72/73,
факс: +7 (495) 363-50-74
электронная почта: orion@orionpharma.ru
www.orionpharma.ru

«Орион Фарма» в России – часть группы компаний Орион в мире.

«Орион Фарма» – это дочерняя компания фармацевтического подразделения Orion Corporation, Финляндия. Орион Фарма является европейской инновационной научно-исследовательской фармацевтической компанией, специализирующейся на разработке и производстве готовых лекарственных форм и субстанций для фармацевтической индустрии. Основное производство сконцентрировано на заводах в Финляндии.

Представительство компании в Москве существует с 1989 года. Наша основная цель – дать возможность пациентам и профессионалам здравоохранения России использовать максимально эффективное лечение инновационными и высококачественными препаратами.



Нутрилон — индивидуальное решение с пользой для развития каждого ребенка

ЗДОРОВЫЕ ДЕТИ

ДЕТИ С ПРОБЛЕМАМИ ПИЩЕВАРЕНИЯ

ДЕТИ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ АЛЛЕРГИИ



Нутрилон Премиум



Нутрилон Комфорт



Нутрилон Гипоаллергенный

NUTRICIA
Nutrilon

№ 1

в лечебно-профилактических
смесях*

* Нутрилон — бренд №1 в денежном выражении в категории заменителей грудного молока, в сегменте «Лечебно-профилактические смеси для питания детей до года». Расчеты ООО «Нутриция» частично основаны на данных, содержащихся в отчетах Nielsen по аудиту розничной торговли в категории заменителей грудного молока, в сегменте «Лечебно-профилактические смеси» (сегмент определен клиентом) за период июль 2014 г. — июнь 2015 г. в Российской Федерации. Действительно на 11.08.2015 г. (© 2015, ООО «ЭЙ СИ НИЛЬСОН»).

Смеси Нутрилон — питание при отсутствии возможности грудного вскармливания. Грудное молоко является лучшим питанием для здорового роста и развития малыша. Врачу следует объяснить матери преимущества грудного вскармливания, обучить способам сохранения лактации, а также предупредить, что перед применением смеси необходимо проконсультироваться с врачом.

Производство Нутрилон — питание для детей с рождения до 3 лет. Premium = Премиум. Pm1838/10.15

Pronutri+ = Пронутри+. ГОС/ФОС — галакто- и фруктоолигосахариды.

Информация только для сотрудников системы здравоохранения.

Пфайзер, ООО

Официальный спонсор

123317, Москва, Пресненская наб., д.10 БЦ «Башня на Набережной» (Блок С)

телефон: +7 (495) 287-50-00

факс: +7 (495) 287-530-0

электронная почта: Russia@pfizer.com

Спонсор информационной рассылки



Pfizer – одна из ведущих биофармацевтических компаний мира. Применяя инновации и используя глобальные ресурсы, Pfizer работает для улучшения здоровья и самочувствия людей на каждом этапе жизни. Диверсифицированный портфель продуктов компании включает лекарственные препараты и вакцины, а также продукцию для здорового питания и ряд хорошо известных во всем мире безрецептурных препаратов.

Вот уже более 160 лет Pfizer старается улучшить жизнь тех, кто рассчитывает на нас.

Recordati

Россия, Москва, 123610, Краснопресненская наб., д. 12

телефон: +7(495) 258-20-06

факс: +7(495) 258-20-07

электронная почта: info@rusfic.com

www.rusfic.ru



Компания Recordati основана в 1926 году. Сегодня продукция Recordati представлена более чем в 100 странах – в Европе, в США и России. Компания занимается реализацией лекарственных препаратов партнеров, например, компании Омега: Пара Плюс, Спрегаль и А-Пар. Пара Плюс, препарат для лечения педикулеза у детей и взрослых с доказанной 100% эффективностью. Спрегаль – препарат для лечения чесотки, лидер рынка. А-Пар уникальный препарат для уничтожения вшей и чесоточных клещей на одежде и поверхностях, предотвращает повторное заражение.

РЕКИТТ БЕНКИЗЕР ХЭЛСКЭР

123022, Москва, ул. Кожевническая, д. 14

телефон: +7 (495) 961-25-65

факс: +7 (495) 961-25-66

www.rb.com



«Reckitt Benckiser Healthcare» – одна из самых быстроразвивающихся компаний-производителей безрецептурных лекарственных препаратов в мире. К основным направлениям деятельности компании относятся: обезболивающие и жаропонижающие средства («Нурофен», «Нурофен для Детей»), препараты от боли в горле («Стрепсилс», «Стрепсилс Интенсив»), альгинаты (Гевискон) и средства для ухода за кожей (дерматокосметика, «Клерасил»).

Нурофен – современное болеутоляющее, жаропонижающее и противовоспалительное средство, активным действующим веществом которого являются ибупрофен.

Для детей от 3 месяцев существует «Нурофен для Детей». Не содержит алкоголь, сахар и искусственные красители.

Стрепсилс – уникальное средство от боли в горле для детей и взрослых.

Стрепсилс Плюс – лекарство от сильной боли в горле.

Стрепсилс Интенсив – новое решение в области лечения боли в горле. В его состав входит нестероидное противовоспалительное средство – флурбипрофен.

Гевискон – первый альгинатный антирефлюксный препарат в России.

Сделайте шаг к защите от пневмококковой инфекции Максимальный охват серотипов среди конъюгированных вакцин¹⁻³



Превенар 13

Вакцина пневмококковая полисахаридная конъюгированная адсорбированная, тринадцативалентная

* от 2 месяцев до 5 лет

Первая и единственная пневмококковая
конъюгированная вакцина для детей*
и взрослых старше 50 лет

ИНСТРУКЦИЯ по применению лекарственного препарата для медицинского применения ПРЕВЕНАР® 13 (вакцина пневмококковая полисахаридная конъюгированная адсорбированная, тринадцативалентная)

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА:

суспензия для внутримышечного введения
Вакцина Превенар® 13 представляет собой капсулярные полисахариды 13-ти серотипов пневмококка: 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F и 23F, индивидуально конъюгированные с дифтерийным белком CRM₁₉₇ и адсорбированные на алюминия фосфате.

НАЗНАЧЕНИЕ

- профилактика заболеваний, вызываемых *Streptococcus pneumoniae* серотипов 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F и 23F (включая бактериемии, сепсис, менингит, пневмонию и острый средний отит) у детей в возрасте 2 мес – 5 лет;
- профилактика пневмококковых заболеваний (в том числе пневмонии и инвазивных заболеваний), вызываемых *Streptococcus pneumoniae* серотипов 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F и 23F, у взрослых в возрасте 50 лет и старше.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Повышенная чувствительность на предшествующее введение Превенар® 13 или Превенар® (в том числе, анафилактический шок, тяжело генерализованные аллергические реакции);
повышенная чувствительность к дифтерийному анатоксину и/или вспомогательным веществам;
острые инфекционные или неинфекционные заболевания, обострения хронических заболеваний. Вакцинацию проводят после выздоровления или в период ремиссии.

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ

Способ введения: Вакцину вводят внутримышечно – в переднебоковую поверхность бедра (детям до 2-х лет) или в дельтовидную мышцу (лицам старше 2-х лет), в разовой дозе 0,5 мл.

Не вводить Превенар® 13 внутривенно, внутрикочно и внутримышечно в ягодичную область!

Схема вакцинации:

Возраст начала вакцинации	Схема вакцинации	Интервалы и дозировка
2 мес-6 мес	3+1 или 2+1	Индивидуальная иммунизация (в том числе особым группам пациентов): 3 дозы с интервалами между введениями не менее 1 мес. Первую дозу можно вводить детям с возраста 2 месяцев. Ревакцинацию проводят однократно в 11-15 мес. Массовая иммунизация детей: 2 дозы с интервалом между введениями не менее 2 мес. Первую дозу можно вводить детям с возраста 2 месяцев. Ревакцинацию проводят однократно в 11-15 мес.
7-11 мес	2+1	2 дозы с интервалом не менее 4 нед между введениями. Ревакцинация однократно на втором году жизни
12-23 мес	1+1	2 дозы с интервалом не менее 8 нед между введениями
2-5 лет	1	Однократно
50 лет и старше	1	Однократно

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ДРУГИМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ И ПРОЧИЕ ВИДЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ

Превенар® 13 сочетается с любыми другими вакцинами, входящими в календарь иммунизации детей первых лет жизни. Превенар® 13 можно вводить детям одновременно (в один день) с любыми следующими антигенами, входящими в состав как моновалентных, так и комбинированных вакцин: дифтерийным, столбнячным бесклеточным или цельноклеточным коклюшным, *Haemophilus influenzae* тип b, инактивированным полиомиелитным, гепатита В, коревым, эпидемического паротита, краснухи и ветряной оспы – без изменения реактогенности и иммунологических показателей. При одновременной вакцинации Превенар® 13 и другими вакцинами инъекции делаются в разные участки тела.

Лица в возрасте 50 лет и старше

Превенар® 13 можно вводить одновременно с тривалентной инактивированной гриппозной вакциной.

Условия хранения

При температуре от 2 до 8 °С. Не замораживать.

Срок годности

3 года

Претензии потребителей направлять по адресу:

1) Представительство компании Пфайзер Эйч. Си. Пи. Корпорейшн, 123317 Москва, Пресненская наб., д. 10, БЦ

«Башня на Набережной» (Блок С)

Телефон: (495) 287-5000 Факс: (495) 287-5300

2) ООО «НПО Петровакс Фарм», Российская Федерация 142143, Московская область, Подольский район, с. Покров,

ул. Соная, д. 1.

Тел./факс: (495) 926-2107 e-mail: info@petrovax.ru

Список литературы:

1. Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Превенар® 13 от 12.07.2012. ЛП 000798-120712 2. Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Синфлорикс ЛП 001412-110112 3. WHO position paper on pneumococcal vaccines /Weekly epidemiological record, No. 14, 6 April 2012, 129-144/

На правах рекламы

ООО «Пфайзер», Россия, 123317, Москва,
Пресненская наб., д. 10, БЦ «Башня на Набережной» (Блок С)
Тел.: +7 (495) 287 50 00. Факс: +7 (495) 287 53 00.



WRUPRVMOI5030

Рош-Москва, ЗАО

107031, Москва Трубная площадь, дом 2
телефон: +7 (495) 229-29-99
факс: +7 (495) 229-79-99
www.roche.ru

Спонсор



Компания «Рош» входит в число ведущих компаний мира в области фармацевтики и является лидером в области диагностики *in vitro* и гистологической диагностики онкологических заболеваний. Стратегия, направленная на развитие персонализированной медицины, позволяет компании «Рош» производить инновационные препараты и современные средства диагностики, которые спасают жизнь пациентам, значительно продлевают и улучшают качество их жизни. Компания была основана в 1896 году в Базеле, Швейцария. В 2014 году штат сотрудников группы компаний «Рош» составил 88 500 человек, инвестиции в исследования и разработки 8,9 миллиардов швейцарских франков.

Санофи

125009, Москва, ул. Тверская, д. 22
телефон: +7 (495) 721-14-00
www.sanofi.ru

Генеральный спонсор



Санофи – один из глобальных лидеров в области здравоохранения, в центре внимания которого – потребности и нужды пациентов во всём мире. Санофи предлагает диверсифицированный портфель лекарственных средств, вакцин и инновационных терапевтических решений. Компания представлена в 100 странах на пяти континентах и насчитывает около 110 000 сотрудников в мире.

Санофи присутствует в России с 1970 г. и предлагает пациентам обширный портфель оригинальных лекарственных средств, дженериков и безрецептурных препаратов в ключевых терапевтических областях (сахарный диабет, онкология, сердечно-сосудистые заболевания, заболевания центральной нервной системы, внутренние болезни, тромбозы, редкие заболевания), а также вакцины и препараты для животных. В Санофи в России работает более 2 тыс. сотрудников. Компания является лидером российского фармацевтического рынка[1].

[1] IMS, 2014 г. На рынке без вакцин и препаратов против редких заболеваний. Источник: Санофи

Сервье, ЗАО

115054, г. Москва, Павелецкая площадь, д. 2, стр. 3
телефон: +7 (495) 937 07 00
электронная почта: events@ru.netgrs.com
www.servier.ru

Спонсор



Компания Сервье (основана в 1954 году в Орлеане Доктором Жаком Сервье) – лидирующая независимая фармацевтическая компания Франции; представлена в 140 странах на 5 континентах. 27% оборота компании инвестируется в научные исследования и разработки инновационных препаратов.

Сервье работает в России более 23 лет, входит в топ-10 ведущих фармацевтических компаний. В 2000 году в Москве открыт Центр клинических исследований Сервье.

Сервье – одна из первых международных фармацевтических компаний, локализовавших производство на собственном предприятии в России: в 2007 году был открыт GMP завод «Сердикс».



**НЕВЕСЁЛЫЕ
ЗАГАДКИ :-)**



1. Сложно подниматься по лестнице. Сложно дышать, лёжа на спине. Сложно моему врачу правильно поставить диагноз. Что это такое?

2. Один врач думал, что это – полимиозит. Другой думал, что это – миастения. Ни один из диагнозов не был правильным. Что это?



3. Постановка диагноза какого прогрессирующего нервно-мышечного заболевания занимает в среднем 7 лет¹, хотя оно диагностируется простым анализом крови?



Б•О•Л•Е•З•Н•Ь П•О•М•П•Е

ТЯЖЕЛОЕ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЕ И ЧАСТО ФАТАЛЬНОЕ НЕЙРОМЫШЕЧНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, КОТОРОЕ, НЕСМОТЯ НА ЯРКИЕ СИМПТОМЫ, ЧАСТО ОСТАЕТСЯ НЕДИАГНОСТИРОВАННЫМ¹

 **Myozyme[®]**
(alglucosidase alfa)

Первый и единственный препарат для лечения болезни Помпе, который меняет естественное течение заболевания за счет улучшения и поддержания функции мышц, что позволяет пациентам вести более активную и полноценную жизнь^{2,3,4}



1. Hirschhorn R, Reuser A.J. Glycogen storage disease type II: acid alpha-glucosidase (acid maltase) deficiency. In: Scriver C, Beaudet A, Sly W, et al. The Metabolic and Molecular Bases of Inherited Disease. New York: McGraw-Hill 2001; 3389-3420.
2. van der Ploeg AT, Barohn R, Carlson L, et al. Open-label extension study following the Late-Onset Treatment Study (LOTS) of alglucosidase alfa. Mol Genet Metab. Nov 2012;107(3):456-461.
3. van Capelle CI, van der Beek NA, Hagemans ML, et al. Effect of enzyme therapy in juvenile patients with Pompe disease: a three-year open-label study. Neuromuscul Disord. Dec 2010;20(12):775-782.
4. van der Ploeg AT, Clemens PR, Corzo D, et al. A randomized study of alglucosidase alfa in late-onset Pompe's disease. N Engl J Med. Apr 2010; 362(15):1396-1406.

Такеда Фармасьютикалс, ООО

119048, г. Москва, ул. Усачева, д. 2, стр.1
телефон: +7 (495) 933-55-11
факс: +7 (495) 502-16-25
электронная почта: Russia@takeda.com
<http://www.takeda.com.ru>

Ведущий
спонсор



ООО «Такеда Фармасьютикалс» («Такеда Россия») входит в состав Takeda Pharmaceutical Company Limited с сентября 2011 года. Компания имеет представительства в более чем 70 странах мира, с традиционно сильными позициями в Азии, Северной Америке, Европе, а также на быстрорастущих развивающихся рынках, включая Латинскую Америку, Россию-СНГ и Китай. Takeda сосредотачивает свою деятельность на таких терапевтических областях, как сердечно-сосудистые и метаболические заболевания, иммунные нарушения и респираторные заболевания, заболевания центральной нервной системы, общая терапия и вакцины.

ООО «Тева», Израиль

115054, Москва, ул. Валовая, д. 35
телефон: +7 (495) 644-22-34
факс: +7 (495) 644-22-35/36
www.teva.ru

Ведущий
спонсор



Teva в мире. Компания Teva Pharmaceutical Industries Ltd. входит в число крупнейших международных фармацевтических компаний и является абсолютным лидером среди производителей воспроизведенных лекарственных препаратов (генериков). Основными направлениями работы компании являются разработка, производство и продвижение воспроизведенных и инновационных лекарственных препаратов. На сегодняшний день продуктовый портфель компании включает более 1000 молекул и более 55 тысяч лекарственных препаратов. Teva входит в десятку крупнейших фармацевтических компаний и имеет представительства в более чем 60 странах мира. 66 заводов компании, расположенные в разных точках Земли, ежегодно производят около 64 миллиардов таблеток и капсул. В общей сложности штат компании насчитывает 45 000 сотрудников, одна тысяча из которых – в России.

Teva в России. С 1995 года компания Teva представлена на российском рынке, где она входит в пятерку крупнейших фармацевтических компаний в своем сегменте. Сегодня деятельность компании на территории России сосредоточена на следующих направлениях: ЦНС, Пульмонология, Онкология, Кардиология, Костный метаболизм, Вирусные инфекции, Безрецептурные препараты. Российскому рынку Teva уделяет особое внимание, что в первую очередь объясняется высокой потребностью населения в высококачественных лекарственных средствах с доказанной эффективностью и безопасностью. В скором времени значительную часть лекарственных препаратов компания Teva начнет производить на новом заводе в Ярославской области. Основной принцип, которым компания Teva руководствуется в России, заключается в обеспечении высокого качества лекарственных препаратов по доступной цене. И в этом заключается вклад Teva в развитие российского здравоохранения.

Фармстандарт, ПАО

141701, Московская область, г. Долгопрудный, Лихачевский проезд, дом 5Б
телефон: +7 (495) 970-0030/32
www.pharmstd.ru

Спонсор



ПАО «Фармстандарт» – лидирующая фармацевтическая компания в России, занимающаяся разработкой и производством современных, качественных, доступных лекарственных препаратов. Начиная с 2004 года, было разработано и внедрено более 60 новых лекарственных препаратов в сотрудничестве с ведущими научными центрами России.

ПАО «Фармстандарт» является участником совместного биотехнологического проекта «Генериум» по разработке и производству социально значимых препаратов в рамках государственной программы импортозамещения.

Все производственные мощности Компании полностью отвечают требованиям российских стандартов. 6 производственных линий ОАО «Фармстандарт-Лексредства» получили сертификаты соответствия европейским стандартам European Union Good Manufacturing Practice (Европейские стандарты надлежащей производственной практики).

Более 120 препаратов (с учётом всех форм и дозировок) входят в «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов».

Для «железного» здоровья Ваших пациентов*

- ☉ Восстановление уровня гемоглобина и запасов железа¹
- ☉ Хорошая переносимость¹
- ☉ Высокая приверженность к лечению¹



Предпочи-
телен
для детей
до 3 лет

Предпочи-
телен
для детей
старше 3 лет

Необходим
курсовый прием
3-5 месяцев**



* Для пациентов с железодефицитной анемией, латентным дефицитом железа и повышенной потребностью в железе².

** Продолжительность лечения клинически выраженного дефицита железа (железодефицитной анемии) составляет 3-5 месяцев до нормализации содержания гемоглобина².

1. Del Aguila CM & Nunez O. Revista del AWGLA 2004;1:33-42.

2. Инструкция по медицинскому применению препарата Мальтофер®.

Сокращенная инструкция по применению.

Торговое название: Мальтофер® (Maltofer®). МНН или группировочное название: железа (III) гидроксид полимальтозат. Активное вещество: железа (III) гидроксид полимальтозат. Лекарственная форма: капли для приема внутрь. Показания к применению: Лечение дефицита железа без анемии (латентного дефицита железа) и лечение клинически выраженной железодефицитной анемии (ЖДА); Профилактика дефицита железа во время беременности и в период грудного вскармливания, у женщин детородного возраста, у детей, в подростковом возрасте и у взрослых (например, вегетарианцев и пожилых людей). Противопоказания: гиперчувствительность к любому из компонентов препарата; перегрузка железом; нарушение утилизации железа; анемия, не связанная с дефицитом железа; дефицит сахарозы/изомальтазы, непереносимость фруктозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция. Способ применения и дозы: Для приема внутрь. Суточную дозу можно разделить на несколько приемов или принимать за один раз. Мальтофер® следует принимать во время или сразу же после приема пищи. Для точного отмеривания дозы препарата (флакон/контейнер (тубу) следует держать вертикально. Суточная доза препарата зависит от степени дефицита железа. **Лечение ЖДА у детей и взрослых:** лечение до достижения нормального содержания гемоглобина (Hb) занимает приблизительно от 3 до 5 месяцев. После этого лечения следует продолжить в течение 1-2 месяцев в дозе, описанной для случая дефицита железа без анемии, с целью восполнения запасов железа. **Лечение ЖДА во время беременности:** лечение следует продолжать до нормализации содержания гемоглобина (Hb). После этого лечения следует продолжить как минимум до конца беременности в дозе, описанной для случая дефицита железа без анемии, с целью восполнения запасов железа и удовлетворения возрастных в связи с беременностью потребностей в железе. **Лечение и предупреждение дефицита железа без анемии:** занимает приблизительно 1-2 месяцев. Побочное действие: очень частые: изменение цвета кала; частые: диарея, тошнота, диспепсия; нечастые: головная боль, рвота, запор, боль в животе, изменение цвета эмали зубов, сыпь, зуд. Особые указания: Предполагается, что прием препарата Мальтофер® не должен оказывать влияния на суточную потребность в инсулине у пациентов с сахарным диабетом. 1 мл капель содержит 0,01 хлебных единиц. Препарат содержит сахарозу. Вспомогательные вещества натрия метилпарагидроксибензоат и натрия пропилпарагидроксибензоат могут вызывать аллергические реакции (возможно, замедленного типа). Полная информация по препарату содержится в инструкции по медицинскому применению.

Сокращенная инструкция по применению.

Торговое название: Мальтофер® (Maltofer®). МНН или группировочное название: железа (III) гидроксид полимальтозат. Химическое название: железа (III) гидроксид полимальтозат. Лекарственная форма: сироп. Показания к применению: Лечение дефицита железа без анемии (латентного дефицита железа) и лечение клинически выраженной железодефицитной анемии (ЖДА). Повышенная потребность в железе во время беременности и в период грудного вскармливания, донорства крови, интенсивного роста, вегетарианства и пожилого возраста. Противопоказания: установленная гиперчувствительность к железу (III) гидроксид полимальтозату или к любому вспомогательному веществу; перегрузка железом; нарушение утилизации железа; анемия, не связанная с дефицитом железа; дефицит сахарозы/изомальтазы, непереносимость фруктозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция. Способ применения и дозы: Для приема внутрь. Суточную дозу можно разделить на несколько приемов или принимать за один раз. Препарат следует принимать во время или сразу же после приема пищи. Точную дозу препарата можно отмерить с помощью мерного колпачка, прилагаемого к препарату Мальтофер® сироп. Сироп можно смешивать с фруктовыми и овощными соками, или с детской пищей, или с неалкогольными напитками. Суточная доза препарата зависит от степени дефицита железа. **Лечение ЖДА у детей и взрослых:** лечение до достижения нормального содержания гемоглобина (Hb) занимает приблизительно от 3 до 5 мес. После этого лечение следует продолжить в течение 1-2 мес. в дозе, описанной для случая дефицита железа без анемии, с целью восполнения запасов железа. **Лечение ЖДА во время беременности:** лечение следует продолжать до нормализации содержания гемоглобина (Hb). После этого лечение следует продолжить, как минимум, до конца беременности в дозе, описанной для случая дефицита железа без анемии, с целью восполнения запасов железа и удовлетворения возрастных в связи с беременностью потребностей в железе. **Лечение и предупреждение дефицита железа без анемии:** занимает приблизительно 1-2 мес. Побочное действие: очень частые: изменение цвета кала; частые: диарея, тошнота, диспепсия; нечастые: головная боль, рвота, запор, боль в животе, изменение цвета эмали зубов, сыпь (включая экзантему), зуд. Особые указания: суточная доза препарата содержит этанол в количестве от 0,008 г до 0,1 г. При назначении препарата пациентам с сахарным диабетом следует учитывать, что 1 мл сиропа содержит 0,04 хлебных единиц. Препарат содержит сахарозу. Полная информация по препарату содержится в инструкции по медицинскому применению.

Информация для специалистов здравоохранения.

Дата выпуска рекламы: ноябрь 2015 г.

ООО «Такеда Фармасьютикалс»: 119048, Москва, ул. Усацева, 2, стр. 1.

Тел.: (495) 933 5511, факс.: (495) 502 1625, www.takeda.com.ru.

Рег. удостоверение: П N011981/01 от 11.10.2011 г., П N011981/04 от 11.10.2011 г.





Фармцентр ВИЛАР, ЗАО

117216, г. Москва, ул. Грина, д. 7, строение 29
телефон: +7 (499) 519-30-88
электронная почта: info@vilar-farmcenter.ru
www.vilar-plant.ru

ЗАО «Фармцентр ВИЛАР» создано на базе завода «ВИЛАР» – государственного предприятия, существующего более 43 лет.

Главная задача компании – производство новых современных фитопрепаратов. За последние годы ассортимент лекарственных средств достиг более 20 наименований, а объем выпуска резко увеличился, что позволило при высоком качестве продукции сохранить доступные цены. На предприятии работают высококвалифицированные специалисты. Компания имеет Федеральную лицензию на право производства и продажи лекарственных средств.

ФЕРОН, ООО

123098, Москва, ул. Гамалеи, д. 18, корп. А
телефон: +7 (495/499) 193-30-60, 193-43-32, 646-12-19
электронная почта: info@viferon.su
www.viferon.su

ООО «ФЕРОН» – производитель противовирусного иммуномодулирующего препарата ВИФЕРОН® (суппозитории ректальные, мазь и гель). Применяется в педиатрии, неонатологии, гинекологии (в тч. для лечения беременных женщин), дерматологии, урологии, терапии и инфектологии. Оригинальная формула ВИФЕРОН® включает в свой состав интерферон альфа-2в и комплекс антиоксидантов.

За более чем 15-летний опыт работы компанией накоплен огромный опыт применения ВИФЕРОН® при лечении широкого спектра заболеваний (лечение ОРВИ и гриппа, герпесвирусной и уrogenитальной инфекции, вирусных гепатитов В, С и D).



ФИРН М

127055, Москва, пл. Борьбы, 15/1, подъезд «В»
телефон: +7 (495) 956-15-43
электронная почта: firm@grippferon.ru
www.firm.ru

Биотехнологическая компания ФИРН М создана при Академии наук СССР в 1989 году. ФИРН М занимается разработкой, производством и реализацией новых оригинальных лекарственных средств на основе рекомбинантного человеческого интерферона альфа-2в. Выпускает оригинальные препараты: назальные капли и спрей «Гриппферон®» для профилактики и лечения гриппа и ОРВИ, мазь назальную «Гриппферон® с лоратадином», глазные капли «Офтальмоферон®», противогерпетическую мазь «Герпферон®», противоаллергический гель «Аллергоферон®» и суппозитории вагинальные «Вагиферон®». Препараты компании защищены патентами в России, Европе, Австралии, США, Китае, Канаде и других странах. Препараты компании защищены российскими и международными патентами. В разработке также находятся 20 новых препаратов.



Идеальной пищей для грудного ребёнка является молоко матери, но когда врач по медицинским показаниям рекомендует специальное питание, продукты PreNAN® могут стать подходящей альтернативой.

Впервые!

Готовая к употреблению смесь с частично гидролизованным белком*



PreNAN® FM 85

- ▶ Гипоаллергенный обогатитель грудного молока.
- ▶ Высокогидролизированный 100%-ный сывороточный белок.
- ▶ Возможность раннего начала обогащения (1 стик — 1 г/20 мл грудного молока).

PreNAN® Stage 0**

- ▶ Готовая к употреблению смесь.
- ▶ Подходит в качестве единственного источника питания, в том числе для детей с массой тела менее 1000 г.
- ▶ Частично гидролизованный 100%-ный сывороточный белок.
- ▶ Содержание белка 3,6 г/100 ккал.

PreNAN®

- ▶ Сухая смесь для оптимального роста и развития недоношенных детей.
- ▶ Содержание белка 2,9 г/100 ккал.
- ▶ Возможно разведение на 70 и 80 ккал на 100 мл готовой смеси.

ИНФОРМАЦИЯ ТОЛЬКО ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

ВАЖНОЕ ЗАМЕЧАНИЕ: в соответствии с рекомендацией Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ*) беременных и рожениц необходимо информировать о преимуществах грудного вскармливания, обращая особое внимание на то, что именно оно обеспечивает самое рациональное питание и иммунитет детей. Женщинам, родившим детей, нужно объяснить методы подготовки и поддержания лактации, делая акцент на необходимости сбалансированного питания самой женщины как во время беременности, так и после родов. Следует убедить женщину в недопустимости необоснованного введения частичного питания детскими смесями из бутылочки или другой пищи и питья, так как это может отрицательно сказаться на грудном вскармливании. Кроме того, женщины должны знать о том, что возвращение к грудному вскармливанию очень сложно. Давая совет молодой матери об использовании детской смеси, необходимо обратить её внимание на социальные и финансовые последствия этого решения. Так, если ребёнок находится исключительно на искусственном вскармливании, то в неделю требуется более 1 упаковки (400 г) смеси. Поэтому при принятии решения об искусственном вскармливании женщина должна учитывать затраты и финансовые обстоятельства семьи. Женщинам необходимо напомнить, что грудное молоко не только самое лучшее, но и самое экономичное питание для грудных детей. Если принимается решение об искусственном вскармливании, очень важно обучить женщину методам правильного приготовления смеси. При этом особое внимание следует обратить на то, что использование некипячёной воды, нестерилизованных бутылочек, а также неправильное разведение смеси могут стать причиной заболевания ребёнка. *См. Международный кодекс по маркетингу заменителей грудного молока, одобренный Всемирной ассамблеей здравоохранения в резолюции WHA 34.22 в мае 1981 года.

PreNAN® Stage 0 и PreNAN® — для детей с рождения. Необходима консультация специалиста. Товар зарегистрирован. ООО «Нестле Россия». Вопросы направлять по адресу: contact@ru.nestle.com.
Бесплатная горячая линия: 8-800-200-20-55.

* В линейке смесей, маркированных товарным знаком PreNAN®.

** Stage 0 — ступень 0.

© Владелец товарных знаков: Societe des Produits Nestle S. A. (Швейцария).

ЗАО «Фармацевтическое предприятие «Оболенское»

142279, Московская обл., Серпуховский район, п. Оболенск, корп. 7-8
телефон: +7 495 646 28 68
факс: +7 495 646 28 68
электронная почта: info@obolensk.ru
www.obolensk.ru



ЗАО «Фармацевтическое предприятие «Оболенское» основано в 1994 г. на базе Государственного Научного Центра Прикладной Микробиологии.

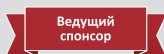
В продуктивном портфеле компании насчитывается более 100 наименований лекарственных средств, среди которых широкий спектр социально значимых препаратов. Приоритетное направление отдается сердечно-сосудистым, гастроэнтерологическим, эндокринологическим, противовирусным препаратам.

Производство ЗАО «ФП «Оболенское» соответствует всем требованиям ГОСТ Р 52249-2009 (GMP) «Правила производства и контроля качества лекарственных средств».

Системы менеджмента качества соответствуют требованиям международного стандарта ISO 9001:2008 и национального стандарта ГОСТ ISO 9001-2011.

Фрисо детское питание

Эксклюзивный дистрибьютор в России ООО «Аника РУ»
115230, Москва, Варшавское шоссе, д. 42, стр. 3
телефон: +7 (495) 775-25-08
факс: +7 (495) 775-25-08
www.anika-ru.ru

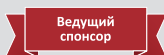


Голландская компания «ФризлендКампина» является одним из крупнейших производителей детского питания с 1955 года. Все продукты производятся в соответствии с требованиями ВОЗ, учитывая все новейшие достижения науки. В ассортименте Фрисо – смеси для здоровых детей: Фрисолак 1, 2 Gold, Фрисолак 3, Фрисолак 1, 2, Friso 3 Junior, Фрисолак ночная формула, Фрисолак 1, 2 ГА; специальные смеси: Фрисопре, Фрисовом 1, 2 с пребиотиками, Фрисосой; лечебные смеси: Фрисопеп, Фрисопеп АС.



ХИРОУ РУС, ООО

121170, Россия, Москва, Кутузовский проспект, д.36, офис 216
телефон: +7 (495) 374-80-84
факс: +7 (495) 374-80-84
электронная почта: info@herorus.ru
www.semper-info.ru



ООО «ХИРОУ РУС» входит в группу компаний HERO GROUP и представлена на российском рынке такими брендами, как Semper и Beech Nut (детское питание), Corny (батончики мюсли), Schwartau (варенье). В Россию детское питание Semper поставляется с 1997 года. За прошедшие 11 лет наша компания завоевала высокую репутацию не только среди образованных мам, но и в кругах медицинской общественности. С 2010 года в ассортименте компании появились джемы и злаковые батончики из Германии.

Более подробную информацию о продуктах можно получить на сайте www.semper-info.ru



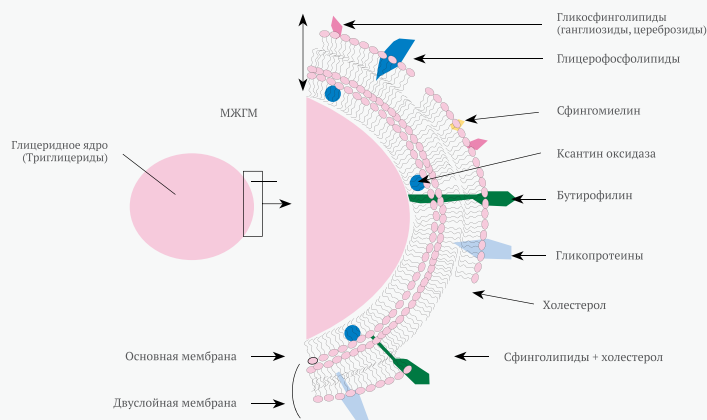
Абсолютная инновация!*

Ещё ближе к грудному молоку!



- Semper Baby Nutrdefense 1 - новая молочная смесь с инновационной* комбинацией компонентов MFGM & Milk Fat (мембрана жировых глобул молока и молочный жир).
- Компоненты MFGM & Milk Fat натуральным образом присутствуют в грудном молоке и крайне необходимы для здорового развития ребёнка.

Строение жировой глобулы молока



- Клинически доказано: использование молочной смеси с MFGM & Milk Fat снижает частоту инфекций** и достоверно увеличивает показатели когнитивного развития детей по сравнению с детьми, которые получали молочную смесь без MFGM.***



* В ассортименте марки детского питания Semper.

** Острый средний отит.

*** Timby N., DomellOf E., Hermell O., DomellOf M. Neurodevelopment, nutrition and growth until 12 mo of age in infants fed a low-energy, low-protein formula supplemented with bovine milk fat globule membranes: a randomized controlled trial. Am J Clin Nutr. 2014; 99(4):860-8

STADA CIS

Московское представительство STADA CIS
119017, Россия, Москва, ул. Б. Ордынка, д. 44, стр. 4
телефон: +7 (495) 797 3110
факс: +7 (495) 797 3111
электронная почта: moscow@stada.ru
www.stada.ru

Спонсор



Холдинг STADA CIS («ШТАДА СиАйЭс») – крупнейшая составляющая бизнеса международного фармацевтического концерна STADA Arzneimittel AG. Концерн основан в 1895 году, штаб-квартира находится в Германии и входит в ТОП-5 дженериковых компаний мира. Российский холдинг STADA CIS объединил в своем составе ведущие отечественные и международные фармкомпании: НИЖФАРМ, МАКИЗ-ФАРМА, Grunenthal и Hemofarm. Все производства холдинга сертифицированы по GMP. STADA CIS придает первостепенное значение самому важному параметру выпускаемых препаратов – качеству, для обеспечения высокого уровня которого осуществляется тщательный контроль, начиная с выбора субстанций и заканчивая проверкой готовых лекарственных форм. Специалистам хорошо известны препараты, используемые в педиатрии: Аквалор, Д-Пантенол, Омнитус, Снуп, Хемомицин, Исмиген.

AbbVie

141400, Московская обл., г. Химки, ул. Ленинградская, владение 39,
стр. 5, «Химки Бизнес-Парк»
телефон: +7 (495) 258-42-77
факс: +7 (495) 258-42-87

Спонсор



AbbVie – глобальная научно-исследовательская биофармацевтическая компания, образованная в 2013 году путем отделения от компании Abbott. Миссия компании – использовать экспертизу, опыт преданных делу сотрудников и уникальный подход к инновациям для развития и вывода на рынок передовых методов лечения, призванных решить некоторые из самых сложных и серьезных заболеваний в мире. Количество сотрудников AbbVie и дочерней компании Pharmacyclics, находящейся в полной собственности AbbVie, составляет более 28 000 человек, лекарственные препараты представлены на рынках более 170 стран мира. За дополнительной информацией о компании и ее сотрудниках, портфеле препаратов и обязательствах, пожалуйста, обращайтесь по адресу www.abbvie.com. Следите за новостями @abbvie в Twitter и изучайте возможности карьеры в AbbVie на страницах компании в Facebook или LinkedIn.

Представительство ЗАО «Фармацевтический завод ЭГИС» (Венгрия) г. Москва

Страна Венгрия
121108, Москва, ул. Ивана Франко, д. 8
телефон: +7 (495) 363-39-66
факс: +7 (495) 789-66-31
электронная почта: Moscow@egis.ru
www.egis.ru



ЗАО «Фармацевтический завод ЭГИС» является одним из классических производителей лекарственных средств. Деятельность компании охватывает все направления: от исследований, разработок, производства фармацевтических ингредиентов и готовой продукции до маркетинга и продаж. Возможности компании охватывают все этапы производственно-сбытовой фармацевтической цепочки, позволяя полностью контролировать качество продукции на протяжении срока годности и быть чувствительными к изменениям в рыночных условиях.



**У детей с частыми респираторными инфекциями
Бронхо-Ваксом:**

- предотвращает каждый третий случай инфекции¹
- уменьшает количество осложнений¹
- в 2 раза снижает потребность в антибиотиках¹

**У взрослых пациентов группы высокого риска*
Бронхо-Ваксом:**

- сокращает длительность и тяжесть обострений бронхита²
- предупреждает обострения бронхита у 80% пациентов²
- уменьшает потребность в антибиотиках и бронхолитиках²

**Время для
БРОНХО-
ВАКСОМА**

Профилактика и комплексное лечение респираторных инфекций у взрослых и детей старше 6 мес.³

Дети с 6 месяцев:
3,5 мг (10 или 30 капсул в упаковке)

Взрослые и подростки с 12 лет:
7 мг (10 или 30 капсул в упаковке)



ПРОФИЛАКТИКА



ЛЕЧЕНИЕ



1. Gutierrez-Tarango M. D., Berber A. Chest. 2001; 119: 1742-1748.
2. Czerniawska-Mysik G, et al. Int J Immunotherapy. 1992; 8: 153-159.
3. Инструкция по медицинскому применению препарата Бронхо-Ваксом.

* Пациенты с бронхиальной астмой.
** Длительность лечения определяет врач, но не менее 10 дней.

БРОНХО-ВАКСОМ®

Сокращенная информация по применению

Торговое название препарата: БРОНХО-ВАКСОМ® взрослый; БРОНХО-ВАКСОМ® детский **Общепринятое научное название:** лизаты бактерий [Haemophilus influenzae + Klebsiella ozaenae + Klebsiella pneumoniae + Moraxella catarrhalis + Staphylococcus aureus + Streptococcus pneumoniae + Streptococcus viridans] **Лекарственная форма:** капсулы **Показания к применению:** БРОНХО-ВАКСОМ® детский применяется у детей в возрасте от 6 месяцев до 12 лет и БРОНХО-ВАКСОМ® взрослый применяется с 12 лет для профилактики рецидивирующей инфекции дыхательных путей и обострений хронического бронхита; комплексного лечения острых инфекций дыхательных путей. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к компонентам препарата, беременность и период грудного вскармливания. **Способ применения и дозы.** Лечение: по 1 капс./сут. утром натощак, длительность лечения определяет врач, но не менее 10 дней. Профилактика и поддерживающая терапия: по 1 капс./сут. утром натощак курсами. Курс включает три цикла по 10 дней, интервал между циклами 20 дней. **Побочное действие:** Препарат Бронхо-Ваксом® обычно хорошо переносится. Возможные побочные реакции: диарея, тошнота, боль в животе, рвота, кожные реакции, кашель, одышка, головная боль, чувство усталости. **Полный перечень побочных эффектов содержится в инструкции по применению.**

Особые указания: не рекомендуется назначать детям в возрасте до 6 мес. из-за незрелости иммунной системы; детям младше 12 лет не назначать препарат для взрослых во избежание передозировки. **Отпуск из аптеки:** отпускают без рецепта.

Рег. удостоверения: П N011540/01 12.02.2015, П N011539/01 12.02.2015

Полная информация по препарату содержится в инструкции по медицинскому применению.

Дата выпуска материала: ноябрь 2015 г.

000 «Такеда Фармасьютикалс» 119048, Москва, ул. Усачёва, д. 2, стр. 1
Тел.: +7 (495) 933 55 11; факс: +7 (495) 502 16 25 www.takeda.com.ru

Для специалистов здравоохранения.



Газета «Медицинский вестник», Россия

117420, г. Москва, ул. Профсоюзная, дом 57
телефон: (495) 786-25-57
факс: (495) 334-22-55
электронная почта: reklama@bionika-media.ru
www.medvestnik.ru

ГАЗЕТА РОССИЙСКОГО ВРАЧА
**МЕДИЦИНСКИЙ
ВЕСТНИК**

Газета российского врача «Медицинский вестник» – уникальное сочетание материалов клинического и информационно-аналитического характера. На страницах газеты – новости здравоохранения и медицины, горячие дискуссии по наиболее актуальным проблемам, аналитические обзоры, зарубежный опыт, ответы на вопросы читателей, клинические разборы, алгоритмы лечения, информация о новых медицинских технологиях.

Актуальное информационное издание для профессионалов, работающих в здравоохранении – практикующих врачей различных специальностей, заведующих отделениями, главных врачей, руководителей федерального и регионального здравоохранения.

«Медицинский вестник» – профессионально, доступно, исчерпывающе о здравоохранении и медицине. События, факты, комментарии.

В «Библиотеке врача» на портале www.medvestnik.ru Вы найдете список нужной специализированной литературы, более 10 000 профессиональных статей, более 10 специализированных изданий, более 20 специализаций и др.

Тираж: 25 000 экземпляров. Периодичность: 36 номеров в год

Журнал «Фарматека», Россия

117420, г. Москва, ул. Профсоюзная, д. 57
телефон: +7 (495) 786-25-57
факс: +7 (495) 334-22-55
электронная почта: reklama@bionika-media.ru
www.pharmateca.ru
www.bionika-media.ru

Публикует материалы по общим и частным проблемам фармакотерапии различных заболеваний, предназначен для практикующих врачей различных специальностей и клинических фармакологов.

Журнал «Фарматека» – это:

- актуальные клинические обзоры
- руководства и рекомендации ведущих специалистов по диагностике и лечению заболеваний
- публикация результатов новейших клинических исследований
- обсуждение вопросов оптимизации фармакотерапии
- методологическое обоснование применения лекарственных средств
- круглые столы по актуальным медицинским проблемам
- фоторепортажи с медицинских мероприятий – конгрессов, симпозиумов, форумов
- новости научного сообщества
- освещение вопросов регистрации лекарственных средств, регулирования лекарственного рынка, безопасности применения лекарств.

Тираж 25 350 экз. Сертифицирован Национальной тиражной службой.

Периодичность – 20 номеров в год.

Объем от 80 полос

МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ
ФАРМАТЕКА

ПОДПИСКА

МЕДИЦИНСКИЙ ВЕСТНИК

www.bionika-media.ru

Уважаемые читатели!

Предлагаем Вам оформить подписку с любого выпуска непосредственно в Издательском Доме Бионика Медиа!
Это удобная своевременная доставка и выгодные условия.



Стоимость подписки на 2016: Годовая подписка

Для индивидуальных подписчиков
Для организаций

3 445 руб. 20 коп.
5 583 руб. 60 коп.

Первое полугодие (январь–июнь):

Для индивидуальных подписчиков
Для организаций

1 900 руб. 80 коп.
3 069 руб. 00 коп.

Комплекты (2-е полугодие 2015 г.)

«Медицинский вестник»
с газетой «Фармацевтический вестник»
«Медицинский вестник»
с журналом «iDoctor»

8 220 руб. 30 коп.
2 083 руб. 40 коп.

Оформить подписку Вы можете на сайте www.bionika-media.ru или обратившись по телефону **8(495) 332-02-63** и по e-mail: subscription@bionika-media.ru

Наши менеджеры помогут подобрать Вам удобную форму доставки издания, подготовят необходимые документы.

Оформить подписку вы так же можете в любом почтовом отделении:

В каталоге «Газеты и журналы» Агентство Роспечать

19830 Для индивидуальных подписчиков
(Полугодовая)
32573 Для организаций (Полугодовая)

В каталоге Российской прессы «Почта России»

79031 Для индивидуальных подписчиков
(Полугодовая)
61856 Для организаций (Полугодовая)

В объединенном каталоге «Пресса России»

20420 Для индивидуальных подписчиков
(Полугодовая)
19844 Для организаций (Полугодовая)

Журнал «Акушерство и Гинекология»

117420, г. Москва, ул. Профсоюзная, д. 57
телефон: +7 (495) 786-25-57
факс: +7 (495) 334-22-55
www.aig-journal.ru

Журнал «Акушерство и Гинекология» – научно-практический тематический рецензируемый журнал, входит в перечень изданий ВАК.

Представлен на основных мероприятиях в мире медицины. Читательская аудитория – акушеры-гинекологи, заведующие женскими консультациями, педиатры и врачи смежных специальностей.

В оригинальных и обзорных статьях журнала освещаются современные научные достижения в области акушерства и гинекологии, физиологии и патологии плода и новорожденного, проблемы диагностики и лечения осложнений беременности, родов и гинекологических заболеваний, вопросы научной организации акушерско-гинекологической помощи. Публикуются данные об обмене опытом и внедрении научных достижений в практику, а также рецензии на вышедшую специализированную литературу.

Тираж – 5 000 экз. Издается с 1922 года.



Журнал «Лечение и Профилактика» «Lechenie i Profilaktika»

Адрес редакции:
125212, г. Москва, Головинское шоссе, д.8, стр. 2а.
телефон: +7 (495) 232-61-71
электронная почта: info@lechprof.ru
www.LECHPROF.RU

«Лечение и Профилактика»: научно-практический медицинский междисциплинарный журнал для врачей медицинских специальностей, научных сотрудников, ординаторов, аспирантов, студентов медицинских ВУЗов.

Основная тематика:

Новые технологии профилактики, диагностики, лечения, реабилитации, организации медицинской помощи; фундаментальные исследования в медицине.

Тематика выпусков:

- Педиатрия
- Акушерство и Гинекология. Эндокринология
- Внутренние болезни
- Инфекционные болезни.

Журнал «Лечение и Профилактика» зарегистрирован в РИНЦ, включен в Перечень рецензируемых научных журналов и изданий, рекомендуемых Высшей аттестационной комиссией для опубликования результатов научных работ.

Кратность издания: 4 раза в год.



Издательство «Медицина»

Издательство «Медицина», основанное в 1918 году, награждено Орденом Трудового Красного Знамени.

Издательство «Медицина» и в настоящее время специализируется на выпуске отечественной и зарубежной медицинской литературы и медицинских периодических изданий. В 25 журналах публикуются оригинальные статьи и обзоры по актуальным проблемам современной медицины, знакомящие читателей с новейшими достижениями отечественной и зарубежной медицинской науки. Читательская аудитория журналов – врачи, фармацевты, фармакологи, руководители и специалисты лечебных, научно-исследовательских и учебных заведений, все те, кто формирует политику в области здравоохранения.



ПОДПИСКА

ФАРМАТЕКА

www.bionika-media.ru

Уважаемые читатели!

Предлагаем Вам оформить подписку с любого выпуска непосредственно в Издательском Доме Бионика Медиа!
Это удобная своевременная доставка и выгодные условия.



Стоимость подписки на 2016:

Первое полугодие (10 выпусков)

2 210 руб. 00 коп.

Годовая подписка (20 выпусков)

4 026 руб. 00 коп.

Оформить подписку Вы можете на сайте www.bionika-media.ru или обратившись по телефону **8(495) 332-02-63** и по e-mail: subscription@bionika-media.ru

Наши менеджеры помогут подобрать Вам удобную форму доставки издания, подготовят необходимые документы.

Оформить подписку вы так же можете в любом почтовом отделении:

**В каталоге «Газеты и журналы»
Агентство Роспечать**

79689 Подписка на полгода (10 выпусков)

В объединенном каталоге «Пресса России»

40551 Подписка на полгода (10 выпусков)

В каталоге Российской прессы «Почта России»

10949 Подписка на полгода (10 выпусков)

И в альтернативных подписных агентствах:

000 «Урал Пресс»

<http://www.ural-press.ru>

000 «Информнаука»

<http://informnauka.com>

000 «СЗА ПРЕССИНФОРМ»

<http://pinform.spb.ru/>

Агентство Медицинской Информации «МЕДФОРУМ»

127422, Россия, г. Москва
Ул. Тимирязевская, д.1, стр.3, 5 этаж, оф. 3518
Moscow, Russia

телефон: +7 (495) 234-07-34

электронная почта: t.kudreshova@medforum-agency.ru; podpiska@medforum-agency.ru
www.webmed.ru

В Издательском доме «МЕДФОРУМ» выходят 17 медицинских журналов. Серия для практикующих врачей «Эффективная фармакотерапия» по различным медицинским специальностям:

- анестезиология и реаниматология;
 - акушерство и гинекология;
 - гастроэнтерология;
 - кардиология и ангиология;
 - педиатрия;
 - урология;
 - эндокринология;
 - неврология
 - онкология;
- и др.

Журнал «Вестник семейной медицины»,

Журнал для провизоров и фармацевтов «Аптечный бизнес».

Журнал «Hi+Med.Высокие технологии в медицине» – уникальное издание для широкого круга специалистов в области здравоохранения врачей-диагностов, клиницистов, главных врачей ЛПУ, специалистов профильных министерств и ведомств, организаторов системы здравоохранения, менеджеров медицинских и фармацевтических компаний.



Журнал «Практика педиатра»

Журнал «Практика педиатра» уже 11 лет предоставляет практикующим педиатрам России полезную информацию по специальности, статьи по нозологиям, лекарствам, клиническим случаям. На сайте о лекарствах MEDI.RU (в разделе указателя «Педиатрия») вы можете ознакомиться со всеми материалами, опубликованными в журнале. Кроме того, на MEDI.RU размещена подробная информация об особенностях и преимуществах лекарств, а также статьи, инструкции, информация о фарм. компаниях, мероприятиях для специалистов, лента новостей фарм. рынка.

ПРАКТИКА
педиатра



ПОДПИСКА

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
**акушерство
и
ГИНЕКОЛОГИЯ**

www.bionika-media.ru

Уважаемые читатели!

Предлагаем вам оформить подписку с любого выпуска непосредственно в Издательском доме «Бионика Медиа»!
Это удобная своевременная доставка и выгодные условия.

**Стоимость подписки на 2016:
Годовая подписка (12 выпусков)**

Для индивидуальных подписчиков
Для организаций

Первое полугодие (6 выпусков):

Для индивидуальных подписчиков
Для организаций



3 102 руб. 00 коп.
7 824 руб. 00 коп.

1 702 руб. 80 коп.
4 320 руб. 00 коп.

Оформить подписку вы можете на сайте www.bionika-media.ru
или обратившись по телефону **8(495) 332-02-63**
и по e-mail: subscription@bionika-media.ru

Наши менеджеры помогут подобрать вам удобную форму доставки издания, подготовят необходимые документы.

Оформить подписку вы так же можете в любом почтовом отделении:

В каталоге «Газеты и журналы» Агентство Роспечать

71400 Для индивидуальных подписчиков
(Полугодовая)
71401 Для организаций (Полугодовая)

В объединенном каталоге «Пресса России»

38762 Для индивидуальных подписчиков
(Полугодовая)
38764 Для организаций (Полугодовая)

В каталоге Российской прессы «Почта России»

10227 Для индивидуальных подписчиков
(Полугодовая)
10229 Для организаций (Полугодовая)

И в альтернативных подписных агентствах:

000 «Урал Пресс»
<http://www.ural-press.ru>
000 «Информнаука»
<http://informnauka.com>
000 «СЗА ПРЕССИНФОРМ»
<http://pinform.spb.ru/>

Педиатрия. Журнал имени Г.Н. Сперанского

Более подробная информация – на сайте: www.pediatriajournal.ru

Тел. редакции: 8 (495) 959-88-22

Журнал «ПЕДИАТРИЯ» издается с мая 1922 года и является старейшим в России педиатрическим рецензируемым журналом. Основатель и первый главный редактор журнала – выдающийся русский педиатр Г.Н. Сперанский (1873-1969), чье имя журнал носит с 1973 года. Краткое название журнала – «ПЕДИАТРИЯ».

В журнале публикуются материалы (оригинальные статьи, обзоры, клинические случаи, новые методы диагностики, лечения и профилактики), посвященные результатам научных исследований в различных областях педиатрии, а также по смежным и междисциплинарным проблемам (нутрициология, инфекционные болезни, неврология, генетика человека, детская хирургия, вопросы организации детского здравоохранения и медицинского обслуживания, науки, социальная медицина).

Учредители журнала – Союз педиатров России и редколлегия журнала (ООО «Педиатрия»). Издатель журнала – ООО «Педиатрия», свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-34091 от 14.11.2008.

Главный редактор журнала – засл. врач РФ, профессор Самсыгина Галина Андреевна.

Периодичность выхода – 6 номеров в год.

Объем каждого номера – 160-220 стр.

Тираж – свыше 5000 экз.

Распространяется только по подписке в России и за рубежом.

Online версия – на портале Научной электронной библиотеки России: <http://elibrary.ru/defaultx.asp>



Издательство «Ремедиум»

105082, г. Москва, ул. Бакунинская, д.71, стр.10
телефон: +7 (495) 780-34-25; факс: +7 (495) 780-34-26;
электронная почта: remedium@remedium.ru

www.remedium.ru

www.rosapteki.ru

Группа компаний «Ремедиум» («Remedium» Group of Companies) предоставляет весь спектр услуг для специалистов в области медицины и фармации. За многие годы работы основными направлениями деятельности ГК «Ремедиум» стали – выпуск специализированных периодических изданий (журналы «Ремедиум» «Российские аптеки», «Медицинский совет»), справочной литературы, предоставление электронных баз данных, организация и проведение мероприятий, аренда медицинских представителей, организация рекламной и PR поддержки.



РЕМЕДИУМ

ГРУППА КОМПАНИЙ

Журнал «Трудный пациент»

127055, Россия, г. Москва, а/я 91

телефон: +7 (495) 500-61-96

электронная почта: info@t-pacient.ru

www.t-pacient.ru

Журнал «Трудный пациент» – это политематическое научно-практическое медицинское издание для врачей различных специальностей

Периодичность: 12 номеров в год.

Журнал «Трудный пациент» включен в Перечень ВАК ведущих рецензируемых научных журналов и изданий.

Журнал «Трудный пациент» включен в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ). Тираж политематических номеров составляет 50 000 экземпляров (Тираж сертифицирован Национальной тиражной службой).

Распространение: медицинские учреждения Российской Федерации (89 регионов).

Распространение осуществляется бесплатной доставкой заведующим отделений и главным врачам больниц и поликлиник, также журнал распространяется на крупных медицинских выставках и симпозиумах.



Клинический случай сложной диагностики В-клеточной крупноклеточной лимфомы с локализацией очага в молочной железе

Адамян Л.В., Богданова Е.А., Сибирская Е.В., Колтунов И.Е., Корицкий А.В., Петров М.А., Полякова Е.И., Богданова М.Н.

Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

В последнее время наблюдается интенсивный рост заболеваемости молочных желез у детей и подростков. Распространяется и растет смертность от рака молочной железы у женщин репродуктивного возраста, это обуславливает важность и актуальность изучения этой патологии.

В Морозовской детской городской клинической больнице (МДГКБ) состоялась на лечении девочка А., 13-ти лет с болезнью Легга-Кальве-Пертеса (асептический некроз головки бедренной кости). Из анамнеза: в июне 2014 года девочка получила травму, упав с велосипеда на левый бок. После чего ее стали беспокоить боли в левом тазобедренном суставе. В ноябре в МДГКБ была выполнена трепанобиопсия головки бедренной кости. Гистологическая картина соответствовала болезни Легга-Кальве-Пертеса. Проводилась консервативная терапия. С момента выписки ребенок ходит на костылях без опоры на левую ногу. Настоящая госпитализация в августе 2015 года. Жалобы на выраженные боли в левом тазобедренном суставе, ограничения движения. Кроме этого девочка стала отмечать болезненность в правой молочной железе и локальное уплотнение в проекции ее внутренних квадрантов. Осмотр гинеколога: в правой молочной железе пальпируются объемные образования плотной консистенции размерами до 6х5 см. Пальпация чувствительна, отека, гиперемии, выделений из соска нет. Левая молочная железа не изменена. При проведении ультразвукового исследования (УЗИ) молочных желез выявлено: левая молочная железа без особенностей. Правая молочная железа: в проекции внутренних квадрантов определяется значительных размеров образование 62х32х59 мм, пониженной эхогенности, с неровными, но четкими контурами, без признаков кровотока при цветовом доплеровском картировании. У верхнего полюса данного образования – выраженная перифокальная реакция. В подмышечной области – лимфатический узел с измененной структурой диаметром 13 мм.

Заключение. Эхографические признаки объемного образования правой молочной железы значительных размеров. Эхо-признаки трансформации регионарных лимфатических узлов в правой подмышечной области. Анализ на онкомаркер: раковый антиген СА15-3 в пределах нормы. По результатам компьютерной томограммы левого тазобедренного сустава: определяется грибовидная деформация головки левой бедренной кости, головка уплощена. В структуре головки и шейки определяются множественные очаги деструкции с переходом на верхнюю треть бедра. Кортикальный слой резко истончен на всем протяжении пораженного сегмента бедренной кости. Дифференциальную диагностику проводили с туберкулезом бедренной кости. Обзорная рентгенограмма грудной клетки показала, что: легочные поля без очаговых и инфильтративных изменений. Осмотр фтизиатра: проба Манту отрицательная, диаскинтест: слабоположительная реакция в виде папулы 3 мм (плоская, бледная). Консультация фтизиоортопеда дала заключение о том, что имеющиеся клиничко-рентгенологические данные не соответствуют

типичной картине туберкулеза бедренной кости. Находясь в отделении травматологии и ортопедии, девочка упала, возникло ограничение движений за счет резко выраженного болевого синдрома. Рентгенография левого тазобедренного сустава: патологический перелом шейки левой бедренной кости со смещением. Проводилась тонкоигольная аспирационная биопсия под общим наркозом. По цитологическому заключению установлен рак молочной железы, что потребовало проведение толстоигольной биопсии. Под интубационным наркозом и контролем УЗИ в положении на спине произведена биопсия образования, расположенного в центральной части молочной железы справа с применением биопсионной иглы Ch № 16 из 5 вколов. Образование каменистой плотности размером около 7–8 см. На контрольном УЗИ данных за наличие жидкости нет. Места пункции ушиты нитью на атравматической игле 5.0. Асептическая наклейка. Одновременно произведена открытая биопсия головки и шейки левой бедренной кости. По данным патологогистологического исследования материалов выявлена: первичная лимфома кости (вариант диффузной В-клеточной крупноклеточной лимфомы) и метастаз ее в молочную железу и подмышечный лимфоузел справа. Учитывая, данные анамнеза, клинического осмотра, лабораторно-инструментальных исследований и на основании патологогистологического исследования материалов, полученных при биопсии, ребенку начато проведение системной полихимиотерапии по протоколу NHL-BFM. Этот клинический случай демонстрирует крайне редкий и нетипичный вариант локализации В-клеточной крупноклеточной лимфомы с локализацией очага в молочной железе.

Структура гинекологической заболеваемости детей и подростков города Москвы

Адамян Л.В., Колтунов И.Е., Петряйкина Е.Е., Сибирская Е.В., Журавлева С.А., Смаль Т.А.

Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Вопрос сохранения и поддержания репродуктивного здоровья девочек и девушек в настоящее время очень актуален. Наблюдается относительно раннее начало половой жизни, все это оказывает негативное влияние на состояние репродуктивной системы подрастающего поколения как в настоящем, так и в будущем. В связи с этим, можно ожидать увеличения количества нежелательных беременностей, воспалительных заболеваний органов малого таза, заражения инфекциями, передающимися половым путем. Не стоит забывать и о сопутствующих хронических соматических заболеваниях и воздействии на юный организм вредных факторов внешней среды, которые также играют большую роль в развитии патологии репродуктивной системы. При анализе структуры гинекологической заболеваемости девочек и девушек г. Москвы, ведущее место занимают: воспалительные заболевания наружных половых органов (от 50 до 70%), синехии малых половых губ (от 30 до 55%), первичная дисменорея (около 50%), нарушения менструальной функции (от 10 до 18%), задержка полового развития (от 1 до 11%), опухолевидные образования яичников (от 20 до 30%), травмы наружных и внутренних половых органов (от 0,5 до 7%), новообразования половых органов

различной этиологии (от 0,1 до 2%) и пороки развития половых органов (от 0,1 до 5%). В первые три года жизни самые частые гинекологические патологии: синехии малых половых губ, воспалительные заболевания половых органов, аллергический вульвит. В дошкольном возрасте на первое место выходят воспалительные заболевания гениталий. У школьников существенную роль в структуре гинекологической заболеваемости приобретают травмы половых органов. С 11–12 лет на первое место выходят нарушения менструального цикла. По результатам исследований, пик обращаемости детей к детским гинекологам амбулаторно — поликлинического звена приходится на возраст 3–7 лет (60%), в то время как в возрасте 11–15 лет отмечается снижение посещаемости до 2%. К 15-летнему возрасту сексуальный дебют имеют около 10% девушек. Наибольшее количество партнеров имеют девушки старше 16 лет, и как следствие, увеличилась частота деторождения в ювенильном возрасте. Ежегодно в возрасте 15–17 лет рожают около 20 тыс. девушек в РФ. Показатели материнской смертности среди подростков РФ в 5–7 раз выше, чем в общей популяции. Не стоит забывать, что частота аборт у подростков продолжает неуклонно расти. В настоящее время разработан план по снижению частоты гинекологической патологии среди детей и подростков путем проведения санитарно-просветительской работы (пропаганда здорового образа жизни, пропаганда института семьи), борьбы с ранним началом половой жизни среди подростков, с беспорядочными половыми связями, профилактика наступления ранней беременности, повышения уровня знаний врачей педиатров, детских хирургов, урологов-андрологов, эндокринологов о возможных проблемах в репродуктивном здоровье детей и подростков, путем своевременного направления к специалистам, в частности, к гинекологу детей и подростков.

Беременность у юных. Особенности течения и осложнения

Адамян Л.В., Колтунов И.Е., Петряйкина Е.Е., Сибирская Е.В., Короткова С.А., Тарбая Н.О.

Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

В настоящее время не вызывает сомнений тот факт, что функционирование репродуктивной системы женщин во многом определяется её своевременным и гармоничным развитием в период полового созревания. Качество репродуктивного здоровья женщин, несмотря на применение современных диагностических и лечебных мероприятий, остаётся низким. Среди женщин основной группы детородного возраста отмечается снижение рождаемости, в группе женщин юного возраста число родов постоянно растет. В возрастной группе от 13 до 18 лет этот показатель достигает высокого уровня в развивающихся странах (86,7–112,6%). Распространенность беременности у юных варьирует от 12 на 1000 женщин в возрасте 15–19 лет в развитых странах, до 102 на 1000 — в России. «Вынужденное подростковое материнство», характерное в течение длительного времени для различных стран мира (до 15 млн ежегодно), стало типичным и для России: сегодня 14–15% всех родов происходят у матерей 15–19 лет. Примерно 30% подростковых беременностей заканчиваются абортами, 56% — родами и 14% — выкидышами. Показатели материнской смертности (35,04 на 100 тыс. родившихся живыми) среди подростков в 5–8 раз выше, чем в общей популяции. Внебрачная рождаемость в группе юных женщин составляет 60,7–68,7%; среди матерей, отказывающихся от своих детей, несовершеннолетних от 52,3 до 63,8%. Около 13% матерей-

подростков имеют вредные привычки (курение, употребление алкоголя). Частота осложненных родов у юных женщин составляет от 30 до 81%. У 90,8% юных первородящих были роды, произошедшие в срок, у 7,9% — преждевременные и в 1,3% — запоздалые, а у женщин оптимального репродуктивного возраста — 93,3%; 4,0%; 2,7%. В структуре осложнений родов у юных беременных отмечается высокая частота несвоевременного излития околоплодных вод — в 28,0–30,0%, аномалии родовой деятельности — до 37,2%, кровотечения в родах и раннем послеродовом периоде — 4,0–7,0%, клинически узкий таз — 10,0%. У 84,6% женщин отмечались травмы промежности, шейки матки, влагалища.

Цель нашего исследования: изучить особенности течения и ведения родов у девочек-подростков.

Материалы и методы. Нами было проанализировано течение родов у 48 родильниц в возрасте от 14 до 17 лет. В структуре методов контрацепции у обследованных нами беременных юного возраста преобладали низкоэффективные методы — презервативы (54,1%) и прерванный половой акт (31,3%). Все юные первородящие госпитализировались в родильный дом в сроке 38–39 недель для проведения подготовки к родам, профилактики аномалий родовой деятельности и определения метода родоразрешения. Роды протекали с осложнениями у 28 (63,6%) юных рожениц: несвоевременное излитие околоплодных вод было выявлено у 8 (28,6%) девушек, внутриутробная гипоксия плода — у половины, аномалия родовой деятельности у 11 (39,2%) рожениц, частичная отслойка нормально расположенной плаценты у 1 (3,6%). Кровотечение в послеродовом периоде отмечено у 2 (7,1%), травмы родовых путей — у 16 (57,1%) юных родильниц. Беременность закончилась срочными родами через естественные родовые пути у 38 (79,1%) юных женщин, преждевременными родами у 6 (12,5%), плановое кесарево сечение проведено у 4 (8,3%) девушек в связи с тазовым предлежанием плода, фетоплацентарной недостаточностью и синдромом задержки роста плода.

По данным нашего исследования, частота кесарева сечения у первородящих юных беременных не превышала показатели кесарева сечения у женщин репродуктивного возраста. Большинство исследователей считают, что беременность и роды в подростковом возрасте протекают с большим количеством осложнений (от 46,8% до 84,6%), чем у женщин старшего возраста, что соответствует и нашим данным. Рождением детей с низкой массой тела осложнились 11 (22,9%) родов, роды крупным плодом произошли у 4,2% юных первобеременных. Послеродовой эндометрит был выявлен у 2 юных родильниц, приведший к выскабливанию полости матки на 5 сутки послеродового периода, что удлинит период пребывания в родильном доме каждой родильницы на двое суток.

Выводы. В структуре осложнений родов чаще диагностируется: несвоевременное излитие околоплодных вод, внутриутробная гипоксия плода, аномалия родовой деятельности. Таким образом, полученные нами данные подтвердили, что частота осложнений родов у девочек-подростков значительно превышает эти же показатели у женщин репродуктивного возраста.

Неспецифические вульвовагиниты у детей

Адамян Л.В., Колтунов И.Е., Сибирская Е.В., Смаль Т.А.

Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Вульвовагиниты — наиболее частая причина обращения родителей девочек к детскому гинекологу. Среди гинекологических заболеваний

девочек допубертатного периода от 2 до 7 лет, воспалительные процессы половых органов занимают первое место, составляя около 80%. Неспецифический вагинит – инфекционно-воспалительное нетрансмиссионное заболевание влагалища, обусловленное действием условно-патогенных микроорганизмов.

Цель исследования. Проанализировать частоту неспецифических вульвовагинитов у девочек в возрасте от 1 до 10 лет, особенности клинических проявлений, выявить основных возбудителей неспецифического вульвовагинита у девочек.

Задачи. Определить группы девочек по возрастам, имеющих признаки воспалительных заболеваний половых органов. Провести им гинекологический бактериоскопический мазок, культуральное исследование микрофлоры влагалища с определением титра микроорганизмов и определения антибиотикочувствительности. Материал и методы. На базе Морозовской детской городской клинической больницы в отделении гинекологии под наблюдением находились 30 девочек в возрасте от 1 до 10 лет, обратившихся к детскому гинекологу по поводу воспалительных заболеваний половых органов. Средний возраст составил $2,9 \pm 2,75$ лет.

Результаты исследования. Анализ заболеваемости по возрастам показал, что максимальная доля вульвовагинитов приходится на возраст от 2 до 5 лет. Частота встречаемости: в период раннего детства – от 1 до 3 лет – 35%, младший дошкольный от 3 до 5 лет – 39%, дошкольный период от 5 до 7 лет – 16%, младший школьный от 7 до 10 лет – 12%. Течение вульвовагинита у девочек всех групп имело типичные клинико-лабораторные признаки: боли, зуд, жжение, усиливающиеся при мочеиспускании, гиперемия, отечность вульвы, сращения в области наружных половых органов, гнойные выделения из влагалища, воспалительный тип мазка, нарушение микроценоза влагалища. Наиболее часто встречался неспецифический бактериальный вульвовагинит (74%) и вульвовагинит на фоне изменения реактивности организма (26%). Изменения микроценоза влагалища обнаружены у большинства (61%) девочек. У 52% из них преобладали различные виды условно-патогенных бактерий, представленных преимущественно аэробными грамотрицательными бактериями (*Escherichia coli*; *Proteus mirabilis*, *morganii*), кокковой флорой (*Staphylococcus epidermidis*, *aureus*; *Streptococcus viridans*, *ruogenes*; *Enterococcus faecalis*). У 23% девочек с вульвовагинитами выявлены полимикробные ассоциации, реже – грибы рода *Candida* (10%), гарднереллы (10%), хламидии (3%). У 24% девочек хронический вульвовагинит встречается в сочетании с дисбактериозом кишечника, у 13% – с заболеваниями мочевыводящих путей.

Выводы. Современной проблемой вульвовагинитов является рост заболеваемости у девочек раннего возраста. Большое значение в возникновении вульвовагинитов имеют нарушения гигиены половых органов, а в настоящее время, это частое и длительное использование памперсов. Родители должны объяснить дочери важность соблюдения чистоты наружных половых органов и научить правильному проведению гигиенических мероприятий. Обязательно должен проводиться осмотр наружных половых органов девочки участковым педиатром с самого первого ее визита и далее, по графику профилактических осмотров детского гинеколога, при условии отсутствия жалоб (3, 7, 12, 14, 15, 16 и 17 лет согласно Приказу Минздрава России от 01.11.2012 №572н). В случае выявления патологии своевременное направление ребенка к детскому гинекологу позволяет полноценно и грамотно провести лечение. Наиболее рациональным является комплексное лечение неспецифических вульвовагинитов. Именно такой подход позволит избежать нарушения менструальной, репродуктивной и половой функций в зрелом возрасте.

Врожденные диафрагмальные грыжи у новорожденных

Ананьева Т.В., Федин Д.А., Григоров С.О., Клипова Л.Н., Коваленко М.С., Якунина Е.Д.

Городская клиническая больница №10, Областная детская клиническая больница им. Н.В. Дмитриевой, Рязань

Врожденная диафрагмальная грыжа (ВДГ) – тяжелая хирургическая патология. Встречается с частотой 1 на 2500 новорожденных, частота мертворожденных до 35%, летальность с ВДГ составляет 25–90%. Причины возникновения и механизмы развития ДГ связаны с нарушениями процесса миграции кишечника в раннем внутриутробном периоде или в результате первичного дефекта диафрагмы, что приводит к вторичному смещению органов брюшной полости в грудную клетку. ДГ может быть изолированным пороком, в 15–30% случаев сочетаться с аномалиями развития других органов и систем плода, в 10–12% являясь составной частью различных наследственных синдромов или хромосомных аномалий. Пренатальное ультразвуковое исследование может выявить наличие содержимого брюшной полости в грудной клетке уже на 12-й неделе беременности, однако чаще всего диагноз устанавливается на более поздних сроках. Выделяют ложные (чаще левосторонние) и истинные грыжи. Клинические проявления ВДГ возникают в первые часы жизни ребенка в виде прогрессирующей дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, цианозом. Высокий уровень летальности определяется сопутствующими инфекционными заболеваниями, гипоплазией легкого и легочной гипертензией. Постнатальное рентгенологическое исследование грудной клетки и брюшной полости выявляет множественные газовые пузыри с уровнями жидкости в нижней половине грудной клетки, смещение органов средостения в здоровую сторону, уменьшение или отсутствие газонаполнения в проекции брюшной полости. Детям с ДГ требуется оперативное лечение в экстренном порядке. По данным хирургического отделения ГБУ РО «Детская больница им. Н.В. Дмитриевой» за период с 2008 по 2012 года в ДХО наблюдались 14 детей с данной патологией. Из них в период новорожденности поступило 4 (1 в 2008 году, и 3 в 2012 году), остальные в более старшем возрасте. Оперировано 92,85% пациентов, летальных исходов не было. Один ребенок не был оперирован в связи с тяжестью состояния, обусловленных множественными сопутствующими пороками. Только у 3-х детей (21%) грыжа была диагностирована пренатально.

Цель работы: демонстрация случая ранней диагностики ДГ у новорожденного ребенка, закончившегося оперативным вмешательством и благополучным исходом. Ребенок родился от 2-й беременности, осложненной пиелонефритом. Регулярное наблюдение в женской консультации, УЗИ диагностика трижды, пренатально ДГ не была диагностирована. Роды срочные, кесарево сечение (слабость родовой деятельности), родилась доношенная девочка 5/7 баллов по Апгар, вес 3920 грамм, рост 57 см. С рождения тяжелое состояние за счет прогрессирующей дыхательной недостаточности, усиление цианоза, падение сатурации. Аускультативно в легких слева дыхание не выслушивалось, асимметрия грудной клетки, отставание пораженной половины в акте дыхания. Через 15 минут после рождения ребенок переведен на ИВЛ, реанимационной бригадой доставлен в Областной перинатальный центр с подозрением на ВПР. Через 1,5 часа от рождения на рентгенограмме грудной клетки выявлено смещение органов средостения вправо, слева контурируемые петли

кишечника, гипоплазия левого легкого. В хирургическом отделении ГБУ РО «ОДКБ им. Н.В. Дмитриевой» девочка дообследована, и через 6 часов после рождения была проведена лапаротомия, обнаружен дефект заднего отдела диафрагмы слева, 4 см в диаметре. Низведены кишечные петли и селезенка в брюшную полость, пластика диафрагмы. На 5-е сутки после операции ребенок эктубирован, с 7 суток начато зондовое кормление, на 11 сутки переведен в отделение патологии новорожденных. На 25 день, на контрольной рентгенограмме, патологии в легких не выявлено. На 30 день девочка выписана домой.

Выводы. 1. Врожденные диафрагмальные грыжи являются одной из причин респираторных нарушений у новорожденных детей. 2. Качественно проведенное УЗИ на ранних сроках беременности является основным методом пренатальной диагностики ДГ. 3. Объем ДГ, сопутствующие пороки и заболевания, быстрота проведенного оперативного вмешательства определяет прогноз и исход заболевания.

Проблемы своевременной диагностики «критических ВПС периода новорожденности»

Бирюкова С.Р., Валитова А.А., Иванова А.Г., Ильин В.Н.

*Детская городская клиническая больница №13
им. Н.Ф. Филатова, Москва*

Цель: изучить эффективность оказания медицинской помощи новорожденным с критическими врожденными пороками сердца (ВПС). Врожденные пороки сердца – распространенная патология, обуславливающая высокую смертность новорожденных и детей первого года жизни. В 2014 г. в городе Москве родились живыми около 137 тысяч детей. Известные статистические данные позволяют полагать, что 8–9% из них имели ВПС, причем 1/3 пациентов нуждалась в помощи кардиохирурга в течение 1-го года жизни, а около 15% из всех родившихся имели «критические» ВПС периода новорожденности, т.е. такие аномалии сердца и сосудов, при которых жизнь ребенка зависит от функционирования фетальных коммуникаций, что диктует необходимость оказания им безотлагательной кардиохирургической помощи. Между тем, все еще нередко фиксируются случаи «внезапного» резкого ухудшения состояния новорожденных, готовящихся к выписке из роддомов, поступивших в отделения ОРИТ для терапии или выписанных домой. Материалы. С момента открытия Отделения кардиохирургии в ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова ДЗ г. Москвы в 2008, в нем получили помощь 387 новорожденных с пороками сердца, из которых 72,6% имели «критические ВПС»: коарктация аорты – 17,9%, перерыв дуги аорты – 4,8%, транспозиция магистральных артерий – 27,4%, дуктус-зависимый кровоток в легочную артерию – 19%, критический клапанный стеноз аорты – 2,4%, тотальный аномальный дренаж легочных вен – 1,2% и др.

Результаты. Из пролеченного числа пациентов у 53,5% диагноз был поставлен в роддоме, 11,9% – в других подразделениях ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова ДЗ г. Москвы, 21,4% в ОРИТ других стационаров, 5,9% на амбулаторном приеме в ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова ДЗ г. Москвы. Т.о. значительной части новорожденных диагноз «критического ВПС» был поставлен со значительным запозданием или даже после оказания реанимационного пособия на дому. В настоящее время наметилась отчетливая тенденция к улучшению ранней диагностики «критических» пороков сердца в роддомах

Москвы по мере внедрения неонатального кардиологического скрининга на ВПС и, особенно, после появления в ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗ г. Москвы выездной кардиологической бригады с квалифицированными кардиологами УЗИ-диагностами. Тем не менее и в последние два года частота несвоевременной, поздней диагностики «критических» ВПС остается существенной.

Заключение. Таким образом, мы полагаем, что в целях своевременной диагностики и хирургического вмешательства по поводу «критических» ВПС периода новорожденности целесообразно внедрить проведение скрининга новорожденных на ВПС в практику подразделений ИТ новорожденных и участковых врачей педиатров, наблюдающих детей после выписки из роддома.

Бронхолегочная дисплазия: патоморфоз болезни за последние 15 лет

*Болибок А.М., Овсянников Д.Ю., Кршеминская И.В.,
Павлова Е.С., Дегтярева Е.А.*

*Российский университет дружбы народов, Детская
инфекционная клиническая больница №6, Москва*

Бронхолегочная дисплазия (БЛД) – самое частое хроническое заболевание легких детей первого года жизни. Описан патоморфоз заболевания с развитием, помимо классической формы, новой формы БЛД в зависимости от методов интенсивной терапии, применяемых у недоношенных детей.

Цель исследования. Выявление основных тенденций в патоморфозе БЛД.

Задачи. Проанализировать в динамике демографические и антропометрические показатели пациентов с БЛД, изменения в структуре и течении заболевания, наличии осложнений, тактике ведения и профилактических мероприятиях.

Материалы и методы. На базе Дневного стационара ДИКБ №6 г. Москвы и кафедры педиатрии РУДН в период с 2000 по 2015 гг. наблюдались 800 детей с бронхолегочной дисплазией. Оценивали количество наблюдаемых детей по годам, их гендерное соотношение, гестационный возраст и вес при рождении, введение препаратов сурфактантов в неонатальном периоде и паливизумаба (Синагиса) после неонатального периода, степень тяжести заболевания, наличие базисной терапии ингаляционными стероидами и ее продолжительность, продолжительность кислородотерапии, частота развития легочной гипертензии и бронхиальной астмы.

Результаты. Обращаемость детей с БЛД на специализированном пульмонологическом приеме ежегодно увеличивается. В структуре хронических заболеваний легких у детей за период 2000–2005 гг. доля БЛД выросла с 41 до 44,7%, за 2005–2010 гг. — до 55,8%, за 2010–2015 гг. — до 57,8%. Соотношение мальчиков к девочкам также изменилось. Если в начале изучаемого периода (2000 г.) оно составляло 1,38:1, то к 2015 г. — 1,2:1. До 2007 года преобладали дети с тяжелой и среднетяжелой формами БЛД (до 75% суммарно), в последние годы отмечается выраженная тенденция к увеличению удельного веса легкой формы (более 60%). Сохраняется взаимосвязь между гестационным возрастом, массой тела при рождении и вероятностью развития БЛД: чем они ниже, тем больше вероятность заболевания. За последние 5 лет отмечается увеличение на приеме числа глубоконедоношенных детей с экстремально низкой (ЭНМТ) и очень низкой массой тела при рождении (ОНМТ) и гестационным возрастом менее 28 недель.

Применение сурфактантов с лечебной и профилактической целью с 2009 по 2015 гг. выросло с 31 до 100%. С 2000 по 2012 гг. имело место увеличение частоты назначения и продолжительности курсов ингаляционных глюкокортикоидов. С 2013 года отмечается урежение и уменьшение продолжительности назначаемых курсов, в частности, у детей, получивших иммунопрофилактику РС-вирусной инфекции препаратом паливизумаб (Синагис). В эпидсезон 2014/2016 гг. были иммунизированы 89% наблюдаемых нами детей. Сохраняется относительно стабильной частота развития такого осложнения БЛД, как легочная гипертензия, у детей с тяжелой и среднетяжелой формой болезни (22–24%). В последние 5 лет достоверно чаще у детей с БЛД диагностируется бронхиальная астма (2,51% в 2010 г., 2,95% в 2015 г.). Наиболее часто манифестация происходит на втором году жизни.

Выводы: 1. Бронхолегочная дисплазия как нозология трансформируется со временем. Абсолютное число детей с БЛД ежегодно увеличивается, вероятнее всего, вследствие успехов в области новейших перинатальных технологий, расширения охвата ими населения и увеличения выживаемости глубоко недоношенных детей с ОНМТ и ЭНМТ при рождении. 2. Значительно изменилось соотношение в пользу преобладания легких форм, с непродолжительной кислородозависимостью, редкими и нетяжелыми обострениями. 3. Частота развития осложнений БЛД при тяжелом и среднетяжелом течении остается на прежнем уровне, что, возможно, может служить основанием для выделения их в отдельную группу диспансерного наблюдения. 4. Иммунизация против РС-вирусной инфекции позволяет сократить показания к назначению ингаляционных глюкокортикостероидов и продолжительность их курсов, что крайне важно, с учетом данных об их побочном эффекте в виде торможении альвеоляризации.

Уровень прокальцитонина при внебольничной пневмонии у детей

Брызгалин М.П., Тудупова Д.Т., Щербак В.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Болезни органов дыхания – наиболее частая патология у детей. Однако оценка тяжести инфекционного процесса разработана не до конца. Поиск новых способов диагностики состояния пациента является актуальной проблемой современной педиатрии. Внебольничная пневмония определяется как «острое инфекционное заболевание легких различной этиологии, развивающееся вне больницы или в первые 48–72 часа госпитализации, сопровождаемое лихорадкой и симптомами поражения нижних дыхательных путей (одышка, кашель, физикальные данные), при наличии инфильтративных изменений на рентгенограмме.

Цель исследования: определить содержание прокальцитонина (ПК) при внебольничной пневмонии у детей.

Материалы и методы. Обследовано 80 детей с острой внебольничной пневмонией в возрасте 1–15 лет в отделении пульмонологии. Дети были разделены на 3 группы по возрасту: 1 (n=32) 1–3 года, 2 – (n=21) 3–7 лет, 3 – (n=27) 7–15 лет. Диагноз ставился в соответствии с Протоколами лечения острой внебольничной пневмонии у детей. Определение ПК сыворотки проводилось методом ИФА с использованием наборов реактивов «Вектор-Бест». Статистический анализ проводился пакетом программ Statistika-6,0 (Statsoft, USA). Для проверки принадлежности выборки нормальному распределению

использовался критерий Колмогорова–Смирнова и визуальная оценка гистограммы. Поскольку распределение вариационных рядов не подчинялось критериям нормальности, то применялись методы непараметрической статистики. Определялись медиана и межквартильный интервал (от 25 до 75 перцентиля). Различия считались достоверными при $p < 0,05$ по критерию Манна-Уитни. Результаты и их обсуждение. В 1 группе содержание ПК составило 0,134 [0,098; 0,196] нг/мл, во второй – 0,340 [0,256; 0,426], третьей – 0,089 [0,068; 0,146] нг/мл. Статистически значимо ($p < 0,05$) отличались показатели второй группы от первой и третьей. При разделении детей на группы по степени тяжести пневмонии значимых различий не получено. ПК является предшественником гормона кальцитонина с молекулярной массой 14,5 КДа (116 аминокислот). В норме синтез ПК осуществляется в С-клетках щитовидной железы, однако при генерализации инфекции бактериальные экзо- и эндотоксины при участии цитокинов стимулируют синтез ПК в нейроэндокринных клетках легких, в поджелудочной железе, печени, макрофагах, моноцитах и других тканях. Это приводит к значительному повышению уровня ПК в крови, при этом увеличение содержания кальцитонина не происходит. Более высокий уровень ПК в средней возрастной группе мы связываем с тяжелым течением пневмонии в данной группе. Все пациенты из этой группы посещали детские дошкольные учреждения, где высока вероятность контактов с инфекционными больными. Вот почему они склонны к распространению бактериальной инфекции. Выводы 1. Исследование прокальцитонина является важным диагностическим тестом, позволяющим определить тяжесть внебольничной пневмонии у детей. 2. Наиболее высокие значения выявлены в группе детей дошкольного возраста.

Болезнь Пертеса – ранняя диагностика и пути профилактики

Буныкин Н.И.

Научно-практический центр детской психоневрологии, Москва

Актуальность темы. Болезнь Пертеса (остеохондропатия тазобедренных суставов) до настоящего времени зачастую диагностируется через 3 и более месяцев от начала в стадии выявляемых рентгенологически необратимых изменений. Это объясняется отсутствием единого взгляда на патологический процесс в тазобедренном суставе как результат страдания всего организма ребенка.

Цель исследования: создание методологии обследования детей с подозрением на болезнь Пертеса и поиск путей её профилактики. Пациенты и методы. В период с 1991 по 2015 гг. обратились 247 детей в возрасте от 3 до 11 лет, угрожаемых по болезни Пертеса. Наиболее типичными были жалобы на быструю утомляемость детей, хромоту на больную ногу и боли в ней, имеющие иррадиирующий характер, чаще в область коленного сустава. У большинства детей отмечалась гиперактивность с дефицитом внимания. В анамнезе отмечались токсикозы беременности матери, частые заболевания ребенка ОРВИ и другими инфекционными заболеваниями. Хромота возникала после длительной ходьбы или перенесенного ранее заболевания. Причиной всего этого являлось нарушение внутриклеточного энергетического обмена в организме ребенка с последующим транзиторным синовитом в наиболее нагружаемом (тазобедренном) суставе (канд. дисс., 1991 г.). В дальнейшем при отсутствии правильной постановки диагноза и лечения развивалось затруднение венозного оттока в наименее

кровооснабжаемом отделе бедренной кости (эпифизе) и через 3 мес. – необратимое нарушение кровообращения в нем. Подтверждением этого этиопатогенетического процесса были полученные нами результаты иммунологических и цитохимических исследований у детей с болезнью Пертеса, измерение внутрикостного давления в проксимальном отделе бедренной кости, внутрикостная венография, а в последние 10 лет – определение уровня субпопуляции лимфоцитов у данной категории больных. При осмотре в положении на животе с фиксированным тазом особое внимание уделялось наличию ограничения внутренней ротации и отведения в тазобедренных суставах. При обращении детей в первые 2–3 недели от начала жалоб на боли в ноге и хромоты выполнялось ультразвуковое обследование, рентгенография тазобедренных суставов в прямой проекции. В случае наличия синовита при УЗИ, расширения суставной щели и фигуры «слезы» тазобедренного сустава при рентгенографии устанавливался диагноз «начальная стадия болезни Пертеса (транзиторного синовита)». Ребенку назначалось соответствующее лечение, направленное, в том числе на улучшение внутриклеточного энергетического обмена в организме ребенка.

Результаты. Во всех случаях при обращении детей в первые 2–3 недели от начала заболевания удалось предотвратить дальнейшее развитие патологического процесса в тазобедренных суставах. За прошедшие 25 лет ни у кого из обратившихся пациентов рецидивов не отмечено. Основным в профилактике болезни Пертеса, с нашей точки зрения, являются мероприятия, направленные на улучшение внутриклеточного энергетического обмена, а именно – создание доступных условий для матерей в период беременности и детей в период раннего развития возможности дыхания незагрязненным атмосферным воздухом, рациональное питание, занятия физической культурой.

Оптимизация методов коррекции избыточной массы тела у детей и подростков с помощью web-технологий

Бурлакова Е.Е., Овсянников Д.Ю.

Российский университет дружбы народов, Москва

Ожирение, учитывая полиэтиологичность и мультифакториальность структуры, плохо поддается терапии. В 95% избыточная масса тела возвращается после ее нормализации. За последние 5 лет доля детей-подростков с избыточной массой тела в отдельных регионах России выросла на 5–9%. Среди причин этого обсуждаются реклама и огромный ассортимент рафинированной высококалорийной пищи, отсутствие системы образования в вопросах здорового стиля жизни и питания семьи, неустойчивая система регуляции обмена веществ в период ростовых скачков.

Цель исследования: выявить частоту встречаемости избыточной массы тела в структуре амбулаторного приема педиатра и провести сравнительный анализ различных методов коррекции избыточной массы тела у детей.

Материалы и методы: в течение года наблюдались 1134 детей, у которых оценивался индекс массы тела. Из 1134 обратившихся детей 143 имели избыточную массу тела. Дети и подростки с избыточной массой тела были разделены на три группы в зависимости от применения различных методов диетологической помощи. Первая группа получала стандартные диетологические рекомендации

в виде «пищевого светофора» и рекомендации по организации ежедневной 40-минутной физической активности. Вторая группа получала более подробные рекомендации по питанию, была направлена на физиотерапию в виде массажа еженедельно, также они получали в профилактической дозе вит. Е, препарат рыбьего жира с экстрактом ламинарии, Элькар, физическая активность, также была рекомендована. Третья группа получала консультации без присутствия родителей (с 7 лет), с акцентом на развитие самостоятельного выбора ребенка путем создания индивидуального плана коррекции избыточной массы тела вместе с ним. Для упрощения взаимодействия между педиатром и ребенком был создан тестовый сайт, содержащий в себе диетологические и спортивные рекомендации, примеры индивидуальных дневников питания, а также информацию, направленную на мотивацию ребенка. На сайте дети могли делиться своими впечатлениями об изменившемся стиле жизни, высылать заполненные формы дневников питания и получать новые, динамические рекомендации. Оценивались данные биоимпедансметрии – через 1 мес. снижение содержания жировой массы на 10% от исходной, через 6 мес. снижение содержания жировой массы на 25% от исходной.

Результаты: число детей со снижением содержания жировой массы на 10% от исходной через 1 мес. в 1-й, 2-й и 3-й группах составило 15%, 25%, 60% соответственно, со снижением содержания жировой массы на 25% от исходной через 6 мес. в 1-й, 2-й и 3-й группах составило 7%, 12%, 55% соответственно.

Выводы: методы терапевтической коррекции избыточной массы тела у детей должны быть совместимы с их социальной жизнью, а не противостоять ей. Необходимо акцентировать ответственность и самостоятельность ребенка, подчеркивая именно его самостоятельный выбор улучшения своего качества жизни. В течение первых 6 мес. необходимо постоянное динамическое наблюдение, не менее 1 раза в две недели, которое гораздо легче осуществлять, пользуясь средствами обмена информацией через интернет. Необходимо учитывать структуру мотивации ребенка, открывая ему доступ к тематической информации. Создание полноценного сайта, содержащего в себе весь тематический материал в интересной форме, а также структуру обратной связи с возможностью детей делиться опытом, поддерживать друг друга.

Роль стационарного этапа в лечении ожирения у детей

Варнахина О.А., Фисенко А.П., Корнопелева Л.С., Романова Л.А., Вехова Н.В.

Медицинский центр Управления делами президента, Центральная клиническая больница с поликлиникой, Москва

Распространенность ожирения, а также сопутствующие ему сахарный диабет, гипертония и ишемическая болезнь сердца, во всем мире неуклонно растут. Россия занимает 19 место по распространенности ожирения, причем избыток массы тела регистрируется примерно у 12% детей, в том числе ожирение у 2,5–5%. Детское и подростковое ожирение, пролонгированное во взрослый период, имеет более тяжелое течение, сопровождается выраженной прибавкой массы тела и «омоложением» сердечно-сосудистой патологии и сахарного диабета.

Цель. Показать важность и эффективность стационарного этапа обследования и лечения детей с ожирением.

Задачи. 1. Определить частоту встречаемости и возраст формирования симптомокомплекса метаболического синдрома в группе детей с ожирением. 2. Оценить необходимость стационарного этапа обследования и лечения детей с ожирением. 3. Оценить эффективность комплексного лечения ожирения в условиях стационара и сроки его повторения в течение года.

Материал и методы. Клиническое, функциональное, лабораторное обследование 52 детей (девочки – 33, мальчики – 19) с ожирением I–IV степени в возрасте от 7 до 16 лет (12,5±0,2). Анализ наследственности, анамнеза vite, антропометрии (рост, вес, индекс массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ)), суточного мониторинга АД, данных тредмил-теста, липидного (ОХС, ЛПВП, ЛПНП, ИА) и углеводного обмена (гликозилированный гемоглобин, инсулин, С-пептид). Лечение: диета 8 по Певзнеру, питьевой режим; ведение пищевого дневника. Медикаментозная терапия проводилась индивидуально с учетом выявленных изменений. Немедикаментозные методы лечения: ежедневные занятия лечебной физкультурой и инструктором и на тренажерах 2 раза в день, курс рефлексотерапии, местное воздействие синусоидальных модулированных токов на жировую ткань, водолечение (душ Шарко, веерный, подводный массаж); с детьми и родителями проводилась мотивационная психотерапия.

Результаты. Более 2/3 пациентов имелиотягощенную наследственность по полному или неполному симптомокомплексу метаболического синдрома: артериальная гипертензия 71,8%, ожирение 61,5%, сахарный диабет II типа 18%. На раннем искусственном вскармливании было 82% детей. Лишним весом с раннего возраста страдало 76,9%, причем у 51,3% отмечалась значительная прибавка массы тела (>10% в год) за последние 2–3 года. ИМТ в среднем – 30,1 кг/м² (max 40,5). ОТ у всех детей была более 80 см. Тредмил-тест выявил у большинства пациентов среднюю или высокую переносимость физических нагрузок. При суточном мониторинге АД у 30,7% детей диагностирована изолированная систолическая артериальная гипертензия. При лабораторном обследовании повышение индекса атерогенности выявлено у 36% детей, что коррелировало с обнаружением у 33% неалкогольной жировой болезни печени при УЗИ. У 25,6% выявлено повышение уровня гликозилированного гемоглобина, еще у 3 детей (7,8%) была выявлена инсулинорезистентность. За время госпитализации, в среднем около 11 дней, средняя потеря веса составила 4 кг (max 9 кг), ИМТ снизился в среднем до – 27,8 кг/м², ОТ уменьшилась на 3,5 см. У всех детей отмечалось улучшение самочувствия, они были мотивированы на регулярные физические занятия, следование принципам рационального питания, достаточного питьевого режима. При повторных госпитализациях в сроки от 6 до 18 месяцев, отмечено, что стремление к ведению здорового образа жизни и соблюдению диеты и, следовательно, к похудению после первичной госпитализации сохранялось в течение 3 месяцев, затем еще в течение 3 месяцев наблюдалось удержание достигнутого результата. При отсутствии психологической поддержки и активного медицинского наблюдения в более поздние сроки, дети вновь набирали вес.

Выводы. 1. Метаболический синдром выявлен у 1/3 подростков с ожирением; у 1/3 представлен неполный симптомокомплекс метаболического синдрома. Симптомокомплекс метаболического синдрома формируется у детей с ожирением, в основном, после 14 лет и чаще встречается у девочек. 2. Лечение эффективно при высокой мотивации ребенка и семьи на конечный результат. 3. Лечение более эффективно в группе подростков, чем индивидуально. 4. Для достижения стойкой потери веса у подростков с ожирением

целесообразно повторные 2-недельные курсы стационарного лечения проводить каждые 6 месяцев.

Собственный клинический опыт ведения детей с деструктивным пиелонефритом

Врублевский С.Г., Врублевская Е.Н., Шмыров О.С., Лазишвили М.Н., Галкина Я.А., Корочкин М.В., Врублевский А.С., Вавилова Е.А.

Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Цель исследования: совершенствование диагностики и улучшение результатов лечения детей с острым пиелонефритом, угрожаемых по развитию апостематозного нефрита.

Материалы и методы: за период с 2013 по 2015 гг. в МДГКБ находились на лечении 12 пациентов в возрасте от 1 мес. до 12 лет с диагнозом при поступлении острый пиелонефрит. В отделение реанимации первоначально были госпитализированы 3 пациента с уросепсисом, вследствие неадекватной терапии, проводимой на догоспитальном этапе лечения. Клиническая картина острого пиелонефрита характеризуется интоксикацией, гектической лихорадкой, лейкоцитурией, протеинурией. Однако основным методом диагностики апостематозного нефрита является УЗИ почек с определением внутриорганного кровотока. При эхографическом исследовании выявляют следующие симптомы апостематозного нефрита: деформация контура, гипозоногенные очаги в паренхиме, расположенные подкапсульно размерами от 2–4 мм, утолщение коркового и мозгового слоев почки, утолщение капсулы почки до 1–2 мм, инфильтрация стенок лоханки и чашечек, деформация чашечек и лоханки при значительных размерах очага, взвесь в коллекторной системе. При доплерографическом исследовании определялось локальное обеднение сосудистого рисунка в корковом слое. При наличии одного очага размером более 2 см нами был выбран метод пункционного дренирования под УЗ-контролем. Такой способ лечения использован у 7 детей (58%) с последующей антибактериальной терапией с учетом чувствительности флоры. При отсутствии положительной динамики на фоне инфузионной и антибактериальной терапии антибиотиками широкого спектра действия при наличии множественных очагов, расположенных подкапсульно, у 1 ребенка (8%) с единственной почкой выполнена декапсуляция, вскрытие апостем и дренирование забрюшинного пространства. В связи с наличием апостем малого диаметра и адекватного ответа на антибактериальную терапию 4 детям (33%) не потребовалось хирургического лечения. Контроль за динамикой патологического процесса осуществлялся по данным УЗИ и на основании оценки лабораторных показателей.

Результаты: на фоне проводимой терапии у 92% детей отмечено клиническое выздоровление. Через 3 месяца выполнено рентгеноурологическое обследование с целью выявления органической причины нарушения уродинамики 81% пациентов. Следует отметить, что 8 детей (67%) имели сопутствующую урологическую патологию: обструктивный мегауретер (37%), пузырно-мочеточниковый рефлюкс (25%), клапан задней уретры (25%), мочекаменная болезнь (12,5%). 1 ребенок (8%) 1 месяца жизни с гипотрофией II–III ст., поступивший в нашу клинику с явлениями уросепсиса на фоне множественных врожденных пороков развития мочевыделительной системы (клапан задней уретры, двусторонний мегауретер), выявленных антенатально, после проведенного пункционного дренирования апостемы, наложения дистальной кутанеостомы справа погиб вследствие развития острой почечной недостаточности.

Выводы. 1. Острый пиелонефрит – это состояние требующее пристального внимания педиатра на амбулаторном этапе у детей раннего возраста и детей, имеющих сопутствующую урологическую патологию. 2. Метод пункционного дренирования под УЗИ-контролем имеет высокую эффективность в сочетании с проведением комплексной детоксикационной и антибактериальной терапии.

Особенности медико-социального статуса беременной, как фактор риска развития патологии у новорожденного

Вязова Л.И.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Одним из факторов, оказывающим влияние на течение перинатального периода, является состояние здоровья и социальный статус матери. Многие исследователи указывают на наличие корреляционной взаимосвязи между воздействием вредных факторов, осложняющих беременность, и состоянием здоровья плода и новорожденного. Цель и задачи исследования. Выявить факторы перинатального риска у новорожденных детей в зависимости от медико-социального статуса их матерей.

Материалы и методы. Для выявления факторов перинатального риска у новорожденных детей были проанализированы анамнестические данные 139 рожениц. Доношенных новорожденных родили 73 женщины (1-я группа), недоношенных – 66 человек (2-я группа). Результаты и обсуждение. Все дети родились от матерей с перинатальными факторами риска для плода. У каждой второй роженицы настоящая беременность была повторной. Возраст женщин варьировал от 15 до 45 лет. Больше половины матерей были от 19 до 26 лет, младше 19 и старше 35 лет было 5,8% и 7,2% женщин соответственно. Среди матерей 2-й группы было меньше женщин, занимающихся умственным трудом (3,0% против 9,6% 1-й группы) и больше тех, которые выполняли тяжелую физическую работу (27,3% против 11,0%). Очевидно, что беременные, не подвергающиеся воздействию хронического стресса вследствие семейной неустойчивости и занимающиеся интеллектуальной деятельностью, имеют лучшие показатели здоровья, что снижает у них риск невынашивания беременности и позволяет рожать более жизнеспособное потомство. У 22,3% женщин беременность наступила вне брака, каждая пятая беременная поздно встала на учет, а у 6,5% женщин полностью отсутствовало врачебное наблюдение во время беременности. Все матери страдали различными соматическими и хроническими инфекционно-воспалительными заболеваниями, нередко обострившимися во время беременности. Отягощенный акушерский анамнез (бесплодие, выкидыши, аборт, внематочная беременность) имели более половины женщин, причем у 61,2% из них предыдущие беременности закончились абортами. Настоящая беременность чаще всего осложнялась воспалительными заболеваниями генитальной сферы, причем у женщин, родивших преждевременно, они регистрировались в 2 раза чаще. Высокий удельный вес занимали болезни органов дыхания (38,1%). У 45,3% женщин отмечалась угроза прерывания беременности, что потребовало госпитализации и стационарного лечения. Среди матерей, родивших недоношенных детей, это осложнение беременности имела каждая вторая женщина. Анемией беременных страдали 16,5% человек. Токсикоз первой

половины беременности наблюдался у 18,7% женщин, причем с большей частотой он регистрировался у родивших в срок, в то время как гестоз в 3 раза чаще осложнял беременность у преждевременно родивших матерей. У большинства (83,6%) матерей роды характеризовались осложненным течением. Преждевременное излитие околоплодных вод отмечалось у 15,1% человек, длительный безводный промежуток зафиксирован у каждой 4-й женщины. Слабость родовой деятельности развилась у 13,7% рожениц. Родоразрешение плановым кесаревым сечением произведено в 5 случаях, по экстренным показаниям – в 2 раза чаще (13,7% женщин).

Выводы. 1. Наиболее частыми осложнениями беременности были угроза ее прерывания, генитальная инфекционно-воспалительная патология, токсикоз, болезни органов дыхания. 2. Выполнение тяжелой физической работы на производстве и эмоциональный дискомфорт беременной вследствие семейной неустойчивости способствовали преждевременным родам. 3. Внутриматочная гипоксия плода, осложненное течение родов обусловило тяжесть состояния детей при рождении, особенно недоношенных, что потребовало проведения реанимационных мероприятий у 16,7% из них и назначения антибактериальной терапии с рождения всем преждевременно рожденным детям и каждому пятому доношенному ребенку.

Особенности физического развития детей с персистирующей цитомегаловирусной инфекцией

Джумагазиев А.А., Безрукова Д.А., Джальмухамедова Э.И., Райский Д.В.

Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань

Актуальность. Доказана роль персистирующих инфекций, в частности, цитомегаловируса (ЦМВ) в снижении резистентности, выражаемой частой заболеваемостью, что негативным образом сказывается на показателях физического развития детей.

Цель исследования: изучить показатели физического развития детей с персистирующей ЦМВ инфекцией.

Пациенты и методы. Методом ПЦР (амплификация в слюне, моче и крови) было обследовано 78 детей-воспитанников домов ребенка г. Астрахани первых двух лет жизни, не имевших грубой органической патологии. Выделение ДНК ЦМВ из биологических сред ребенка являлось основанием для отнесения его в основную группу (n=46). 32 ребенка без выделения ЦМВ в биологических средах составили контрольную группу.

Результаты. С первых месяцев жизни у 82,61% детей с персистирующей ЦМВ-инфекцией (38 из 46 в основной группе), в сравнении с группой контроля (9 из 32 детей – 28,13%) чаще (p=0,0001) отмечалась задержка темпов развития, что соответствовало пониженной или низкой массе тела. Частота встречаемости детей с пониженными и низкими показателями роста на втором году жизни в основной группе составила 43 из 45 детей (95,56%), а в группе контроля – 21 из 32 (65,63%).

Выводы: для уменьшения рисков влияния персистирующей ЦМВ инфекции на здоровье ребенка рекомендуются меры профилактики (иммунопрофилактика управляемых инфекций, лечение интеркуррентных заболеваний, коррекция рациона питания)

Прогнозирование заболеваний, обусловленных йодным дефицитом

Джумагазиев А.А., Богданьянц М.В., Райский Д.В., Безрукова Д.А.

Астраханский государственный медицинский университет,
Астрахань

Актуальность. В последние годы в педиатрии все большее применение находят научно обоснованные методы теории прогнозтики. Прогностический подход позволяет определить тренд развития и здоровья ребенка, выявить факторы, оказывающие отрицательное влияние на организм в проспективном аспекте, показать их значение в повреждении регуляторных механизмов и возникновении патологических состояний, разработать комплекс профилактических мероприятий, обеспечивающих сохранение здоровья и гармоническое развитие. Цель исследования: рассчитать прогностический коэффициент (ПК), чувствительность (Se), специфичность (Sp) признака для различных уровней йодного дефицита (ЙД). Пациенты и методы. У 333 детей г. Астрахани в возрасте 6–7 лет с известными показателями йодурии, УЗИ щитовидной железы и гормонов (ТТГ, Т3, Т4), при использовании четырехпольной таблицы для вычисления критерия хи-квадрат, с помощью процедуры последовательного распознавания Вальда проведено вычисление значимости ПК 18 клинико-анамнестических и 5 лабораторных признаков. Признак признавался достоверным при значениях $\chi^2 > 6,63$ ($p < 0,01$) и при значениях $\chi^2 > 3,845$ ($p < 0,05$). Результаты. Наличие дефицитной анемии в анамнезе (ПК=12,05), ожирения (ПК=9,84), задержка мышления и речи (ПК=6,83), тонзиллит, гиперплазия тонзиллярных миндалин лимфоглоточного кольца (ПК=4,27) являются значимыми факторами риска ЙД. Употребление йодсодержащих витаминов (ПК=-3,01), морепродуктов чаще 2 раз в неделю (ПК=-1,63), йодированной соли не менее 6 месяцев в году (ПК=-1,37) являются протекторами ЙД. Выводы: использование прогностического алгоритма с высокой вероятностью позволит существенно упростить выявление детей йодным дефицитом, проводить своевременную профилактику данных состояний и могут быть рекомендованы для практического применения в эндемичных по йодному дефициту регионам.

Особенности иммунного статуса у детей-воспитанников детских домов с цитомегаловирусной инфекцией

Джумагазиев А.А., Райский Д.В., Безрукова Д.А.,
Джальмухамедова Э.И.

Астраханский государственный медицинский университет,
Астрахань

Актуальность. У детей в организованных детских коллективах рецидивам острых заболеваний способствуют возбудители, длительно персистирующие в организме ребенка и способствующие длительному снижению резистентности. Немаловажное значение в этом отводится вирусам герпетической группы, в числе которых, наряду с вирусами простого герпеса и вируса Эпштейн-Барр все чаще упоминается цитомегаловирус (ЦМВ). Цель исследования: оценить особенности иммунограммы у детей-воспитанников детских домов г. Астрахани с цитомегаловирусной инфекцией.

Материалы и методы: результаты 18 образцов крови ЦМВ инфицированных детей-воспитанников ГКУЗ АО «СДР №1» (основная группа) сопоставлены с результатами иммунограмм 34 часто болеющих детей, не инфицированных вирусом (группа контроля). Для верификации ЦМВ инфицирования использовали метод ПЦР подтверждения ДНК возбудителя в биологических средах, а также показатели специфических IgM и IgG. Иммунологическое исследование крови проводилось по тестам первого и второго уровня. Результаты. У детей основной группы статистически чаще встречается повышение абсолютного количества Т-лимфоцитов относительно возрастной нормы. У 15% детей основной группы показатели Т-лимфоцитарного звена иммунитета превысили значения возрастного референсного диапазона на 60% и более. Гиперактивация Т-клеточного звена иммунитета сопровождается увеличением количества активированных фагоцитов. При этом, в основной диагностической группе статистически реже встречается гиперактивация ($p = 0,01$) гуморального звена иммунитета (IgG и IgM), при том, что уровни иммуноглобулинов класса А как по абсолютным величинам, так и по показателям devIgA в основной и контрольной группах не имеют различий.

Выводы: вероятно, длительная персистенция вируса у детей, проживающих в условиях тесного коллектива, способствует гиперстимуляции клеточного звена иммунитета, но не обеспечивает в полной мере синтеза антителообразования, позволяющего сдерживать реактивацию ЦМВ.

Оценка уровня Липокалина-2 ассоциированного с нейтрофильной желатиназой в моче при острых пиелонефритах и инфекциях мочевыводящих путей у детей

Еремеева А.В., Длин В.В., Корсунский А.А., Бондаренко Е.Д.,
Гурбанова С.П.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Российский национальный исследовательский медицинский университет, Москва

Введение. Инфекции мочевой системы (ИМС) являются одними из наиболее распространенных инфекционных заболеваний, с которыми сталкиваются педиатры. Верификация инфекции мочевых путей (ИМП) и острого пиелонефрита у детей в первичном звене до настоящего времени остается сложной проблемой.

Цель исследования. Изучение клинической и диагностической значимости определения Липокалина-2 ассоциированного с нейтрофильной желатиназой (uNGAL) в моче у детей с ИМП и пиелонефритом.

Материалы и методы. Обследовали 30 детей с острым пиелонефритом и инфекцией мочевых путей (ИМП) в возрасте от 1 года до 16 лет (средний возраст $7,32 \pm 4,52$), в том числе 26 девочек и 4 мальчика. Верификация диагноза проводилась на основании клинико-лабораторных данных, анамнеза заболевания и инструментального обследования больных. Все дети были распределены на 2 группы: 1-я группа – 15 детей с острым пиелонефритом, 2-я группа – 15 детей с инфекцией мочевых путей. uNGAL измеряли в моче с помощью иммуноферментного анализа (ИФА) набор (BioVendor Laboratory Medicine).

Результаты. Установлено, что уровень экскреции uNGAL/Cr коррелирует со степенью повреждения паренхимы почек у детей с

острым пиелонефритом. В группе детей с острым пиелонефритом выявлена прямая корреляционная связь средней силы между уровнем экскреции uNGAL/Cr и величиной лейкоцитоза ($r=0,72$; $p<0,05$), а также с уровнем СРБ в крови ($r=0,67$; $p<0,05$). У детей с течением ИМП уровень экскреции uNGAL/Cr не превышал 2,5 нг/мл, а у пациентов с пиелонефритом экскреция uNGAL/Cr была 5,7 нг/мл и более. Установлена сильная прямая корреляционная связь ($r=0,71$; $p<0,05$) между уровнем повышения uNGAL в острый период пиелонефрита и степенью повреждения паренхимы почек у детей с острым пиелонефритом по результатам статической нефросцинтиграфии.

Заключение. Полученные результаты позволяют рекомендовать определение уровня экскреции uNGAL/Cr в моче в качестве дополнительного неинвазивного маркера для раннего выявления поражения почечной паренхимы.

Содержание метаболита витамина D в сыворотке крови детей с различной тяжестью атопического дерматита

Ермолаева Е.И., Виноградова Т.В., Пампура А.Н.

Научно-исследовательский клинический институт педиатрии им. акад. Ю.Е. Вельтищева, Научно-исследовательский клинический институт им. Н.И. Пирогова, Москва

Введение. Витамин D участвует во многих процессах в организме и обладает, в том числе и иммуномодулирующими свойствами. В литературе широко обсуждается роль витамина D в модуляции развития и течения аллергических заболеваний. Существуют противоречивые данные о влиянии витамина D на тяжесть атопического дерматита (АтД).

Цель работы. Установить взаимосвязь уровня 25-ОН-D в сыворотке крови детей и тяжести АтД.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 70 детей с АтД различной степени тяжести. Из обследованных детей (средний возраст $6,6\pm 4,65$ лет) 56% составили мальчики и 44% – девочки. Оценка клинических проявлений АтД на момент осмотра проводилась путем подсчета индекса SCORAD. Пациенты были распределены на три группы в зависимости от тяжести клинических проявлений АтД. У 18% больных имели место легкие клинические проявления АтД (SCORAD до 20 баллов), у 29% – среднетяжелые (SCORAD 20–40 баллов), тяжелый АтД был у 53% детей (SCORAD более 40 баллов). Количественное определение уровня 25-ОН-D было проведено с помощью иммуноферментного анализа (БиоХимМак). Диапазон количественного определения составлял 0,14–140 нг/мл. Результаты. У детей с АтД медиана уровня витамина D составила 25,4 [12,8; 43,6] нг/мл. Группы детей с АтД не различались по возрасту и физическим параметрам (центиль массы, роста). Корреляции индекса SCORAD с уровнем витамина D в крови не получено. Во всех трех группах детей с АтД уровень данного метаболита оказался ниже 30 нг/мл, что соответствует недостаточности витамина D. Различия по уровню 25-ОН-D в сыворотке крови в этих группах были недостоверны. Уровень 25-ОН-D в крови не был достоверно взаимосвязан с сезоном, в который был произведен забор крови при госпитализации ($R=0,158$, $p=0,227$), хотя в летнее время отмечалась тенденция к увеличению уровня метаболита. Уровень 25-ОН-D у детей с АтД различался в зависимости от возраста. Дети до 13 лет имели более высокий уровень 25-ОН-D, чем дети старше 13 лет

($p=0,022$). У детей раннего возраста (до 3 лет) уровень 25-ОН-D был выше 30 нг/мл (медиана составила 36,15 нг/мл), у детей старше 8 лет отмечалось снижение уровня данного метаболита (до 29,75 нг/мл) и дети старше 13 лет имели дефицит витамина D (12,1 нг/мл) (U-тест: $p<0,05$).

Выводы. У детей с АтД концентрация 25-ОН-D ниже нормативных показателей. Взаимосвязь уровня 25-ОН-D в сыворотке крови с тяжестью клинических проявлений АтД у детей не установлена. Выявлены изменения уровней 25-ОН-D в сыворотке крови детей с АтД в различные возрастные периоды.

Особенности физического развития и костной прочности у детей, получающих специфическую химиотерапию против туберкулезной инфекции

Жукова А.С., Крутикова Н.Ю.

Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск

Актуальность исследования: Нарушение процессов костеобразования у ребенка под действием хронических болезней ведет к снижению костной прочности и как следствие к нарушению роста и повышенному риску развития остеопороза и переломов костей в будущем. Одним из таких заболеваний является туберкулезная инфекция. В Смоленской области по данным противотуберкулезного диспансера возросло число детей VI группы диспансерного наблюдения, которые должны длительно принимать специфическую терапию, что может оказать неблагоприятное влияние на дальнейшее развитие ребенка.

Цель исследования: изучить состояние физического развития, костной прочности у детей VI группы диспансерного наблюдения. Задачи исследования. 1. Изучить частоту встречаемости снижения костной прочности у детей из VI группы диспансерного наблюдения по туберкулезу. 2. Сравнить показатели костной прочности и костного метаболизма в зависимости от пола, возраста и физического развития ребенка 3. Изучить показатели костной прочности и костного метаболизма в зависимости от длительности получаемой специфической терапии против туберкулезной инфекции.

Методы исследования. В исследование были включены дети VI группы диспансерного наблюдения. В шестой группе наблюдают лиц с повышенным риском заболевания локальным туберкулезом. Она включает 3 подгруппы: VI-A – дети в раннем периоде первичной туберкулезной инфекции («вираж» туберкулиновых реакций); VI-B – ранее инфицированные дети с гиперергической реакцией на туберкулин; VI-B – дети с усиливающейся туберкулиновой чувствительностью. Инструментальное обследование включало проведение количественной ультрасонометрии (КУС) большеберцовых костей на приборе Omnisense 7000S («SunlightMedicalLtd», Израиль). Материал исследования. Всего обследовано 160 детей. 1 группа – 100 детей из VI группы диспансерного наблюдения; 2 группа – 60 детей здоровых (группа контроля).

Результаты и обсуждения. Установлено, что у обследованных детей с туберкулезной инфекцией низкое и очень низкое физическое развитие имели 24 ребенка, что составляет 15%. Установлено, что среди детей основной группы значение скорости звука в кости находится ниже 10% перцентиля у 18 (11,25%) детей, и у 12 (7,5%) детей выявлена очень низкая скорость ультразвуковой волны в трубчатой кости (менее 3% перцентиля). У детей, которые получали лечение

туберкулезной инфекции специфическими препаратами, средняя SOS составила 3675 м/с. А которые не получали лечения – 3879 м/с. Проведенное исследование выявило высокую частоту встречаемости сниженной костной прочности у детей с туберкулезной инфекцией (41,1%). Установлено, что у детей с туберкулезной инфекцией имеется снижение костной прочности и нарушение костного метаболизма, которые усугубляются проведением специфической длительной терапии. Показатели скорости ультразвуковой волны в кости у детей с низким и очень низким физическим развитием детей были достоверно ниже, чем у детей из группы контроля. Дети, получавшие специфическую терапию по поводу лечения туберкулеза не менее 3 месяцев, имели достоверно низкие показатели прочности кости по сравнению с детьми, не получавшими терапию специфическими препаратами.

Метаболический синдром у детей и подростков, излеченных от острого лимфобластного лейкоза

Жуковская Е.В.

Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева, лечебно-реабилитационный научный центр «Русское поле», Москва

Актуальность. Основные противоопухолевые лекарственные препараты реализуют терапевтическое воздействие прямо или опосредованно за счет своего модифицирующего влияния на внутриклеточный метаболизм. Следствием этого является то, что высокая частота ранних и поздних токсических эффектов со стороны внутренних органов может быть обусловлена метаболическими нарушениями, индуцированными в ходе проведения терапии. Все чаще онкологи, изучая качество жизни пациентов, излеченных от рака, сосредотачивают свое внимание на развитии метаболического синдрома у пациентов, получавших полихимиотерапию и облучение. Цель. Анализ распространенности метаболического синдрома у детей и подростков, излеченных от острого лимфобластного лейкоза. Материалы и методы. Исследование выполнено в лечебно-реабилитационном научном центре «Русское поле» ФНЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева, возраст пациентов, включенных в исследование 4–18 лет. Для выявления метаболического синдрома использовали данные семейного анамнеза; оценку антропометрических показателей – рост и вес, индекс массы тела: $ИМТ = \text{масса тела (кг)} / \text{рост}^2$, возведенный в квадрат (м^2), параметры углеводного обмена: определение уровня глюкозы, инсулина, С-пептида в крови натощак, расчет индекса $IP = \text{Homeostatic Model Assessment (HOMA-IR)}$. У детей и подростков повышение индекса $HOMA-IR$ более 3,2 ед. свидетельствует о формировании инсулинорезистентности (для взрослых эта цифра ниже и составляет $>2,8$ ед.); параметры липидного спектра крови: общий холестерин, липопротеиды высокой и низкой плотности, триглицериды, коэффициент атерогенности. Учитывая пилотный характер исследования и малочисленность основной группы, в качестве сравнительных данных использованы опубликованные данные отечественных авторов. Результаты. Исследования в лечебно-реабилитационном центре «Русское поле» Федерального научно-клинического центра им. Дмитрия Рогачева за период 2014–2015 гг. выявили ожирение у детей, излеченных от лейкоза, по ИМТ; значения выше среднего отмечены у 34,2%, высокие – 15,8%, очень высокие 2,6%. Распространение

метаболического синдрома (ИМТ, инсулинорезистентность, дислипидемия) у детей, излеченных от различных злокачественных новообразований, составило 9%.

Заключение. Метаболический синдром диагностируется среди лиц, излеченных в детстве от острого лимфобластного лейкоза, чаще, чем среди общего населения. Реальное значение метаболического синдрома на течение и исход опухолевого заболевания еще только предстоит определить в будущем. Разработка контроля метаболического синдрома у пациентов онкогематологических центров позволит уменьшить частоту и тяжесть обменных нарушений, снизить риск лекарственной токсичности.

Здоровьесберегающая деятельность в условиях детских образовательных учреждений

Иванова А.А.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Актуальность. Воспитание у детей культуры здоровья – т.е. понимания здоровья как важнейшей ценности – должно иметь преемственность и проходить на всех этапах образовательного процесса, начиная с дошкольного возраста. Знания ребенка о здоровье, получаемые именно в этот период своего роста и развития, становятся базисом для формирования мотивации к здоровому образу жизни на последующих ступенях образования. Однако недостаточная активность профилактической работы специалистов первичного звена здравоохранения, низкая грамотность воспитателей, педагогов и родителей в вопросах здоровьесбережения не способствуют сохранению здоровья детей на необходимом уровне.

Цель исследования. Изучить деятельность и возможности организации работы по вопросам формирования здорового образа жизни воспитанников и учащихся в условиях дошкольных и школьных образовательных учреждений России.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 124 дошкольных образовательных учреждений и 162 общеобразовательные школы городского и сельского типов различных регионов России с общей численностью учащихся 24 694 и 69 160 человек, соответственно. Применены метод анкетирования, естественного гигиенического эксперимента, методы статистического анализа.

Результаты. Деятельность учебных заведений была оценена с позиций возможностей формирования здоровьесберегающей среды, направленной на содействие физической активности и оздоровление детей, организации лечебно-профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья дошкольников и школьников, раннее выявление факторов риска, а также возможностей проведения мероприятий образовательного и воспитательного характера, способствующих коррекции образа жизни детей. Несмотря на то, что во всех детских садах и школах ведется работа по здоровому образу жизни, в большинстве учреждений она носит несистемный малопродуктивный характер и является второстепенной. Более того, на сайтах большинства учреждений работа в данном направлении названа «Программой», однако, проведенный контент-анализ выявил несоответствие этих программ формальным требованиям Порядка разработки Федеральных целевых программ, утвержденном Постановлением Правительства РФ №594 от 26 июня 1995 г. (пункт 10), что свидетельствует об отсутствии четких методических рекомендаций по их составлению.

Выводы. Образование, построенное без учета основных здоровьесберегающих принципов, является малопродуктивным и носит преимущественно превентивный характер. Дети нуждаются в действенных технологиях, направленных на развитие ресурсов организма. Прежде всего, это касается формирования мотивационной ориентации на здоровый образ жизни, обучения навыкам самосохранительного поведения, внедрения оздоровительных мероприятий, обеспечения ежегодного мониторинга показателей состояния здоровья. Подобная работа создает условия для укрепления здоровья детей, повышает престиж образовательного учреждения, а также способствует преемственности между дошкольным и школьным валеологическим образованием учащихся.

Характеристика структуры ранних осложнений перинатальных асфиксий у новорожденных

Исмаилова М.А., Ходжамова Н.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучение клинических особенностей ранних осложнений ПА у новорожденных в зависимости от тяжести ее течения и сроков доношенности новорожденных.

Пациенты и методы. Проведено ретроспективное исследование клинического течения раннего неонатального периода у 57 новорожденных с перинатальной асфиксией. Вся исследуемая когорта была разделена на две группы: 1 – новорожденные с ПА средней тяжести (n=23) и вторая группа – дети с ПА тяжелой степени (n=34) со сроками гестации 26–41 неделя.

Результаты. Ранние осложнения при среднетяжелой ПА характеризовались полиорганной функциональной недостаточностью до 3 систем; при тяжелой степени более 5 систем. У доношенных только при тяжелой степени перинатальной асфиксии наблюдались преимущественно нарушения нервной системы (57,1%) и дыхательной системы (71,4%), тогда как у недоношенных детей, независимо от степени тяжести ПА, отмечалась достоверно более выраженная полиорганная недостаточность уже при среднетяжелой степени ПА. У недоношенных преобладали нарушения дыхания (90,4%), в равной степени часто поражались ЦНС и сердечно-сосудистая система (85,6%), мочевыделительная система (61,3%), реже страдала пищеварительная система (29,7%). У недоношенных детей с ПА имели место нарушения терморегуляций, преимущественно в виде гипотермий (71,1%).

Заключение. Тяжесть гипоксических нарушений и гестационная зрелость новорожденных являются основными факторами, влияющими на характер и тяжесть ранних осложнений ПА.

Клинический случай течения фульминантной пурпуры вне неонатального периода

Казанкова А.А., Ларина Л.Е., Петров М.А., Романова Ю.В., Свириг П.В., Семенова Л.П., Яблонская К.П.

Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Цели и задачи: основной целью данной работы является демонстрация и разбор редкого жизнеугрожающего состояния.

Материалы методы: анамнестический метод, ультразвуковые и лучевые методы визуализации, лабораторная диагностика, посиндромная и этиологическая терапия, заместительная терапия, плазмаферез, хирургические вмешательства. Пациентка Р. 4-х лет поступила в приемное отделение Морозовской больницы (МДКБ) с жалобами на сильные боли в ногах, обширные гематомы бедер. Из анамнеза известно, что за две недели до этого перенесла респираторную инфекцию, сопровождавшуюся лимфаденитом, по месту жительства получала антибактериальную терапию. За неделю до поступления перенесла отек Квинке (реакция на клубничный сок), получала лечение в стационаре (тавегил, дексаметазон). После выписки девочка стала жаловаться на боли в ногах. За сутки до госпитализации на бедрах появились синюшные пятна, диаметром около 3 см, которые быстро начали распространяться, родители обратились в приемное отделение МДКБ. При поступлении. Состояние тяжелое. Не лихорадит. Вялая, капризная. Жалобы на боли в ногах. Кожные покровы бледные. На бедрах по передней и боковым поверхностям сливные синюшные элементы, при пальпации плотные, резко болезненные, прохладные. Видимые слизистые розовые, миндаины I–II степени, налетов нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание не затруднено. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Стул оформленный. Мочеиспускание не нарушено. Менингеальных знаков нет. Осмотрена дежурным гематологом, заподозрено течение фульминантной пурпуры, госпитализирована по экстренным показаниям. В коагулограмме — выраженная гипокоагуляция (АЧТВ, тромбиновое время, протромбиновый индекс, фибриноген — не определяются), тяжелый дефицит естественных антикоагулянтов (протеин С 9%, протеин S не определяется, плазминоген 32,9%). В общем анализе крови — анемия, тромбоцитопения, лейкоцитоз. В биохимическом анализе крови — признаки почечной недостаточности.

Результаты обследования расценены как синдром потребления на фоне тромбоза сосудов микроциркуляторного русла. Получала лечение: гепаринизированная плазма 15 мл/кг, протромплекс, реополиглюкин, эритроцитарная масса, криопреципитат. В коагулограмме после инфузионной терапии свежемороженой плазмой отмечалась положительная динамика в виде нормализации показателей АЧТВ, протромбинового индекса, нарастания уровней фибриногена, естественных антикоагулянтов, при этом дефицит протеина S был наиболее выражен (3,2%). На основании полученных данных ребенку установлен диагноз: Фульминантная пурпура, приобретенный дефицит протеина S. Проведен курс плазмафереза. За время наблюдения состояние стабилизировалось, показатели коагулограммы нормализовались. В области бедер, ягодичной области слева отмечалось образование демаркационной зоны. Выполнена некрэктомия, наложена вакуумная повязка. Продолжена гормональная, антибактериальная, антикоагулянтная (фрагмин) терапия. На фоне снижения дозы дексаметазона и фрагмина возник окклюзионный тромбоз внутренней яремной вены справа (ВЯВ), в связи с чем введение фрагмина было возобновлено, доза увеличена. Выполнена кожная пластика полнослойным и расщепленным кожными лоскутами, укрыто 60% дефекта. Продолжено комплексное лечение. На фоне проводимой антикоагулянтной терапии достигнута реканализация ВЯВ. Проведено генетическое обследование, исследование на маркеры антифосфолипидного синдрома (отрицательно). После проведения кожной пластики остаточных дефектов выписана из стационара с рекомендациями продолжить терапию фрагмином в профилактической дозе.

Результаты и выводы. На основании проведенного обследования и лечения был сформирован следующий заключительный диагноз: Фульминантная пурпура. Приобретенный дефицит протеина S. Некрозы обоих бедер и области тазобедренного сустава слева. Гематогенная тромбофилия (гомозиготный полиморфизм гена SLC19A1, гетерозиготные полиморфизмы генов метилентетрагидрофолат редуктазы, метионин синтазы редуктазы,). Катетер-ассоциированный тромбоз правой ВЯВ.

Иммунологические маркеры в определении тактики ведения пациентов с метатонзиллярными заболеваниями

Кантемирова М.Г., Новикова Ю.Ю., Дегтярева Е.А.

Российский университет дружбы народов, Детская инфекционная клиническая больница №6, Москва

Развитие сопряженных метатонзиллярных заболеваний возникает вследствие распространения хронического воспалительного процесса и его влияния на организм гематогенным, нервно-рефлекторным и иммуноопосредованным путями. Наиболее часто мишенями являются органы сердечно-сосудистой, костно-мышечной, мочевыделительной систем. Метатонзиллярные осложнения со стороны сердца возникают в условиях преимущественно стрептококковой хронической инфекции, при которой утрачивается иммунная функция небных миндалин и происходит повреждение иммунного барьера слизистой оболочки. Деструктивный процесс на фоне воспалительных изменений небных миндалин сопровождается выходом в циркуляцию тканевых антигенов, активацией аутореактивных иммунных клеток и медленной перманентной сенсibilизации организма. Формируются циркулирующие иммунные комплексы, изменяется концентрация аутоантител (ауто-АТ). Содержание ауто-АТ конкретной органной специфичности в сыворотке крови практически одинаково у всех здоровых людей. Показатели ауто-АТ позволяют оценивать иммунную реактивность организма в целом, текущее состояние сердечно-сосудистой системы человека, в частности, при определении антикардиальных ауто-АТ. Повышение уровня ауто-АТ может свидетельствовать о течении бессимптомного патологического процесса, выявляемого в стадию доклинических изменений.

Цель работы. Определить группы риска тонзиллогенной кардиоваскулярной патологии и обосновать подходы профилактических мероприятий.

Материалы и методы. В исследование включено 72 ребенка (48 мальчиков и 24 девочки) в возрасте 5–17 лет ($10,8 \pm 3,7$ л) с хроническим тонзиллитом (ХТ) и кардиоваскулярными изменениями. В зависимости от формы ХТ пациенты были разделены на две группы: 37 (51%) детей с простой формой ХТ и 35 (49%) – с токсико-аллергической формой (ТАФ I и ТАФ II). Проведен анализ показателей клинического анализа крови и мочи, биохимического анализа крови, уровня антистрептолизина-О (АСЛО), маркеров миокардиального повреждения (МВ-фракции креатинфосфокиназы (МВ-КФК), тропонина), данные электрокардиографии (ЭКГ), холтеровского мониторинга ЭКГ, ЭХО-КГ, определение уровня антикардиальных ауто-АТ методом ЭЛИ-АНКОР-тест.

Результаты и обсуждение. В структуре клинических проявлений преобладали астено-вегетативный (52%) и кардиальный синдром (40%). Структура кардиоваскулярных изменений

была статистически идентична при различных формах ХТ. Наиболее частыми электрокардиографическими изменениями были нарушения реполяризации (в двух и более отведениях) – у 49% пациентов, дисфункция синусового узла – у 40% пациентов. Нарушения проводимости в виде синоатриальной (13%) и атриовентрикулярной блокад (3%) наблюдались реже. Нарушение ритма сердца (суправентрикулярные и желудочковые экстрасистолы) регистрировалось у 17% детей. Повышение титра АСЛО было отмечено у 56% детей. Зарегистрировано повышение МВ-КФК у 65% пациента. Выявлена статистически значимая зависимость самого факта повышения МВ-КФК от повышения АСЛО ($p < 0,05$), что может являться подтверждением кардиотоксического воздействия стрептококковой инфекции. Однако если наличие повышения МВ-КФК и АСЛО статистически значимо определялось формой ХТ, то степень повышения в ряде случаев не коррелировала с тяжестью ХТ. У пациентов с повышенными показателями АСЛО и МВ-КФК проводилось определение уровня антикардиальных ауто-АТ. Зарегистрировано достоверное повышение ауто-АТ к мембране кардиомиоцитов (33%) и плазминогену (22%), умеренное повышение к кардиомиозину I (44%). Полученные результаты не позволяют исключать течение аутовоспалительного процесса в миокарде и микроциркуляторном русле.

Выводы. Выявленные кардиоваскулярные изменения требуют дифференцированных подходов к профилактике обострений ХТ у детей. Титр АСЛО, уровень МВ-КФК и показатели аутоиммунитета могут являться дополнительными маркерами для определения тактики лечения ХТ и метатонзиллярных заболеваний: местной терапии, антибактериальных препаратов (в т.ч. дюранных форм пеницилина), тонзиллэктомии.

Роль Школ здоровья в улучшении качества жизни онкобольных

Кацова Г.Б., Павленко Т.Н., Малеева Н.П., Попова Л.В., Дмитриева М.К.

Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург

Одной из наиболее важных проблем региональной медицины является онкологическая заболеваемость детского населения Оренбургской области. Однако помощь на последнем этапе жизни ребенка и его семье не разработана и ложится на плечи участковых врачей и медицинских сестер, не имеющих соответствующей подготовки.

Целью исследования явилась разработка проекта Школы паллиативной помощи. Задача исследования: изучение распространенности и структуры онкологической заболеваемости детей г. Бузулука и разработка проекта Школы паллиативной помощи для детей с онкопатологией и их родственников. В г. Бузулуке абсолютное число детей со злокачественными образованиями составило 17 чел. с преобладанием гемобластозов (57,92%). Являясь инвалидами, больные требуют оказания медико-социальной и паллиативной помощи. В рамках данной работы составлены план работы Школы, темы занятий и тренингов. Организация Школ может помочь обучению самоуходу и уходу родственников, проведению психологической коррекции больному и членам семьи, что поможет решить ряд проблем онкобольных детей на последнем этапе их жизни.

Совместное проведение преимплантационной генетической диагностики (ПГД) на моногенное заболевание и скрининга на хромосомную патологию

Ковалева Я. В., Сергеев С. А., Марахонов А. В., Исаев А. А., Померанцева Е. А.

Центр генетики и регенеративной медицины института стволовых клеток человека, Москва

Преимплантационная генетическая диагностика (ПГД) представляет собой комплекс методов, направленных на определение генетического статуса эмбриона в цикле ЭКО-ИКСИ до его переноса в полость матки. ПГД может проводиться для решения трех основных задач: 1) Скрининг эмбрионов на обнаружение хромосомной патологии. 2) Диагностика эмбрионов для исключения риска рождения ребенка с моногенным заболеванием. 3) Подбор эмбриона, совместимого по HLA-локусам, для последующей трансплантации пуповинной крови больному siblingу. На сегодняшний день считается, что совместное проведение ПГД для исключения у эмбрионов моногенного заболевания с последующим скринингом на хромосомную патологию значительно увеличивает вероятность наступления и благополучного протекания беременности. Для совместной диагностики не требуется повторной биопсии эмбриона, все манипуляции проводятся на одном образце, так как первым этапом является полногеномная амплификация (Whole Genome Amplification, WGA), позволяющая получить достаточное количество ДНК. Анализ может быть сделан как в цикле со свежим переносом, так и в криоцикле. Протокол для проведения совмещенной диагностики выглядит следующим образом: разработка и проверка тест-системы для диагностики моногенного заболевания на продуктах полногеномной амплификации, биопсия эмбрионов, проведение полногеномной амплификации с полученных образцов, проведение мультиплексной ПЦР, заключение по эмбрионам после диагностики на моногенное заболевание, скрининг эмбрионов без мутации на определение хромосомных аномалий, подготовка итогового заключения о переносе эмбрионов. В лаборатории Genetico было проведено четыре кейса по совместной диагностике эмбрионов на моногенное заболевание и хромосомные аномалии. В результате у части эмбрионов без мутации были обнаружены хромосомные аномалии. При переносе таких эмбрионов без хромосомного скрининга рождение здорового ребенка было бы невозможно. Таким образом, совмещенная диагностика увеличивает вероятность наступления и благополучного течения беременности в семьях с наследственными заболеваниями. Хромосомный скрининг должен быть предложен всем пациентам, которым проводится ПГД моногенного заболевания.

Трудности диагностики синдрома Kawasaki у ребенка 1-го года жизни

Козут Т. А., Мозжухина Л. И., Ганичева Н. П., Власова А. В.

Ярославский государственный медицинский университет, Областная детская клиническая больница, Ярославль

Синдром Kawasaki (СК) – мультисистемный васкулит неизвестной этиологии, развивающийся обычно в раннем детстве, является основной причиной коронаритов у детей. В острой стадии 2–4%

заболевших погибают от коронарного тромбоза и/или фатальной аритмии (Zuccollo J.M., Byard R.W., 2001).

Приводим наше клиническое наблюдение. Мальчик Р.Ш., 4 мес., от III беременности, протекавшей с легкой ОРВИ в 22 недели, II срочных нормальных родов, массой – 3430 г, длиной 54 см. Заболел остро, с повышением температуры до 38,5°C, легкими катаральными явлениями, жидким стулом до 3 раз/сут. На 4-й день лихорадки отмечен конъюнктивит со скудным отделяемым, госпитализирован в соматическое отделение районной больницы с диагнозом: ОРИ, фаринготонзиллит. ОКИ. Проводилась антибактериальная и симптоматическая терапия, на фоне которой сохранялась лихорадка 37,8–38,3°C, умеренный нейтрофильный лейкоцитоз и легкая нормохромная анемия в ОАК. На 11-й день болезни ребенок переводится в инфекционную больницу с диагнозом: Генерализованная бактериальная инфекция, где получал массивную антибактериальную терапию, но продолжал лихорадить, в ОАК отмечено нарастание лейкоцитоза, анемии. Результаты проведенных бактериологических и вирусологических исследований были отрицательными. На 21-й день лихорадки переводится в ОДКБ с диагнозом: Лихорадка неинфекционного генеза. Анемия тяжелая. Состояние при поступлении тяжелое за счет выраженной интоксикации, лихорадит до 38°C. Единичные пятнисто-папулезные элементы на руках, периногтевое шелушение на кончиках пальцев ног. Госпитализируется в ОРИТ с диагнозом: Генерализованная бактериальная инфекция с системной воспалительной реакцией без четкого очага. Первичный иммунодефицит для проведения интенсивной антибактериальной и инфузионной терапии. На 24-й день от начала заболевания – ухудшение состояния: резкая вялость, одышка, цианоз носогубного треугольника, тахикардия, прогрессирование симптомов шока (падение АД, олигурия), нарастание лейкоцитоза в ОАК, резкое повышение СРБ, констатирована смерть. Заключительный клинический диагноз: основной – сепсис: бактериемия, менингит, энтероколит, инфекция кожи, полиорганная недостаточность (сердечно-сосудистая, почечная, печеночная), интерстициальная пневмония (у ребенка с предполагаемым иммунодефицитом). Сопутствующий диагноз – анемия смешанного генеза (в т.ч. – железодефицитная). Гидронефроз справа. Осложнения – инфекционно-токсический шок с полиорганной недостаточностью. При патологоанатомическом исследовании обнаружены выраженные изменения в сердце и коронарных артериях (рис. 1–3) в виде гипертрофии миокарда, диффузного коронарита с облитерацией просветов сосудов тромбами, а также признаки парааортального лимфаденита, что в совокупности с клинико-лабораторными симптомами (лихорадка; поражение кожи и слизистых в виде необильной сыпи с последующим шелушением, двустороннего конъюнктивита; лейкоцитоз; тромбоцитоз) явилось основанием для постановки посмертного диагноза: «Синдром Kawasaki». Трудности прижизненной диагностики заболевания в данном случае были обусловлены неполным (атипичным) вариантом клинической картины, а поражение коронарных артерий характеризовалось выраженным утолщением интимы сосуда при отсутствии аневризм. Данный пример иллюстрирует агрессивный характер течения синдрома Kawasaki у детей 1-го года жизни с высоким риском неблагоприятного исхода (Burns J.C., 2001).

Выявление и профилактика андрологической патологии у юношей-подростков

Коломейцев М. Г.

Московский педагогический государственный университет, Москва

В современных реалиях четко прослеживается ухудшение состояния здоровья подрастающего поколения. Неуклонно растут заболевания мочеполовой системы детей и подростков (Росстат, 2014), что, несомненно, ведет к снижению репродуктивного потенциала нации. Пубертатный период является определяющим в отношении становления репродуктивной функции. В отличие от девушек и девочек (на которых ориентирована детская гинекологическая служба), с мальчиками и юношами-подростками ситуация остается довольно сложной. Так, по данным различных научных публикаций можно судить о том, что примерно до 60% патологических состояний, формирующих копулятивную и репродуктивную несостоятельность мужчины, приходится именно на детский и подростковый возраст. А это, в свою очередь, служит объективными социально-медицинскими предпосылками для мониторинга репродуктивного здоровья мужской части населения страны еще на этапе становления репродуктивной системы мужского организма. Однако выявляемость андрологической патологии у детей и подростков в поликлиниках и венерологических диспансерах крайне низка. Но в тоже время, раннее выявление и эффективное лечение андрологической патологии затрудняется не только стеснительностью подростков, но и тем, что у мальчиков жалобы в большинстве случаев отсутствуют. По данным Северо-западного института андрологии, института жалобы отмечаются лишь у каждого пятого ребенка. И как факт, андрологические заболевания проявляют себя сравнительно поздно, когда их лечение затруднено, а подчас невозможно (В.Е. Мирский, 2007).

Цель работы – оценить особенности репродуктивного статуса подростков мужского пола с использованием разработанного скрининг-теста на выявление андрологической патологии у подростков.

Материалы и методы. Исследование проводилось с использованием разработанного (совместно с андрологами) скрининг-теста оценки андрологического состояния подростков (Н.Н. Куинджи, М.Г. Коломейцев и др., 2007). В первом исследовании (2007 г.) участвовало 183 юношей (средний возраст 18,6 лет), во втором исследовании (2015 г.) – 61 юноша (средний возраст 19,1 лет).

Результаты и обсуждение. По данным 1-го исследования были выявлены следующие отклонения со стороны оцениваемых состояний и органов репродуктивной системы: признаки задержки полового развития наблюдались у 9,2% юношей, нарушения подвижности крайней плоти (фимоз, синехии, функционально узкая крайняя плоть) – у 9,9%, нарушения венозного кровообращения в мошонке – у 1,7%, отклонения в состоянии и количестве яичек – у 0,5%, отклонения в состоянии уретры – у 25,7%, болезненность эрекции – у 3,3%. На сегодняшний день при 2-м исследовании данные признаки распределились соответственно следующим образом: 7,9%, 8,4%, 2,1%, 1,1%, 18,9%, 2,6%. Таким образом, несмотря на столь незначительную выборку (и продолжающееся исследование), можно констатировать, что существенно значимых статистических достоверных различий между двумя исследованиями не наблюдается, а, следовательно, на сегодняшний день, как и много лет назад, проблемы выявления и профилактики андрологической патологии у современной популяции остается одним из важнейших аспектов в комплексе мер охраны репродуктивного здоровья подрастающего поколения.

Заключение. Таким образом, на основании проведенных исследований можно говорить о значимости и необходимости раннего выявления предикторов нарушения репродуктивного здоровья у современной популяции подрастающего поколения мальчиков и юношей. Одним из компонентов в данном комплексе мероприятий может служить использование разработанного скрининг-теста, а также привлечение

к данной проблеме педиатров для своевременного выявления андрологической патологии на этапе взросления детского организма при проведении медицинских осмотров.

Оптимизация работы с недоношенными младенцами по профилактике ранней инвалидности в условиях детской поликлиники

Коломенская А.Н., Овчинникова Е.О.

Научно-исследовательский институт общественного здоровья и управления здравоохранением Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, Детская городская поликлиника №125, Москва

Актуальность. Высокотехнологичная и дорогостоящая помощь недоношенным детям в условиях Перинатальных центров требует достойного продолжения оказания эффективной и малозатратной помощи этому контингенту в условиях детской поликлиники.

Цель. Оптимизация деятельности детской поликлиники по эффективному мониторингу, реабилитации и профилактике неблагоприятных исходов перинатального поражения ЦНС (ПП ЦНС) у детей, в том числе с низкой и экстремально низкой массой тела (НМТ и ЭНМТ) при рождении.

Пациенты и методы. Работа ведется на базе Городской детской поликлиники №125 СВАО г. Москвы. Организован кабинет последующего наблюдения детей высокого неврологического риска с формированием мультидисциплинарной бригады специалистов без изменения штатного расписания, в котором наблюдаются 86 пациентов (149 посещений). Группа пристального наблюдения – 47 детей с НМТ и ЭНМТ, из них с весом ≤1500г – 5, с весом >1500г – 42; а также дети с синдромом Дауна – 2 ребенка. Место наблюдения: только поликлиника 36, поликлиника и стационар 11 детей. История болезни и развития сводятся в единую персонифицированную базу, содержащую данные анамнеза, социальный статус семьи, данные мониторинга, результаты медицинской и социальной помощи.

Результаты исследования. Работа проводится в соответствии с Договором о научно-техническом сотрудничестве между Первым МГМУ им. И.М. Сеченова и ДПГ №125 СВАО ДУЗ г. Москвы. Внедрены в практику работы поликлиники «Программа профилактики, снижения инвалидности и реабилитации детей первого года жизни высокого неврологического риска в амбулаторных условиях», а также технология раннего вмешательства «Индивидуальная коррекция, абилитация и реабилитация новорожденных неврологического риска», в том числе с НМТ и ЭНМТ с использованием кондуктивных методов (ИКАР), которая обеспечивает решение задач формирования статико-моторных, психоэмоциональных и речевых навыков, социализации ребенка с использованием современных методов восстановительной и коррекционной медицины на доназологическом этапе, начиная с периода новорожденности в условиях детской поликлиники и на дому. По результатам работы кабинета последующего наблюдения в группе пристального наблюдения получены следующие: по показателю «Мелкая моторика» (раскрыта кисть) к 4,5 месяцев – 37 детей, после 4,5 – 8 детей. По показателю «Самостоятельная ходьба» – к 12–14 мес. – 21, из них до 12 мес. – 15 детей, после 14 мес. – 9 детей. Симптоматическая эпилепсия – у 7 детей, однократный эпизод судорог – у 2 детей. Благоприятный исход ПП ЦНС достигнут у 38 детей, что составило 80%. Неблагоприятный – у 9, из них 5 инвалидов детства.

Таким образом, выполняя запрос Минздрава РФ и потребности регионов во исполнение приказа о модернизации здравоохранения, внедрение «Программы» позволяет повысить адаптационный ресурс недоношенных детей на первом году жизни, изменить маршрут пациента, сократить пребывание детей в стационаре, а также использовать технологию ИКАР в качестве стационар замещающей методики.

Возможности эхографии в диагностике пневмоний и ателектазов у новорожденных детей в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии

Колтунов И.Е., Дегтярева М.В., Мазаев А.П., Горбунов А.В., Чусов К.П., Галкина Я.А., Демина А.М., Ерохина А.В.

Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Патология органов дыхания занимает ведущее место в структуре неонатальной заболеваемости и летальности. Для оценки состояния органов и структур грудной клетки в подавляющем большинстве случаев используют рентгенографию. Однако согласно недавним исследованиям, эхография позволяет выявить структурные изменения легочной ткани при различных заболеваниях. Ультразвуковое исследование (УЗИ) обладает неоспоримыми преимуществами перед рентгенографией: отсутствует лучевая нагрузка, возможно частое динамическое наблюдение без вреда для пациента, что особенно важно при ведении недоношенных новорожденных в условиях отделения реанимации.

Цель исследования: определить возможности УЗИ в диагностике и дифференциальной диагностике пневмоний и ателектазов у новорожденных детей.

Эхография проводилась на аппарате Logic S8 линейным датчиком с частотой 6–15 МГц при положении пациентов на спине и на боку с использованием межреберного, парастернального, апикального и субкостального доступов сканирования. Для рентгенографии в прямой задней супинационной укладке мы использовали аппарат MOBILETT XP Digital. За период с ноября 2014 года по октябрь 2015 года под нашим наблюдением находилось 62 новорожденных ребенка, которым было проведено 189 УЗИ легких и плевральных полостей. Основную группу составили 32 пациента (срок гестации $27,9 \pm 2,3$, вес при рождении $1132,3 \pm 331,9$ г.), имеющих в клинической картине признаки тяжелой дыхательной недостаточности. Группу контроля составили 30 новорожденных детей (срок гестации 38 ± 2 , вес при рождении 3047 ± 817 г.), не имевших признаков заболеваний респираторного тракта. У всех пациентов основной группы при эхографии выявлялись следующие признаки пневмонии: субплеврально расположенные гипозоногенные очаги уплотнения легочной паренхимы, имеющие в своем составе динамические воздушные бронхограммы, прерывистость и утолщение линии плевры, множественные вертикальные артефакты по типу «хвостов кометы», которые на рентгенограмме соответствовали очагам затемнения, диффузному снижению прозрачности легочных полей вследствие интерстициальной инфильтрации. В 86% случаев крупные консолидаты локализовались исключительно в области задних сегментов легких, в 14% случаев мы отмечали наличие очагов как в задних, так и в передних сегментах. Всем пациентам основной группы проводились повторные УЗИ легких вплоть до улучшения клинической картины и уменьшения дыхательной недостаточности.

При динамическом наблюдении у 28 пациентов (87,5%) отмечалось уменьшение очагов затемнений на рентгенограмме, что сопровождалось уменьшением очагов консолидации и появлением воздушных включений в очагах при эхографическом исследовании. У 4 пациентов (12,5%) с летальным исходом в результате пневмонии отмечалось увеличение размеров зон консолидации как при рентгенографии, так и при УЗИ. В нашем исследовании с помощью УЗИ мы диагностировали 18 эпизодов возникновения ателектазов у 12 пациентов (повторное ателектазирование легочной ткани отмечалось у 5 пациентов с тяжелой бронхолегочной дисплазией). В 66% случаев участок ателектаза представлял собой гипозоногенный очаг, полностью лишенный воздушных бронхограмм, в 44% случаев в составе очага определялись статические воздушные бронхограммы, не смещающиеся во время вдоха и выдоха, и соответственно, не участвующие в акте дыхания, при этом в большинстве случаев (80%) количество бронхограмм было снижено, просвет их сужен. При динамическом наблюдении мы определяли появление и увеличение количества бронхограмм в составе консолидата, постепенное уменьшение размеров очага вплоть до полного его исчезновения. По данным рентгенографии классические признаки ателектазов (гомогенное затемнение треугольной формы) были зафиксированы лишь в 14 исследованиях (78% от общего числа ателектазов). Во всех случаях ложноотрицательного результата по данным рентгенографии ателектаз локализовался в сегментах нижней доли, проекционно наслаиваясь на тень средостения и воздушные передние сегменты верхней доли левого легкого или средней доли правого. При повторном анализе рентгенограмм во всех случаях удавалось зафиксировать негомогенное затемнение и косвенные признаки ателектаза (слабовыраженное смещение диафрагмы и/или средостения в сторону ателектаза).

Таким образом, УЗИ является информативным методом в диагностике патологии легких, который не заменяет рентгенографию, однако предоставляет дополнительную информацию, позволяющую более точно поставить диагноз и проводить динамическое наблюдение без вреда для пациентов.

КТ и МРТ диагностика при ишемическом инсульте у детей

Колтунов И.Е., Мазаев А.П., Дегтярева М.В., Горбунов А.В., Молодцов М.С.

Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Целью данной работы было изучение особенностей визуализации ишемического инсульта у детей с помощью МРТ и КТ.

Материалы и методы. В представленной работе проанализировано 32 пациента, поступивших в МДГКБ с подозрениями на ишемический инсульт головного мозга, из них 21 мальчик и 11 девочек. Поступившим пациентам проводилось комплексное клиническое обследование в сопоставлении с результатами КТ и МРТ, в сочетании с в/в контрастированием.

Результаты и их обсуждение. У обследованных пациентов с подозрением на ишемический инсульт головного мозга было диагностировано: ишемический инсульт у 20 пациентов, у 5 пациентов выявлены очаговые изменения головного мозга дисциркуляторного характера и у 7 пациентов органической патологии головного мозга не выявлено. Большинство пациентов, которым был диагностирован ишемический инсульт, это дети в возрасте до года – 6 пациентов. В результате

выполненных исследований было получено следующее: острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу выявлено у 8 пациентов, подострая стадия у 6 пациентов и хроническая стадия (кистозно-глиозные изменения) у 6 пациентов. У пациентов с ишемическим поражением головного мозга в двух случаях было зафиксировано нарушение мозгового кровообращения повторно на фоне уже сформировавшихся участков кистозно-глиозных изменений. У 12 пациентов отмечался ишемический инсульт в виде одного очага поражения, а у 8 пациентов таких очагов было несколько. Ишемический инсульт чаще локализовался в бассейне центральных ветвей средней мозговой артерии, в проекции базальных ядер. При проведении МР-ангиографии у 5 пациентов определялось снижение интенсивности МР-сигнала от артерии, питающей зону поражения обусловленное снижением кровотока, у 3 пациентов при повторном проведении МР-ангиографии отмечалось восстановление интенсивности сигнала, что соответствовало нормализации кровотока. Применение КТ и МРТ с в/в контрастированием не давало значимой дополнительной диагностической информации при ишемическом инсульте у детей. Выводы. ИИ у пациентов детского возраста в 50% наблюдений локализовался в бассейне центральных ветвей средней мозговой артерии. В 30% случаях ИИ случается у детей в возрасте до года. У 40% пациентов ИИ характеризовался несколькими очагами поражения головного мозга.

Реформа здравоохранения Москвы 2010–2015 гг. Морозовская больница – 5 лет эффективной работы

Колтунов И.Е., Петрайкина Е.Е., Бузина Н.В.

Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы основана в 1903 году и является многопрофильной специализированной клинической больницей. В ее составе – 29 отделений с общей коечной мощностью 1100 коек (с койками реанимации и интенсивной терапии, стационара дневного пребывания) хирургического, инфекционного, нейрохирургического, онкологического, неонатологического, травматологического, соматического педиатрического, оториноларингологического, офтальмологического, педиатрического, онкогематологического, кардиоревматологического, эндокринологического, неврологического, гастроэнтерологического и других профилей. В Морозовской больнице каждый третий работающий врач является кандидатом или доктором медицинских наук. В рамках Программы модернизации здравоохранения города Москвы капитально отремонтировано и введено в эксплуатацию: инфекционное отделение (мельцеровские боксы), отделение реанимации и интенсивной терапии для недоношенных и новорожденных детей, отделение общей реанимации и интенсивной терапии, отделение неонатологии, неврологии и микрохирургии глаза для детей грудного возраста; полностью заменена система медицинских газов в больнице. Проведен текущий ремонт: клиничко-диагностической лаборатории, 8 отделений и помещения для техники. В 2011–2015 гг. было поставлено и введено в эксплуатацию более 2500 ед. медицинской техники на сумму более 1 млрд руб. (в том числе: компьютерные и магнитно-резонансные томографы, ультразвуковые системы среднего, экспертного и премиум класса, видеоэндоскопические стройки, специализированное офтальмологическое оборудование, современное оборудование

для оснащения реанимационных палат и палат интенсивной терапии, современная многофункциональная медицинская мебель, операционные столы, цифровые рентгеновские комплексы, микроскопы для проведения высокотехнологичных офтальмологических операций, аппаратура для искусственной вентиляции легких новорожденных и инкубаторы для выхаживания детей с экстремально низкой массой тела, высокотехнологичное лабораторное оборудование и другое. За 2011–2015 гг. в Морозовской больнице были внедрены новые высокотехнологичные методики лечения больных в уроандрологии, нейрохирургии, травматологии, ортопедии, офтальмологии, оториноларингологии, детской эндокринологии, ревматологии, гастроэнтерологии, неврологии и др.: 1) сформированы 9 Центров городской специализированной медицинской помощи для детей и подростков: гематологии и онкологии, репродуктивного здоровья, для лечения цереброваскулярной патологии (детского инсульта), эндокринологии, ревматологии, неонатального скрининга, гастроэнтерологии, орфанных и других редких заболеваний, что позволило сформировать региональный Референс-Центр врожденных наследственных заболеваний, генетических отклонений, орфанных и других редких заболеваний. 2) работают 11 главных детских внештатных специалистов Департамента здравоохранения города Москвы: педиатр, эндокринолог, гастроэнтеролог, гематолог, онколог, офтальмолог, уролог-андролог, гинеколог, пульмонолог, генетик, ревматолог. Все главные специалисты по профилям имеют Горячую телефонную линию для связи с пациентами, их родителями и врачами. Ежедневно и круглосуточно в больнице оказывает многопрофильную медицинскую помощь детям и подросткам уникальная мультидисциплинарная бригада врачей-специалистов: педиатры, неонатолог, анестезиологи-реаниматологи, детские хирурги, нейрохирург, челюстно-лицевой хирург, травматолог-ортопед, эндокринолог, гематолог, онколог, инфекционисты. Одномоментной круглосуточной работы такой многопрофильной бригады врачей нет ни в одном детском стационаре Москвы. Вышеуказанные мероприятия позволили в 2014 году пролечить более 81,8 тыс. пациентов (в 2013 году – более 51 тыс. пациентов). За шесть месяцев 2015 года пролечено более 50,9 тыс. пациентов. Каждый третий из госпитализируемых детей в Москве пребывает в Морозовскую больницу. В конце 2016–начале 2017 г. планируется завершение строительства нового уникального корпуса, который позволит сделать больницу полнопрофильной – откроется первое городское отделение трансплантации костного мозга для детей, страдающих онкогематологическими заболеваниями. Со времен основания больницы милосердие и профессионализм лежат в основе ее работы. Основной принцип работы больницы – эффективность, доступность и качество оказания многопрофильной экстренной и плановой медицинской помощи детям и подросткам, ежедневно и круглосуточно, без праздников и выходных.

Результаты хирургической помощи новорожденным с критическими врожденными пороками сердца

Корноухов О.Ю., Ильин В.Н., Чубарова А.И.

Детская городская клиническая больница №13 им. Н.Ф. Филатова, Москва

Цель. Продемонстрировать возможность эффективной кардиохирургической помощи новорожденным с критическими ВПС в условиях городской больницы.

Методы. В период с 01.01.2012 по 31.12.2014 в Отделении кардиохирургии ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова, развернутом на 14 хирургических и 6 реанимационных койках, получили помощь 153 новорожденных ребенка с критическими ВПС. Медиана возраста пациентов составила 4 (0–я28) дней, средняя масса тела $3,2 \pm 0,58$ кг. 5,2% пациентов были недоношенными, 13,1% имели массу тела $< 2,5$ кг, а 13,7% – синдромальную патологию. У 31,4% пациентов была диагностирована транспозиция магистральных артерий, у 29,4% – порок сердца с обструкцией дуги аорты, у 25,5% – ВПС с дуктус-зависимым легочным кровотоком; у 6,5% – критический клапанный стеноз Ао; у 3,9% – тотальный аномальный дренаж легочных вен; у 3,3% – аномалия Taussig-Bing в сочетании с коарктацией аорты. 76,2% новорожденных доставлены в клинику из родильных домов г. Москвы, 92,8% поступивших пациентов получали инфузию простагландина E1. Новорожденным с комплексом гипоплазии левых отделов сердца, кандидатам на одножелудочковую коррекцию было отказано в госпитализации; отказ был продиктован: 1) ограниченным коечным фондом и штатом Отделения; 2) высокой стоимостью сервиса, позволяющего добиться приемлемых результатов многоэтапной коррекции порока; 3) ограниченным штатом поликлинической службы, необходимой для организации адекватного межэтапного наблюдения.

Результаты. 153 пациентам мы выполнили 207 операций: 25,6% в условиях искусственного кровообращения, 53,6% без перфузии, 20,8% с применением эндоваскулярных методов. Сложность выполненных вмешательств составила $8,2 \pm 1,73$ и $10,1 \pm 2,50$ баллов соответственно Aristotel Basic и Comprehensive Score. Госпитальная выживаемость составила 94,7%. Медиана продолжительность искусственной вентиляции легких после операции составила 48 (4–264) часов, длительности пребывания в палате интенсивной терапии 7 (1–26) дней. Послеоперационный период у 76,7% оперированных был неосложненным. 74,5% пациентов были выписаны домой, 20,2% – переведены другие отделения клиники или в специализированные стационары г. Москвы для дальнейшей реабилитации.

Выводы. В Отделении кардиохирургии детской городской больницы при надлежащем бюджетном финансировании и «командной» организации работы может быть высокоэффективно оказана помощь новорожденным с широким спектром критических ВПС.

Опыт применения комбинированной проводниковой анестезии, как компонента мультимодальной анестезии при оперативном лечении косоглазия у детей

Коробова Л.С., Подусков Е.В., Овчар Р.А., Милащенко Т.А., Овчар Т.А.

Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Введение. Косоглазие – одна из наиболее распространенных патологий у детей (2–5% детского населения). Основной тактикой ведения таких больных является хирургическая коррекция, проводимая под общей анестезией. До настоящего времени применялся эндотрахеальный наркоз или ларингеальная маска с использованием наркотических анальгетиков. Наше отделение пересмотрело тактику ведения анестезиологического пособия у этой категории больных. В наших материалах изложена методика

мультимодальной анестезии, основанной на ингаляционной анестезии, седации и комбинированной проводниковой анестезии при оперативном лечении косоглазия у детей.

Цель исследования. Доказать адекватность и эффективность комбинированной проводниковой анестезии при оперативном лечении косоглазия у детей.

Материал и методы. Проведен анализ 30 анестезиологических пособий при хирургической коррекции косоглазия (рецессия, резекция, рецессия + резекция). Средний возраст детей – $5,2 \pm 1,51$ года. Средняя масса тела – $23,8 \pm 1,2$ кг. Среднее время оперативного вмешательства – $40,4 \pm 1,6$ мин. Средняя продолжительность анестезиологического пособия – $52 \pm 4,8$ мин. Пациенты были оперированы в плановом порядке. Премедикация и индукция были стандартными. Методика поддержания анестезии осуществлялась ингаляцией кислорода, закиси азота и севофлюрана, а также в/в болюсным введением пропофола 1%. После индукции и седации проводилась регионарная блокада круговой мышцы глаза (блок Ван-Линта) и инфраорбитальная анестезия раствором нарпина 0,75% из расчета V (мл) = возраст в годах/10. В асептических условиях классическим доступом van Lint анестезиологом осуществлялась блокада лицевого нерва и проводилась инфраорбитальная анестезия (ротовая), целью которой является блокада периферических ветвей подглазничного нерва, но при распространении анестетика в орбиту, возникает блокада нервов, осуществляющих иннервацию мышц глазного яблока. При данной анестезии мы используем иглу инсулинового шприца. После проведения аспирационной пробы вводится расчетная доза анестетика. Проходимость дыхательных путей поддерживалась благодаря ларингеальной маске. На всех этапах операции проводился постоянный контроль концентрации ингаляционных анестетиков, капнометрию и уровень оксигенации кислородом. Интраоперационно контролировали ЧСС, АДсис., АДдиаст., АДср., ЭКГ кардиомонитором «Jnfinity». Послеоперационную болевую реакцию оценивали через 2 часа после вмешательства по ВРШ 4-балльной вербальной шкале оценки боли.

Результаты исследования и их обсуждение. Применение комбинированной проводниковой анестезии раствором нарпина 0,75% в сочетании с ингаляционной анестезией дает достаточную глубину анестезии и отсутствие дополнительного воздействия на показатели гемодинамики, предупреждает развитие окулокардиального рефлекса. Сложностей при проведении блокад и осложнений после них отмечено не было. Ни в одной из групп не наблюдалось нарушений ритма и проводимости сердца. Этот метод не провоцирует развития окулогастрального рефлекса, о чем свидетельствует отсутствие тошноты и рвоты после операции. По ВРШ 4-балльной вербальной шкале оценки боли, в основной группе в ближайшем периоде после операции в 22 случаях боль отсутствовала, и только в 8 случаях была слабовыраженной. Это позволило отказаться от послеоперационного обезболивания. Заключение. Учитывая проведенный анализ результатов исследования, можно сделать вывод, что интраоперационная анальгезия с сочетанным применением ингаляционной анестезии в комбинации с периферическим блоком Ван Линта и инфраорбитальной анестезией является эффективной, имеет выраженный продленный анальгетический эффект, позволяет отказаться от применения наркотических анальгетиков, не требует повторного обезболивания в раннем послеоперационном периоде, дает достаточную глубину анестезии и отсутствие дополнительного воздействия на показатели гемодинамики, не провоцирует развитие окулокардиального и окулогастрального рефлексов. Уменьшает время послеоперационного голодания. Способствует быстрой реабилитации пациентов.

Эффективность использования нового метода физиотерапевтического лечения у детей с рубцами кожи

Корсунский А.А., Шурова Л.В., Будкевич Л.И.

Детская городская клиническая больница №9
им. Г.Н. Сперанского, Москва

Использование при лечении детей с послеожоговыми рубцами кожи электрофореза с коллагенолитическими препаратами является одной из основных составляющих комплекса реабилитационных мероприятий. Однако временной интервал наиболее эффективного их применения ограничен в пределах года, когда повышена активность синтетических процессов в рубцовой ткани. В связи с чем, является актуальным поиск новых физиотерапевтических технологий, эффективных в отдаленные сроки заболевания.

Одной из таких является электродный фармафорез с помощью медицинского аппарата «Farma T.E.B. Trans Epidermal Barrier PhHYSIO», который эффективно за рубежом применяется в реабилитационных центрах, а в России – в косметологии, в т.ч. для лечения рубцов кожи. Учитывая эти данные, было решено провести работу по изучению его эффективности и безопасности при лечении детей с послеожоговыми рубцами. Данный аппарат представляет собой металлический корпус, на передней панели которого имеются коннектор для подключения принадлежностей, а также программный информационный и оперативный интерфейсы для установки параметров режимов работы аппарата. Основными рабочими элементами являются активный и пассивный электроды, и различной формы насадки-роллы. С их помощью происходит проведение волновых электроимпульсов, посредством которых и происходит транскутанное введение лекарственных веществ в рубец. На этом основан механизм действия аппарата, когда под действием однонаправленного пульсирующего тока треугольного вида, образующего серию волн синусоидальной формы молекулы лекарственного вещества (зараженные и нейтральные), окруженные диполями воды, проникают через кожный барьер в ткани. В этом заключается основная особенность и огромное преимущество метода поскольку, становится возможным транскутанный перенос даже нейтральных молекул лекарственного вещества. Данная методика была выполнена у 22 детей в возрасте от 10 до 17 лет с послеожоговыми рубцами кожи, у которых выполнялось по 10 сеансов электродного фармафореза на 28 участках. Давность существования рубцов составила от 3 месяцев до 8 лет. У них имелись рубцы различных типов – нормотрофические (12), гипертрофические (13) и келоидные (3). Для оценки эффективности лечения использовались балльная шкала клинических признаков рубцов, «Дерматологический индекс качества жизни» (ДИКЖ), адаптированный к использованию в комбустиологии детского возраста, определение микроциркуляции рубцовой ткани методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ), определение толщины рубцовой ткани с помощью ультразвука. Эти исследования проводились до начала и после окончания курса лечения, а затем через 1, 2, и 6 месяцев после него. Сравнительные результаты балльной оценки клинических признаков до и после процедуры показали их снижение в 2 раза. Уменьшение показателей ДИКЖ отмечено в 1,9 раза. Толщина рубцовой ткани после процедуры сокращалась в 1,5–2 раза.

Результаты исследования микроциркуляции методом ЛДФ выявили снижение общей микрогемоперфузии с 7,08 ПЕ до 5,84 ПЕ (норма 5,0) и нормализацию механизмов регуляции работы

капилляров. Динамика клинических признаков рубцов имела следующую четкую последовательность. Уменьшение плотности рубцов после 1 процедуры, повышение эластичности через 1–2 процедуры, снижение гиперэстезии (келоидные рубцы) через 3–4 процедуры, восстановление кожной чувствительности на месте гипертрофических рубцов через 5 процедур. Было установлено, что наибольшая эффективность процедуры имела при интенсивности «1» и глубине воздействия 1–2 мм. В отдельных случаях при лечении детей с келоидными и гипертрофическими рубцами при глубине для достижения результатов необходимо было увеличить не глубину воздействия, а интенсивность до «4». Это может быть объяснено тем, что при келоидных и грубых гипертрофических рубцах кожи недостаточен контакт рабочего электрода с поверхностью рубца в связи с неровным ее рельефом. Другой причиной может быть преобладание волокнистых структур над клеточным составом, т.е. недостаточное количество клеточных каналов, что имеется в рубцах данного типа.

Таким образом, применение у детей с рубцами кожи инновационной технологии электродного фармафореза с коллагенолитиками является эффективной и безопасной процедурой, не вызывает каких-либо побочных эффектов, безболезненна и проста в исполнении.

Особенности формирования костной прочности младенцев, способы диагностики и коррекции нарушений

Крутикова Н.Ю.

Смоленский государственный медицинский университет,
Смоленск

Актуальность. Наиболее интенсивный рост ребенка наблюдается на первом году жизни, что делает кость особенно чувствительной к воздействию неблагоприятных факторов в данный период. В последние годы за рубежом для оценки костной прочности у детей стали использовать количественную ультрасонометрию (КВС). Наличие отечественных данных о возрастных показателях, полученных при ультразвуковом исследовании костей, будет способствовать широкому внедрению метода в педиатрическую практику.

Цель исследования: изучение формирования прочности кости здоровых детей от 0 до 1 года.

Пациенты и методы. Проведено поперечное обследование 512 детей в возрасте от 0 до 1 лет, без хронических заболеваний, способных оказывать влияние на качество кости, и не получавших специфическую терапию препаратами кальция на момент исследования. Обследование детей проведено по единому протоколу, который предусматривал проведение антропометрии, осмотра ребенка и ультразвуковое исследование кортикального слоя большеберцовой и лучевой кости левых конечностей. Костную прочность оценивали с помощью ультразвукового денситометра «Omnisense 7000S» (Sunlight Medical Ltd, Израиль), оснащенном компьютерной «детской» программой. Снижение костной прочности диагностировали при скорости звука ниже 10 перцентиля (Z-score ниже -1 SD). Снижение скорости звука менее 3 перцентиля (Z-score ниже -2 SD), расценивается как патология.

Результаты собственных исследований. При анализе данных, рассчитанных с учетом пола, средневозрастных показателей скорости звука большеберцовой кости, установлено, что снижение показателей

SOS голени происходило от 1 месяца к 4 месяцам максимально, а в дальнейшем увеличивается к 1 году как у мальчиков, так и у девочек. Установлено, что довольно быстрое увеличение прочности кости происходит на 2 году жизни. Так, если в 12 месяцев показатели скорости звука большеберцовой кости в среднем составляли 3160 ± 125 м/с, то на 2 году – 3530 ± 110 м/с, и в течение следующего года остаются практически без изменений (3 года – 3540 ± 98 м/с). Установлено, что при рождении 25 из 204 доношенных новорожденных детей (12,3%) имели показатели прочности кости ниже 10 перцентиля (-1SD), а 16 детей (7,8%) имели снижение прочности кости ниже 3 перцентиля (-2SD). У детей первого года жизни показатели прочности кости ниже нормы имели 34 (19,3%) ребенка, из них ниже 10 перцентиля у 27 (79,4%) и ниже 3 перцентиля у 7 (20,6%). Определено, что антенатальная обеспеченность ребенка кальцием оказывает влияние на прочность кости на первом году жизни. Так, в группе детей с более низкими показателями ионизированного кальция при рождении ($1,0 \pm 0,06$ ммоль/л) – скорость звука большеберцовой кости в среднем колебалась от 2540 м/с до 2890 м/с ($M \pm m = 2675 \pm 123$ м/с). В группе же детей, имевших более высокие показатели общего и ионизированного кальция ($1,3 \pm 0,07$ ммоль/л), скорость звука была достоверно выше и в среднем составила 3040 ± 543 м/с ($p < 0,05$). Таким образом, риск снижения прочности кости у детей к концу первого года жизни повышается на фоне низкой антенатальной обеспеченности кальцием ребенка во время беременности (AR 66%, при $p < 0,05$; RR 1,7 при ДИ 1,63–12,95).

Заключение. В результате исследования установлено, что при рождении до 20% доношенных новорожденных детей имеют низкие показатели прочности кости. Костная прочность уменьшается к 4 месяцу жизни, что является критическим возрастом для детей первого года. В дальнейшем происходит увеличение показателей скорости звука по кости к 1 году. Определено, что более интенсивное увеличение прочности кости происходит в возрасте от 1 до 2 лет, что диктует необходимость особого внимания за состоянием скелета у детей в данном возрастном периоде со стороны участкового педиатра. Прочность кости снижается ниже допустимых значений к концу первого года жизни у детей от матерей не получавших адекватную витаминно-минеральную поддержку во время беременности, с отягощенным течением беременности – гестоз и фетоплацентарная недостаточность; у детей крупных при рождении (масса более 4 кг), а так же имеющих дисгормоничное развитие. Кроме того, установлено, что у детей с очень высоким гармоничным физическим развитием так же имеется снижение прочности кости. Проведенное исследование костной прочности с использованием количественной ультрасонометрии у детей является информативным методом диагностики качественных показателей кости и раннего выявления снижения костной прочности.

Профиль болезни Легга-Кальве-Пертеса в Смоленске

Крутикова Н.Ю., Виноградова А.Г.

Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск

Цель. Изучить особенности состояния костной системы у детей с болезнью Легга-Кальве-Пертеса в Смоленской области.

Задачи. Выявить предрасполагающие факторы возникновения заболевания, охарактеризовать физическое развитие ребенка, оценить костную прочность и оказанный объем медицинской помощи. **Материалы и методы.** Были осмотрены 19 детей с заболеванием Легга-Кальве-Пертеса с использованием ультразвуковой остеоденситометрии, дополнительно изучались их истории болезни во время стационарного лечения в ортопедическом отделении СОДКБ.

Результаты. У всех обследованных нами детей отмечалось одностороннее поражение головки бедренной кости, 73% – мальчики. 89% родились от матерей в возрасте 20–26 лет (78%), в срок 39–41 неделя, естественным путем, паритет родов при этом был первым, 21% матерей курили во время беременности, осложнения выявлены в 32% случаев. У большинства детей (более 78%) масса тела при рождении была в норме. Физическое развитие у всех детей соответствовало возрасту, у 79% масса тела была в норме, 53% воспитываются в неполной семье. Возраст проявления заболевания в 53% составлял 5–7 лет, в 32% – менее 4 лет и у 15% – 8–13 лет. В анамнезе у 37% детей отмечалась травма в области бедра, у 26% был выявлен сколиоз, у 16% – плоскостопие. Укорочение поврежденной конечности в 47% случаев составило 1 см. У 86% диагноз был поставлен в течение месяца от появления болевого эпизода. Лабораторно – инструментальные методы исследования были проведены всем детям в полном объеме. Костная прочность соответствовала возрасту. Рентгенографически выявили II–III стадии заболевания. Всем детям исключалась опора на пораженную ногу, индивидуально осуществлялся подбор необходимых противовоспалительных и ангиопротективных препаратов. Для закрепления процесса восстановления сустава весь период болезни проводилась лечебная гимнастика, тонизирующий массаж и физиотерапевтические процедуры.

Выводы. Выявлена полиэтиологичность заболевания. В структуре заболевших преобладали мальчики в возрасте 5–7 лет. У всех детей физическое развитие соответствовало возрасту. Для своевременной диагностики использовалось комплексное лабораторно-диагностическое обследование. Эффективность лечения напрямую была связана со сроком постановки заболевания и начала лечения.

Организация иммунопрофилактики РСВ-инфекции препаратом паливизумаб (Синагис) в эпидемические сезоны 2012–2013 гг., 2013–2014 гг., 2014–2015 гг.

Кршминская И.В., Брагина Е.М., Павлова Е.С., Болибок А.М., Овсянников Д.Ю., Солдатова И.Г., Асмолова Г.А., Дегтярева Е.А.

Российский университет дружбы народов, Детская инфекционная клиническая больница №6, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Детская городская клиническая больница №13 им. Н.Ф. Филатова, Москва

Респираторно-синцитиальный вирус (РСВ) у детей в возрасте до двух лет занимает ведущее место в структуре инфекций нижних дыхательных путей (ИНДП). В настоящее время для специфической сезонной профилактики данной инфекции у детей групп риска, к которым относятся недоношенные дети первого полугодия жизни, дети с бронхолегочной дисплазией (БЛД) и дети с гемодинамически

значимыми врожденными пороками сердца (ВПС), в РФ с 2010 г. используется препарат моноклональных антител паливизумаб (Синагис). В ГБУЗ ДИКБ №6 ДЗ г. Москвы иммунизация детей групп риска тяжелого течения РСВ-инфекции проводится с эпидсезона 2011–2012 гг., когда было иммунизировано 88 детей. Опыт первого сезона выявил низкую осведомленность медицинского персонала и родителей о показаниях и противопоказаниях к проведению иммунопрофилактики, высокий процент отказов от иммунизации (из 193 кандидатов отказались от проведения 115 (59,6%)), ввиду чего очевидно необходимым стало проведение мероприятий по повышению комплаенса родителей пациентов групп риска в отношении иммунизации. Осуществлялось информирование родителей пациентов (в отделениях патологии новорожденных, на амбулаторном приеме педиатра, пульмонолога, кардиолога) в доступной форме (беседа, буклеты-памятки, плакаты) о тяжелом течении РСВ-инфекции у детей групп риска, необходимости и характере профилактики, возможных побочных явлениях, учреждениях, осуществляющих иммунизацию. До начала очередного сезона иммунопрофилактики были сформированы предварительные списки детей, нуждающихся в ней. С целью мониторинга маршрутизации пациентов учет введений осуществлялся при помощи индивидуальных карточек, куда вносилась информация о дате, месте введения, количестве препарата, дате следующего визита. Создание единого call-центра позволило родителям пациентов получать информацию о месте иммунизации.

Цель. Оценить результативность мер по организации иммунопрофилактики РСВ-инфекции препаратом паливизумаб (Синагис) у детей групп риска в ГБУЗ ДИКБ №6 ДЗ г. Москвы в период с 2012 по 2015 гг.

Материалы и методы. В период с ноября 2012 г. по апрель 2015 г. в ГБУЗ ДИКБ №6 ДЗ г. Москвы иммунопрофилактику РСВ-инфекции препаратом моноклональных антител паливизумаб (Синагис) получил 201 ребенок (108 мальчиков и 93 девочки) групп риска тяжелого течения: 141 ребенок с БЛД, 45 недоношенных детей, 7 детей с гемодинамически значимыми ВПС. В 2012–2013 гг. препарат получили 17 недоношенных детей, 54 ребенка с БЛД, 3 ребенка с ВПС, в 2013–2014 гг. – 18 недоношенных детей, 38 детей с БЛД и 3 ребенка с ВПС, в 2014–2015 гг. – 18, 49 и 1 ребенок соответственно. Дети получили от 1 до 5 инъекций препарата с интервалом 30±5 дней. В отделении патологии новорожденных ДИКБ №6 в сезон 2012–2013 гг. первую инъекцию препарата не получил ни один пациент, в 2013–2014 гг. – 9 детей (50% от количества всех недоношенных детей, получивших иммунопрофилактику), в 2014–2015 гг. – 13 детей (72,2%). Полный курс иммунопрофилактики (3 и более дозы) получили: в 2012–2013 гг. – 58 из 74 детей (78,4%), в 2013–2014 гг. – 43 из 59 детей (72,9%), в 2014–2015 гг. – 63 ребенка (92,6%).

Результаты. Благодаря активному взаимодействию учреждений здравоохранения, медицинского персонала и родителей пациентов увеличилась доля детей, получивших полный курс иммунопрофилактики. При сохраняющейся высокой доле детей с БЛД в течение трех сезонов иммунизации количество иммунизированных недоношенных детей в структуре иммунизированных пациентов повысилось с 23% в сезон 2012–2013 гг. до 30,5% в 2013–2014 гг. Также в 1,4 раза увеличилось количество детей, получивших первую инъекцию препарата в отделении патологии новорожденных.

Выводы. Повышение приверженности к профилактике – важная задача врачей, участвующих в организации иммунизации против РСВ-инфекции. Формирование комплаентного поведения родителей

в отношении иммунопрофилактики чрезвычайно важно для наиболее полного охвата всех детей групп риска, необходимого для снижения младенческой смертности от ИНДП РСВ-этиологии.

Нейроэндокринная клеточная гиперплазия младенцев

Кузнецова А.А., Пахомова А.А., Петрова С.И., Пешехонова Ю.В.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург

Нейроэндокринная клеточная гиперплазия младенцев (НЭГМ) – это малоизученная патология, относящаяся к категории интерстициальных заболеваний легких. Она характеризуется сочетанием таких признаков как персистирующее тахипноэ, гипоксемия, наличие мелкопузырчатых хрипов или крепитации, гиперплазией бомбезин-позитивных нейроэндокринных клеток периферических дыхательных путей в биоптате легкого, и встречается у детей первых двух лет жизни. Актуальность данной проблемы заключается в том, что НЭГМ является «новым» заболеванием с неизвестной этиологией, и дети, страдающие НЭГМ, требуют особого наблюдения, так как для них пока что не разработано специфического лечения и не достаточно изучены последствия заболевания в будущем. Цель исследования: представление клинического случая ребенка с диагнозом НЭГМ с типичными клиническими проявлениями и характерной картиной по данным КТ.

Материалы и методы. В ходе исследования наблюдалась девочка 1 года 6 месяцев, поступившая во 2-е педиатрическое отделение СПбГПМУ с жалобами на одышку.

Результаты. У доношенного, изначально здорового ребенка в возрасте 3 месяцев появилось тахипноэ до 60 в минуту, одышка смешанного характера и крепитация в легких. За время наблюдения не было выявлено эпизодов бронхообструкции и десатурации. В течение года пациент получал лечение ингаляционными глюкокортикостероидами и преднизолоном без клинически значимого эффекта. При обследовании в анализах крови и мочи патологии не выявлено, данных за респираторные инфекции и ВУИ не получено, ANCA-profile и иммунограмма в пределах нормы, исключена патология сердечно-сосудистой системы по данным ЭКГ и Эхо-КГ. По данным КТ органов грудной полости: симптом «матового стекла» наиболее заметный в средней доле правого легкого и язычковых сегментах левого легкого, симптом мозаичной перфузии более чем в четырех сегментах легких. Пациенту был поставлен диагноз НЭГМ с учетом клинико-anamnestических данных, характерных для данного заболевания и специфических КТ-признаков.

Выводы. Несмотря на то, что НЭГМ является малоизученным заболеванием, при постановке диагноза можно избежать использования инвазивных методов исследования, в частности биопсии легких, в отличие от большинства других ИЗЛ, что крайне важно для детей раннего возраста. Постановка точного диагноза возможна на основе тщательно собранного анамнеза и сочетания клинических проявлений и данных ВРКТ. У большинства пациентов с НЭГМ наблюдаются положительные клинические результаты и случаев с летальным исходом не зарегистрировано, но такие дети нуждаются в особом внимании со стороны педиатров, так как отдаленные последствия заболевания и его влияние на развитие легких не изучены.

Гипофосфатемический рахит: клинико-гормональные и молекулярно-генетические характеристики

Куликова К.С., Колодкина А.А., Васильев Е.В., Петров В.М., Петров М.А., Тюльпаков А.Н.

Эндокринологический научный центр,
Москва

Введение. Гипофосфатемический рахит (ГФР) или витамин-D-резистентный рахит (ВДРР) – группа орфанных заболеваний, характеризующаяся развитием рахитических изменений костной ткани вследствие повышенного выведения фосфора из организма. Основными клиническими признаками ГФР являются задержка роста, прогрессирующие деформации ног с момента начала ходьбы, мышечная слабость, боль в костях, позднее прорезывание зубов или частый кариес и абсцессы. Биохимическими и гормональными маркерами служат гипофосфатемия на фоне гиперфосфатурии, повышение активности ЩФ, нормальный или умеренно повышенный уровень паратгормона при нормокальциемии. Как правило постановка диагноза ГФР запаздывает, что ведет к прогрессии заболевания, а раннее оперативное лечение сопровождается высоким риском рецидива деформаций.

Цель: провести анализ клинико-гормональных и молекулярно-генетических характеристик ГФР среди российской популяции пациентов.

Материалы и методы: 1. Оценка клинических признаков у 75 пациентов с ГФР. 2. Оценка антропометрических данных. 3. Исследование биохимического и гормонального профиля. 4. Молекулярно-генетическое исследование генов-кандидатов методом высокопроизводительного параллельного секвенирования с использованием панели Custom Ion AmpliSeq (Life Technologies, США), включавшей праймеры для мультиплексной амплификации 22 генов.

Результаты. Симптомами манифестации заболевания являлись: деформации нижних конечностей с момента начала ходьбы (94,5%), гипотония на первом году жизни (70,2%), множественный кариес (58%). У 47 пациентов имелось отставание в физическом развитии: Me роста составила -2,48 SD [-3,55; -1,53]. Биохимические и гормональные показатели: неорганический фосфор крови Me 0,79 ммоль/л [0,68; 0,92]; паратгормон Me 59 пг/мл [37,9; 75]; индексы реабсорбции фосфора: Me TRP 72,5 % [65,8; 80]; Me TmP/GFR 0,58 ммоль/л [0,46; 0,7]. У 68 пациентов (90,5%) были обнаружены мутации в гене PHEX. Среди семейных форм патологии мутации обнаружены в 100% случаев, среди спорадических – 82%. У одного пациента дефект гена PHEX сочетался с гетерозиготной мутацией в DMP1. У 7 пациентов ни в одном из генов-кандидатов мутаций не выявлено.

Выводы. При наличии у ребенка рахитических деформаций скелета требуется проведение обследования в раннем детском возрасте для исключения или подтверждения рахитоподобного заболевания. Дефекты гена PHEX преобладают в структуре ГФР. Использование высокопроизводительного параллельного секвенирования для молекулярно-генетической диагностики является высокоэффективным и экономически оправданным. Определение этиологического фактора имеет важное значение в проведении пренатальной диагностики при семейных формах заболевания, а также для своевременного назначения консервативного лечения.

Психологическое состояние детей с хронической почечной недостаточностью, находящихся на лечении в стационаре по поводу пересадки почки

Куртанова Ю.Е.

Московский городской психолого-педагогический университет,
Москва

Хроническая почечная недостаточность (ХПН) в детском возрасте – это не просто заболевание, это сложная жизненная ситуация для ребенка и его семьи в целом.

Целью нашего исследования стало изучение эмоциональных трудностей детей с ХПН, находящихся на лечении в стационаре по поводу пересадки почки.

Методы исследования: регламентированная клиническая беседа с детьми и их родителями, наблюдение. В исследовании приняли участие 20 детей с ХПН в возрасте 7–15 лет. По результатам исследования было выявлено, что 60% детей с ХПН имеют адекватные представления о своем заболевании. С пересадкой почки они связывают свои надежды на выздоровление. 80% детей с ХПН связывают с болезнью чувства грусти, ненависти, страха, стыда. Самым неприятным в своей болезни дети с ХПН считают процедуру гемодиализа и нахождение в больнице. А вот понятие счастья связывают с понятием здоровья. Основными потребностями детей с ХПН являются выздоровление и выписка домой, гораздо реже они говорят об учебе, друзьях, играх, занятиях спортом. На вопрос: «Для чего надо выздороветь?», дети с ХПН, в основном, отвечали: «Чтобы быть здоровым», только отдельные дети считают, что выздороветь надо, чтобы учиться, общаться. Таким образом, мы видим, что у детей с ХПН преобладает один смыслообразующий мотив – здоровье. Выделим эмоциональные трудности, с которыми сталкиваются дети, находясь в отделении пересадки почки. Во-первых, детям сложно принять те ограничения, которые накладывает на них заболевание, проведение процедуры гемодиализа. Причем ограничения в питании зачастую принимаются даже легче, чем ограничения в физической активности. Ограничения в физической активности при проведении процедуры гемодиализа ведет к повышению уровня агрессии, негативизма. Во-вторых, состояние депривации, в котором пребывает ребенок, длительно находясь в эмоционально обедненной обстановке в стационаре, негативно сказывается на его психологическом развитии в целом. В-третьих, существуют трудности школьного обучения в больнице в связи с низкой учебной мотивацией и сниженными интеллектуальными возможностями детей. Родители детей с ХПН зачастую недостаточно уделяют внимание их интеллектуальному развитию при повышенной заботе о здоровье ребенка. Такие установки родителей снижают мотивацию обучения самих детей. Дети недополучают вовремя необходимых им знаний, умений и навыков, что в старшем возрасте восполнить становится практически невозможно. В-четвертых, отмечают трудности коммуникации детей внутри отделения. Дети четко разделяют друг друга на «не пересаженных» и «пересаженных», при этом первые молчаливо, но негативно относятся к последним и держат дистанцию в отношениях с ними. Ситуация длительного напряженного ожидания пересадки не минует эмоции детей. В день, когда происходят операции по пересадке почек, у многих детей, особенно старшего возраста, усиливается эмоциональное напряжение. Два вопроса, которые они задают себе: «А вдруг сегодня пересадят меня?», при этом усиливается страх перед неизвестным

исходом операции. Второй вопрос: «Почему сегодня пересадили другого, а не меня?», после чего продолжается череда долгих дней ожидания подходящего для него органа.

По результатам исследования можно сделать следующие выводы. Для создания более комфортных условий развития ребенка с ХПН важно, по возможности, избегать длительной госпитализации. Если нахождение в стационаре необходимо, то рядом с ребенком всегда должен быть близкий ему взрослый. При работе с матерями больных детей важно расширять их эмоциональный опыт, чтобы мать стала замечать в ребенке не только болезненные проявления или их отсутствие, а личностные или поведенческие особенности ребенка, направлять его на интеллектуальные и творческие достижения. При накопившемся эмоциональном напряжении детям важно дать возможность отреагировать негативные эмоции, также необходимо способствовать расширению их коммуникативных возможностей, развитию смысловой и мотивационной структур личности, повышать самооценку и уверенность в себе. Дети в ситуации тяжелой хронической болезни, тем более при госпитализации, находясь в ситуации депривации, длительного напряженного ожидания пересадки почки, безусловно, нуждаются в дополнительной поддержке со стороны специалистов-психологов. Только совместными усилиями со стороны медиков и психологов можно добиться не только физического восстановления детей с ХПН, но и наиболее благополучного их личностного развития, а также повышения их качества жизни в настоящем и будущем.

Атипичная целиакия. Клинические и лабораторные проявления у детей Алтайского края

Лобанов Ю.Ф., Данилов Д.А., Данилов А.Н., Печкина К.Г., Устькачкинцев В.А.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Цель исследования. На основании оценки клинических, серологических, эндоскопических и морфологических методов установить основные проявления атипичной целиакии у детей Алтайского края.

Материалы и методы исследования. В основную группу исследования вошли 267 детей, нуждающихся в обследовании для выявления целиакии из 7130 детей, прошедших через стационарное отделение. Средний возраст 10 ± 3 лет. Дети поступали в стационар с различными диагнозами: атопический детский дерматит, гастрит и гастродуоденит, дефицит массы тела, задержка физического развития, неврологические расстройства, анемии, синдром мальабсорбции, бронхиальная астма, аллергическая реакция: крапивница, остеопороз, алопеция, псориаз, муковисцидоз, витилиго, спленомегалия, ожирение, рецидивирующие вирусные инфекции. Всем детям проведено эндоскопическое, иммунологическое и морфометрическое исследование для постановки диагноза. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью пакета программ «STATistica for Windows 5.0» (STATSoft). Результаты исследования. В число детей, составивших группу риска по развитию атипичной формы целиакии, вошли страдавшие достаточно высоким удельным весом анемий, составивших $12,5 \pm 6,8\%$ в I возрастной группе и продолжавших прогрессировать в следующих. Проявления анемии приводят к общему ослаблению организма, отсюда частые острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ)

(более 4 раз в год) в I группе – $20,8 \pm 8,3\%$, во II – $23,6 \pm 2,9\%$, в III – в $25,9 \pm 8,4\%$ случаев; а стойкие фурункулезы в $4,2 \pm 4,2\%$ в I группе, в $14,4 \pm 2,4\%$ во II группе, в III группе – в $14,8 \pm 6,8\%$ случаев. В нашем исследовании в возрасте 7–12 лет сахарным диабетом I типа страдали 3 (1,4%) ребенка, в возрасте 13–15 лет – 1 (5,6%). Среди 267 детей, входивших в группу риска по развитию атипичной формы целиакии, сахарный диабет обнаружен у 1,5%, болезнь Дауна – у 0,4%. Таким образом, из 7130 детей в возрасте от 3 до 15 лет, поступивших на стационарное лечение, при обследовании обнаружены симптомы, характерные для атипичной целиакии, у 267 (3,7%). Признавая необычность избрания для скрининга группы, мы подтверждаем «многоликость» симптомов атипичной целиакии и указываем на то, что данное заболевание не ограничивается лишь симптомами мальабсорбции. Вместе с тем далеко не все симптомы атипичной целиакии нам удалось встретить при обследовании. Анализ результатов, полученных при исследовании серологических маркеров, позволил нам выделить из группы риска 62 пациента с положительными маркерами к тТГ IgG и IgA. У этих же пациентов в большинстве случаев оказались положительными маркеры к АГА (IgG и IgA). Из 62 детей с положительными результатами серологического исследования на целиакию, подвергнутых эндоскопическому исследованию и биопсии, результаты морфологического исследования биоптатов позволили подтвердить диагноз целиакии у 59 и считать диагноз целиакии отрицательным у 3 детей.

Заключение. Таким образом, у детей с различными нозологическими формами, прошедших через стационарное отделение городской больницы, среди 7130 детей установлен диагноз атипичной целиакии у 0,8%. Атипичная форма целиакии чаще наблюдается у детей подросткового возраста ($p < 0,05$). При атипичной форме целиакии наиболее распространенными клиническими симптомами являются отставание в росте, анемия, алопеция, атопический дерматит, задержка полового развития, при обнаружении которых таких детей можно отнести к группе риска. Частота выявления атипичной целиакии в группе риска детей, нуждающихся в обследовании для постановки диагноза с определением серологических маркеров, составила 23,2%, морфологически подтверждено 22,0%.

Клинико-анатомический случай пропионовой ацидемии у младенца

Лютин Е.И., Манеров Ф.К., Андриянова О.И., Шейн С.Н., Шеметов А.В., Глушков А.В.

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей, Новокузнецк

Девочка шорской национальности от 3 беременности, 2 родов, вес 3370 г., длина 49 см; Апгар 9/9 баллов. Первый ребенок от другого брака 5 лет – здоров. С рождения на грудном вскармливании. На 1 месяце жизни выявлена лейкопения с нейтропенией, анемия ($L-3,4 \times 10^9/л$; $Gr-0,8$; $Hb-100 г/л$). В 2 месяца диффузное снижение мышечного тонуса (миотонический синдром). С 2,5 мес. первые жалобы на срыгивания. К 3 месяцам сохраняется лейкопения, нейтропения, анемия. В анализе мочи рН – 5,5, кетоны 1,5 ммоль/л, уд. вес < 1005 . При этом привита по возрасту. В 3,5 мес. отказ от груди, потеря в массе, одышка, стонущее дыхание, загруженность. Госпитализируется с диагнозом метаболический синдром? Кома? В клинике доминировали симптомы поражения ЦНС: угнетение сознания до комы, мышечная гипотония, рецидивирующий

судорожный синдром, при отсутствии признаков нейроинфекции (LP-ликвор бесцветный, прозрачный, белок 3,1 г/л, цитоз 3/3, сахар 7,6 ммоль/л, хлориды 115,1 ммоль/л, бак. посев – отр.). ПКТ <0,5нг/дл; СРБ <6мг/л. Ко 2 дню госпитализации документированы выраженные метаболические нарушения: с трудом корригирующийся ацидоз (Рн-7,080; ВЕ -20,9 ммоль/л); гематологические нарушения (угнетение 3-х ростков кроветворения) при отсутствии явных гематологических и онкологических заболеваний (КМП – дизгемопоез). Нарушения белкового, углеводного, кальциевого обмена, а также почечный и печеночный синдромы. Диагноз пропионовой ацидемии (E 71.1) был подтвержден биохимически в лаборатории ИНВИТРО г. Москва. Методом хроматомасс-спектрометрии в крови резко повышена концентрация пропионил-карнитина, в моче – концентрация 3-гидроксипропионовой кислоты, 3-гидрокси-изовалериановой кислоты, метилцитрата, пропионилглицина. Основной причиной смерти явился отек головного мозга.

Психологические аспекты комплексной реабилитации детей с первичной лимфедемой

Макарова В.С., Куртанова Ю.Е.

Автономная некоммерческая организация «Лимфа», Московский городской психолого-педагогический университет, Москва

Лимфедема у детей – довольно редкое заболевание. Видимо поэтому, психологическое состояние этой категории детей, их отношение к заболеванию практически не описано в психологической литературе. Мы представляем результаты экспериментально-психологического исследования, в котором приняли участие 38 детей в возрасте 7–16 лет с лимфедемами верхних и нижних конечностей.

Целью нашего исследования стало выявление психологических трудностей, специфичных для детей и подростков с первичными лимфедемами. Эта работа поможет нам учитывать психологические сложности детей в реабилитационной работе.

Методы исследования: методика Дембо-Рубинштейн, методика Рене Жилия, регламентированная клиническая беседа с целью выявления внутренней картины болезни ребенка. По результатам исследования было выявлено, что дети, страдающие лимфедемами, проявляют повышенные показатели неадекватной самооценки. У них преобладает завышенная самооценка, а показатель адекватной самооценки снижен. В общении они преимущественно интровертированы, их потребность в общении часто не удовлетворяется. У детей с лимфедемами отмечается поверхностный круг общения из-за внутреннего ощущения непонимания со стороны здоровых сверстников. Наибольшие трудности в осознании заболевания при лимфедемах начинаются в подростковом возрасте, который характеризуется особыми негативными переживаниями относительно болезни, доходящими до депрессивного состояния. Лимфедема – заболевание внешне выраженное, оно видно окружающим, следствием чего являются специфические психологические проблемы детей, связанные с переживаниями относительно своего внешнего вида (девочки не надевают короткие юбки, мальчики стесняются раздеваться на пляже, в бассейне). Подростки переживают из-за своей внешности, от них можно услышать: «Я ненавижу свою большую ногу». Более половины детей с лимфедемами предполагают, что их болезнь может негативно повлиять на их будущую жизнь (передачей заболевания своим детям, невозможностью выбора профессий,

связанных с физическим трудом). 28% детей подросткового возраста обвиняют себя в том, что заболели. Показатели самообвинения в возникновении своего заболевания коррелируют с показателями неадекватной самооценки. 31% детей с лимфедемами вообще не верят в возможность выздоровления. Из них большинство детей подросткового возраста. Девочки реже говорят о возможном выздоровлении, чем мальчики. При неверии в возможность выздоровления у детей сужаются жизненные цели, им становится трудно планировать свое будущее, свою профессиональную деятельность. Наиболее значительное влияние на отношение детей к своему заболеванию оказывают матери маленьких пациентов и врачи. 86% детей с лимфедемами получают знания о своей болезни от матери, а 68% детей знают о подробностях своего заболевания от врачей. Мы видим огромное влияние матери и врачей на получение информации детьми о болезни. И от того, как мать и врач преподнесут информацию ребенку о его болезни, от того, как мать сама отнесется к этой информации, во многом зависит осознание своего заболевания ребенком. Следует отметить, что при таких редких патологиях, как лимфедема, у детей отмечается большая психологическая зависимость от лечащего врача, от его мнения, замечаний, особенно в подростковом возрасте.

По результатам исследования можно сделать следующие выводы:

1. При реабилитационной работе с детьми с лимфедемами важно научить их справляться с болезнью, контролировать ее проявления, принимать требования и ограничения, накладываемые заболеванием. Для этого необходимо, чтобы уход за больным органом, ежедневные процедуры стали для детей определенным образом жизни и не затрагивали эмоциональную составляющую маленьких пациентов.
2. Детям с лимфедемами важна психологическая работа по принятию их физического «Я», по расширению социальных контактов и коммуникативных возможностей.
3. Подросткам с лимфедемами необходима ранняя профориентация с учетом интересов ребенка и ограничений, накладываемых заболеванием. Профориентация необходима с целью профилактики депрессивного отношения к заболеванию, а также возможности самореализации в будущем.
4. Помимо психотерапевтической работы с ребенком с лимфедемой необходима консультативная работа с родителями, которые являются важным фактором формирования адекватного отношения детей к заболеванию. Родители могут помочь своим детям сформировать у ребенка активное отношение к лечению, предотвратить самообвинение ребенка в возникновении заболевания, вселить уверенность в улучшении их физического состояния.

Состояние здоровья школьников 11–12 лет г. Москвы

Макарова Л.В., Параничева Т.М., Тюрина Е.В., Лукьянец Г.Н., Лезжова Г.Н., Орлов К.В.

Институт возрастной физиологии, Москва

В условиях активного преобразования практически всех сфер жизни: экономики, здравоохранения, образования – проблема здоровья населения России стоит остро как никогда. Нельзя сбрасывать со счетов и воздействие комплекса экологических и социальных факторов. Именно показатели здоровья являются важнейшими индикаторами благополучия общества и являются непременным условием его интеллектуального и духовного потенциала, его

социальной стабильности и гармоничного развития. В связи с этим чрезвычайно важно проведение исследований, направленных на раннее выявление неблагоприятных тенденций состояния здоровья детей на всех этапах возрастного развития.

Задача исследования. Выявить возрастные и половые особенности состояния здоровья детей 11–12 лет. Было исследовано 972 ребенка (513 мальчиков и 459 девочек) из образовательных учреждений г. Москвы.

Результаты. Исследования показали, что подавляющее большинство детей имели 2-ю группу здоровья – 68,8%, к 1-й группе здоровья было отнесено 20,9% детей, 3-ю группу здоровья имели 10,3%. Проведенный анализ данных по кратности заболеваний свидетельствует, что каждый четвертый ребенок имел в анамнезе 2 заболевания, а около 11% детей – 3 и более заболеваний. В ранговой структуре I место занимали болезни ОДА (в основном это плоскостопие и нарушения осанки) – 48,8% (11 лет) и 35,7% (12 лет); II место – заболевания ССС – 23,3% (11 лет) и 12,9% (12 лет); III место разделили две группы – заболевания органов зрения и заболевания органов дыхания и ЛОР-заболевания – соответственно 17,4% (11 лет) и 12,6% (12 лет) и 17,9% (11 лет) и 12,3% (12 лет). Показатели физического развития детей близки к таковым Московского региона. Около 73% детей имели гармоничное физическое развитие. Дисгармоничность за счет дефицита массы тела наблюдалась несколько чаще среди девочек 11 лет (13,3% против 8,5%); избыток массы тела был чаще среди мальчиков в обоих возрастах. В 12 лет достоверно выше процент детей, имеющих избыток массы тела (11,8%) по сравнению с 11 летними детьми (6,9%). Избыток массы тела коррелировал с эндокринной патологией. При оценке состояния здоровья детей и подростков в условиях школы важно уделять особое внимание диагностике тревожных состояний. Высокий уровень тревожности может способствовать возникновению и развитию психосоматических заболеваний. Исследование школьной тревожности показало, что каждый пятый ребенок 11–12 лет имеет повышенный и высокий уровни тревожности по большинству факторов. Доля школьников, переживающих социальный стресс, страх не соответствовать ожиданиям окружающих, страх ситуации проверки знаний, страх самовыражения составляет более 30%. От 11 к 12 годам достоверно увеличивается количество детей, переживающих социальный стресс на повышенном и высоком уровне с 26,8% до 35,8%. Анализ данных выявил некоторые гендерные различия в показателях школьной тревожности. Доля девочек с повышенным и высоким ее уровнем по сравнению с мальчиками выше по таким факторам, как общая тревожность в школе, страх самовыражения, страх ситуации проверки знаний, низкая физиологическая сопротивляемость стрессу. Мальчики чаще испытывают тревогу по таким факторам, как переживание социального стресса и фрустрация потребности в достижении успеха. Исследование нервно-психического здоровья и социально-психологической адаптации дает представление о наличии у подавляющего большинства детей в возрасте 11–12 лет хотя бы одного из признаков обсессивно-фобических расстройств, нарушений вегетативной нервной системы, астенических расстройств, церебрастенических нарушений и лишь у 6,5% нет признаков нарушений нервно-психического здоровья, личностные расстройства наблюдаются у более 20,0% детей, причем независимо от возраста и пола. У девочек сильнее, чем у мальчиков, выражены нарушения ВНС и обсессивно-фобические расстройства, психофизиологическая стрессоустойчивость. Изучение уровня и характера школьной тревожности, включающей различные аспекты устойчивого школьного эмоционального неблагополучия,

показало, что 20% детей чувствуют собственную неадекватность, неполноценность, не уверены в правильности своего поведения. Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют о необходимости изучения и контроля показателей состояния здоровья современных детей с целью выработки стратегии и программ здоровьесбережения и профилактических мероприятий в отдельных коллективах и системы медицинской реабилитации в мегаполисе в целом.

Характеристика состояния здоровья детей, имеющих психические заболевания и социальная характеристика их семей

Малеева Н.П., Павленко Т.Н., Кацова Г.Б., Попова Л.В.

Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург

За последние годы среди детей и подростков с психическими нарушениями значительно увеличились тяжелые формы патологии, приводящие к ограничению жизнедеятельности.

Цель: дать оценку состояния здоровья детей с психическими заболеваниями и медико-социальную характеристику семей, имеющих детей с психическими заболеваниями.

Задачи: оценить возрастной состав детей с психической патологией; проанализировать социальный статус семей. Под наблюдением находилось 120 детей с различными психическими заболеваниями. Возраст детей распределялся следующим образом: от 10 до 14 лет – 70%, от 4 до 9 – 20%, от 15 до 17 – 10%. По проведенному анализу историй болезни и амбулаторных карт в соответствии МКБ – 10 были выставлены диагнозы: у девочек 75% – олигофрения; 25% – эпилепсия, у мальчиков 85% – олигофрения; 10% – эпилепсия; 5% – органическое поражение головного мозга. Анализ семей, имеющих детей с психическими заболеваниями, выявил, что 36 (30%) детей проживали в полной семье, 84 (70%) – в неполных семьях. Уровень материальной обеспеченности семей был различным, так 58% семей имели средний прожиточный минимум, 12% были хорошо материально обеспечены и 30% семей имели доход ниже прожиточного минимума. Уровень образованности родителей: 62% родителей имели среднее специальное образование, 10% среднее образование и 28% высшее образование. Специальность имели 90% родителей, однако работали по специальности только 36%. Взаимоотношения в семьях нестабильные, переменчивые у 90 (75%) детей, у 30 (25%) детей в семьях царил взаимопонимание, теплые и сердечные взаимоотношения. Чаще ссоры, напряженные конфликтные отношения были характерны для отцов и детей с психическими заболеваниями. 82% детей с психическими расстройствами страдали различными соматическими заболеваниями, чаще это заболевания желудочно-кишечного тракта – 62, эндокринной системы – 28, нарушениями стула с наклонностью к запорам – 31, нарушениями сна – 70. С сочетанной соматической патологией (1, 2, 3 заболевания) страдали 60% детей. Таким образом, среди наблюдаемых детей преобладали дети от 10 до 14 лет. Основным заболеванием как девочек, так и мальчиков была олигофрения. Социальный портрет семей отличался большим разнообразием, как по уровню материальной обеспеченности, образовательному цензу родителей и умению поддерживать комфортные взаимоотношения в семье. Большинство детей страдали различными соматическими заболеваниями.

Сравнительный анализ состояния микроциркуляторного русла у новорожденных детей разного срока гестации с гипоксически-ишемическим поражением ЦНС

Михеева И.Г., Лопанчук П.А., Верещагина Т.Г., Кузнецова Ю.А., Кругляков А.Ю., Анисимов В.В.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Микроциркуляторное русло играет важную роль в процессах функционального созревания ЦНС. Интересен сравнительный анализ состояния микроциркуляции у детей разного срока гестации с гипоксически-ишемическим поражением (ГИП) ЦНС.

Обследовано 158 новорожденных детей с ГИП ЦНС. Из них 50 – 38–40 недель гестации (1 группа), 55 – 34–37 недель (2 группа), 53 – 30–33 недель (3 группа). Контроль – 20 здоровых. Обследовали дважды на 5–7 и 21–28 сутки жизни методом биомикроскопии бульбарной конъюнктивы с использованием видеокамеры VAC 135. На 5–7 сутки жизни у детей в 1 и 2 группах плотность микрососудов имела тенденцию к увеличению относительно здоровых, в 3 группе она, наоборот, оказалась ниже ($p < 0,001$) показателей здоровых и детей 1 и 2 групп. К 21–28 суткам жизни плотность микрососудов у детей 1 и 2 групп не отличалась от здоровых, у детей 3 группы показатель повышался ($p < 0,001$), но оставался низким ($p < 0,001$), не достигая значений здоровых и показателей 1 и 2 групп. На 5–7 день жизни в 1 группе отмечалась тенденция к снижению количества капилляров, во 2 группе оно было достоверно снижено ($p < 0,001$) по сравнению со значениями 1 группы и здоровых. В 3 группе снижено ($p < 0,001$) не только количество капилляров, но и пре-, посткапилляров и артериол 1-ого порядка, а также увеличено ($p < 0,001$) количество емкостных микрососудов по сравнению со здоровыми и детьми 1 и 2 групп. К 21–28 дню в 1 и 2 группах показатели достигали значений здоровых, в 3 группе отмечалось резкое повышение ($p < 0,001$) количества функционирующих капилляров и снижение ($p < 0,001$) емкостных микрососудов, но значений 1 группы они не достигали ($p < 0,001$). Извитость микрососудов на 5–7 день у детей 1 и 2 групп была выше ($p < 0,001$), чем у здоровых, а у детей 3 группы она была минимальной ($p < 0,001$) по сравнению со здоровыми и детьми 1 и 2 групп. К 21–28 суткам извитость микрососудов у детей 1 и 2 групп достигала значений здоровых, а у детей 3 группы она, наоборот, нарастала ($p < 0,001$). На 5–7 день жизни неравномерность калибров артериол и венул нарастала с уменьшением срока гестации и достигала самых высоких значений у детей 3 группы, подобная динамика сохранялась к концу неонатального периода. Т.о., чем меньше срок гестации у детей с ГИП ЦНС, тем чаще встречаются микрососудистые нарушения. Они наиболее выражены у детей 30–33 недель гестации и связаны не только с влиянием гипоксии, но и морфофункциональной незрелостью, что свидетельствует о снижении резервных возможностей и требует особых реабилитационных мероприятий.

Перинатальные факторы риска рождения детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела

Муц Е.Ю., Шестакова В.Н., Ермашева М.А.

Региональный Перинатальный Центр, Смоленский государственный медицинский университет, Калининград, Смоленск

Актуальность. В последнее время отмечается тенденция к увеличению числа выживших новорожденных и рожденных детей с экстремальной и очень низкой массой тела. Согласно данным литературы, число преждевременных родов колеблется от 5,0 до 12,0% в развитых странах мира. За последние пять лет в Российской Федерации на фоне роста показателя рождаемости отмечается увеличение частоты перинатальной патологии, что провоцирует риск развития отдаленной инвалидизации детей.

Цель исследования: изучить перинатальные факторы риска, влияющие на рождение детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела. Материалы и методы. В исследовании приняли участие 30 детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела. Первую группу составили 20 недоношенных с очень низкой массой тела (ОНМТ), вторую – 10 недоношенных с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ).

Результаты. При первой беременности чаще рождались недоношенные с ЭНМТ (53,7%), чем с ОНМТ (26,3%, $p < 0,05$). Рождение детей с очень низкой массой тела в 13,3% случаев сочеталось с аномалиями матки (двуорогая матка) и инфекционными поражениями урогенитальной сферы. Возбудители инфекций, передающихся половым путем (уреаплазмы, хламидии, микоплазмы), выявляли у 40,0% женщин, родивших недоношенных с ОНМТ и у 10,0% – с ЭНМТ. Вирусные возбудители (вирус простого герпеса, цитомегаловирус) в 2,5 раза чаще обнаруживали у беременных, родивших детей с ЭНМТ (15,0%), чем с ОНМТ (6,0%, $p < 0,05$). У матерей, имеющих недоношенного ребенка, чаще встречались аборт, выкидыши в анамнезе от 30 до 42% среди детей с ОНМТ и ЭНМТ. Женщины, родившие недоношенных детей, чаще имели экстрагенитальные заболевания (87,6%, $p < 0,05$). В группе детей, рожденных с ОНМТ, чаще диагностировалась сочетанная экстрагенитальная патология (52,7% в первой группе, 42,4% во второй группе, $p < 0,05$). Такие хронические заболевания, как бронхиальная астма, хронический пиелонефрит, артериальная гипертензия, одинаково встречались в группе детей с ЭНМТ (21,0%) и ОНМТ (23,4%). Гинекологические заболевания чаще регистрировались у матерей недоношенных с ЭНМТ (82,5%) в сравнении с ОНМТ (67,3%, $p < 0,05$). Хронические воспалительные заболевания генитального тракта (аднексит, сальпингофорит, вагинит, кольпит) чаще встречались у женщин, родивших недоношенных с ОНМТ (42,6%) и ЭНМТ (39,5%). У всех женщин, родивших недоношенных детей с ОНМТ и ЭНМТ, отмечалось осложненное течение беременности, в 10% случаев в сочетании с обострением хронического или острого инфекционно-воспалительного заболевания во время беременности в виде патологии урогенитальной сферы, дыхательной системы и ОРВИ. Инфекционные заболевания в первом триместре в два раза чаще встречались у матерей недоношенных с ЭНМТ (13,5%) по сравнению с детьми с ОНМТ (6,1%). Осложнения беременности чаще наблюдались у женщин, родивших недоношенных с ЭНМТ, чем с ОНМТ ($p < 0,05$). Более чем у половины недоношенных с ОНМТ и ЭНМТ патология первого триместра была представлена угрозой прерывания, без значимой разницы в группах ($p > 0,05$). Фетоплацентарная недостаточность (ФПН) встречалась у 34,0% женщин, родивших недоношенных с ЭНМТ, и у 16,8% женщин, родивших недоношенных с ОНМТ. Гестозы различной степени тяжести отмечались в 3 раза чаще у беременных, родивших недоношенных с ЭНМТ (37,7%), чем с ОНМТ (19,8%, $p < 0,05$). В группе детей, родившихся с очень низкой массой тела, в три раза чаще встречалась отслойка нормально или низко расположенной плаценты, потребовавшая экстренной операции кесарева сечения.

Выводы. Дети с ЭНМТ в 2 раза чаще рождались у женщин при первой беременности (53,7%), по сравнению с ОНМТ (26,3%). Патологическое течение беременности чаще отмечалось у матерей недоношенных с ЭНМТ, чем у детей с ОНМТ. Доминирующей патологией второго и третьего триместра в обеих группах была фетоплацентарная недостаточность и гестоз, которые явились причиной преждевременных родов в 30% случаев. У матерей недоношенных с ЭНМТ и ОНМТ отмечается высокий уровень экстрагенитальной патологии (87,6%, $p < 0,05$). Хронические воспалительные заболевания генитального тракта (аднексит, сальпингоофорит, кольпит) были часто встречаемой патологией у женщин, родивших недоношенных с ОНМТ (42,6%) и ЭНМТ (39,5%). У всех женщин, родивших недоношенных детей с ОНМТ и ЭНМТ, отмечалось осложненное течение беременности, в 10% случаев в сочетании с обострением хронического или острого инфекционно-воспалительного заболевания во время беременности.

Особенности клинической картины и рентгеносемиотики у детей с острыми деструктивными пневмониями

Овсянников Д.Ю., Константинова А.К., Колтунов И.Е., Яныбаева Л.Ч., Дочкина А.И., Воронцова К.О., Кокорин М.В., Чикин Н.С.

Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Пневмония остается актуальной проблемой детского здравоохранения, являясь одной из ведущих причин детской смертности. По данным Национальной ассоциации специалистов по контролю инфекций (США), в мире от пневмонии умирает 45 детей в час, 1095 детей в сутки и 7692 ребенка в неделю. Среди пневмоний, заканчивающихся летальным исходом, большое место занимают деструктивные пневмонии.

Цель работы: изучить особенности клинического течения, рентгеносемиотики деструктивных пневмоний у детей старше года. Материалы и методы: амбиспективное открытое несравнительное исследование 31 ребенка с деструктивной пневмонией. Критерии включения: возраст старше 1 года, осложненное течение внебольничной пневмонии. Критерий исключения: возраст менее 1 года, неосложненное течение пневмонии, внутрибольничная пневмония.

Методы: общий анализ крови, биохимический анализ крови, рентгенография органов грудной клетки (РОГК), компьютерная томография органов грудной клетки (КТ), посевы крови, пунктатов. Результаты. В период с января 2012 г. по июнь 2014 г. на базе Морозовской детской городской клинической больницы (МДГКБ) наблюдался 31 ребенок в возрасте от 1 до 15 лет. По данным РГК и КТ, абсцесс легких был диагностирован у 4 детей, булла – 1 ребенка, пиопневмоторакс – у 4 детей, пиоторакс – у 17, пневмоторакс – у 4, внутридолевая деструкция – у 7. Локализация деструкций варьировала, чаще всего (у 51,6% больных) пневмония локализовалась слева; право- и двухсторонней пневмония была в 32,3% и 16,1% случаев соответственно. При этом частота поражения долей легких была следующей: верхняя доля (41,9%), средняя доля (32,3%), нижняя доля (90,3%). Полисегментарная пневмония была диагностирована у 18 больных, долевого – у 13. Клиническая картина характеризовалась следующими симптомами: фебрильная лихорадка (80,6%), субфебрилитет (9,7%), кашель (71,0%), смешанная

одышка (54,8%), периоральный цианоз (22,6%), сопор (3,2%), боль в груди (16,1%), неспособность пить (12,9%), судороги (3,2%). При объективном исследовании были выявлены влажные хрипы (25,8%), сухие хрипы (9,7%), крепитация (16,1%). Лейкоцитоз ($>15 \cdot 10^9/l$) присутствовал у 32,6% пациентов. Летальность составила 3,2%. Тяжесть течения пневмонии была определена согласно рекомендациям, ВОЗ «Интегрированное ведение болезней детского возраста» (2006), пневмония была оценена как очень тяжелая у 5 (16,1%) детей, тяжелая – у 17 (54,8%), нетяжелая – у 9 (29,1%). Средний койко-день составил 19 ± 5 дней. При посевах были выявлены *Staphylococcus spp.* у двух детей (при посеве крови и эндотрахеального аспирата), *Streptococcus spp.* также у двух детей (при посеве пунктатов абсцесса и плевральной полости).

Выводы: 1. В структуре деструктивной пневмонии у детей старше года в современных условиях преобладают пиоторакс (54,8%), внутридолевая деструкция (22,6%), абсцесс (12,9%), пневмоторакс (12,9%). 2. Клиническая картина деструктивной пневмонии характеризуется вариабельной частотой регистрации симптомов, по тяжести пневмония также может быть расценена по-разному, как очень тяжелая (16,1%), тяжелая (54,8%), нетяжелая (29,1%). 3. Чаще при деструктивной пневмонии поражались левое легкое (51,6%) и нижние доли (90,3%), частота полисегментарной пневмонии составила 58,1%, долевого – 41,9%.

Частота и особенности бронхиальной астмы у детей с бронхолегочной дисплазией

Овсянников Д.Ю., Кочанова Д.А., Болибюк А.М., Павлова Е.С., Ларина В.Н., Назарова Т.И., Назарова В.В., Дегтярева Е.А.

Российский университет дружбы народов, Детская инфекционная клиническая больница №6, Морозовская городская детская клиническая больница, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Вопрос об отношении бронхолегочной дисплазии (БЛД) и бронхиальной астмы (БА) является сложным. С одной стороны, имеются указания на высокую частоту БА в семейном анамнезе у детей, развивших БЛД, и у детей с тяжелой БЛД, описывается трансформация БЛД в БА. Бронхиальная астма в семейном анамнезе является фактором тяжелого течения БЛД. Частота различных атопических проявлений у детей с БЛД достигает 38%. Действительно, наличие бронхиальной гиперреактивности позволяет отнести детей с БЛД к группе риска по развитию БА. С другой стороны, БЛД, согласно рекомендациям Национальной программы «Бронхиальная астма у детей» (2012) и Глобальной стратегии лечения и профилактики бронхиальной астмы GINA (2002), включена в группу заболеваний, с которыми проводится дифференциальный диагноз при подозрении на БА. Имеются наблюдения, что дети, перенесшие БЛД, подвержены возникновению аллергических заболеваний, в том числе БА, не чаще по сравнению со здоровыми сверстниками. Бронхообструктивный синдром (БОС) при БЛД не сопровождается увеличением сывороточного IgE, его повышение в ряде случаев может быть связано с РСВ-инфекцией. У детей школьного возраста и подростков с БЛД в анамнезе отмечены частичный ответ на β_2 -агонисты, свидетельствующий о необратимой бронхиальной обструкции, нормальные значения выдыхаемого оксида азота. Отлична также КТ-семиотика данных заболеваний.

Цель работы: определить частоту и особенности БА у детей с БЛД. Материалы и методы: под наблюдением за период с 2004 по 2015 гг. находились 787 детей с БЛД и БЛД в анамнезе. Диагноз БА устанавливался в соответствии с критериями PRACTALL (2006). 8 детям в возрасте старше 5 лет проводилось исследование функции внешнего дыхания (ФВД), проба с бронхолитиком, положительной бронхолитическую пробу считали при приросте объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1) больше 12%. Результаты: бронхиальная астма была диагностирована у 34 детей из 787 с БЛД или БЛД в анамнезе (4,3%), мальчиков – 21, девочек – 13 в возрасте от 7 месяцев до 12 лет. Возраст манифестации БА у детей составил: 0–12 месяцев (5 детей), 1–2 года (6 детей), 2–3 года (8 детей), 3–4 года (6 детей), 4–5 лет (4 ребенка), 5–6 лет (3 ребенка), 7–8 лет (1 ребенок), 8–9 лет (1 ребенок). На домашней кислородотерапии находились 3 ребенка, иммунизацию паливизумабом получили также 3 ребенка. Семейный аллергоанамнез у детей был отягощен по атопии. У 16 детей был диагностирован аллергический ринит, у 12 – атопический дерматит. У 29 детей о развитии БА свидетельствовало возобновление эпизодов БОС после достаточно продолжительной ремиссии БЛД (до 6 месяцев) в возрасте старше 1 года. У этих детей БОС характеризовался типичными для БА клиническими проявлениями (внезапное возникновение после контакта с аэроаллергенами, провокации ОРЗ с нормальной температурой тела, быстрое купирование бронхолитиками и после прекращения контакта с аллергенами) и функциональными признаками (положительная проба с бронхолитиком при проведении исследования ФВД). Дети с персистирующей БА получали контролируемую (базисную) терапию ингаляционными глюкокортикостероидами (18 детей), монтелукастом (5 детей) с положительным клиническим эффектом. Выводы: частота БА у детей с БЛД и БЛД в анамнезе составляет 4,3%, будучи сопоставимой с таковой в популяции. Бронхиальная астма у детей с БЛД манифестирует в большинстве случаев (более 50%) в первые 3 года жизни, характеризуется типичными особенностями.

Частота бронхиальной астмы у детей с сахарным диабетом 1-ого типа

Овсянников Д.Ю., Халед М., Петрайкина Е.Е., Рыбкина И.Г., Гаряева И.В., Бузина Н.В., Колтунов И.Е.

Российский университет дружбы народов, Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Цель: установить частоту бронхиальной астмы у детей, страдающим сахарным диабетом 1-ого типа. Материалы и методы исследования: дизайн-ретроспективное, когортное, несравнительное исследование; проанализированы 8324 истории болезни детей с сахарным диабетом 1-ого типа, госпитализированных в Морозовскую детскую городскую клиническую больницу за период с 2003 по 2013 гг. Исследование связи между респираторными и внелегочными заболеваниями является одним из наиболее актуальных направлений современной медицины. В большой степени это относится к взаимоотношению одних из самых распространенных хронических заболеваний у детей – бронхиальной астмы (БА) и сахарного диабета 1-ого типа (СД1). Эпидемиологические исследования продемонстрировали, что заболеваемость СД1 возросла одновременно с заболеваемостью БА. С позиций иммунопатогенеза сочетание данных заболеваний представляется необычным, так как за развитие БА и СД1 типа

ответственны разные субпопуляции CD 4+ клеток Т-хелперов (Th), Т-хелперы 1-го и 2-го типа (Th1 и Th2), опосредующие соответственно реакции клеточного иммунного ответа (Th1), протекающего по механизму хронического воспаления, либо реакции гуморального иммунного ответа, связанного с выработкой антител (Th2). Большинство сравнительных исследований эпидемиологии БА и СД1 может служить подтверждением Th1/Th2-концепции развития данных заболеваний – у пациентов с СД1 частота БА ниже, чем в группе контроля (не страдающих СД1). Дополнительным объяснением отрицательной связи между данными заболеваниями и относительной рефрактерности пациентов с СД1 к БА может быть повышение у них уровня глюкокортикостероидов (ГКС), обладающих противовоспалительным действием. В настоящее время развитие БА представляется частью атопического марша. Согласно этой концепции, в онтогенезе манифестации БА у большей части пациентов детского возраста предшествует развитию атопического дерматита (АД) и аллергического ринита (АР). В этой связи интересным представляется изучение связи АД и АР с СД1. Мета-анализ, включавший 81 519 пациентов, из которых 4261 страдали СД1, продемонстрировал снижение риска развития АД у данных больных (отношение шансов OR = 0,68, 95%-й доверительный интервал CI = 0,61–0,77, $p < 0,0001$). Авторами делается вывод о протективном эффекте СД1 на риск развития АД. Ранее проведенный мета-анализ 25 исследований ассоциации между СД1 и атопическими заболеваниями показал обратную связь как между БА и СД1 (OR = 0,85, 95%; CI 0,68–0,99), так и между АР и СД1 (OR = 0,97, 95%; CI 0,82–1,16), АД и СД1 (OR = 0,82; CI 0,62–1,1).

Результаты. Результаты собственного исследования, посвященные изучению частоты БА среди 8324 детей с СД1, госпитализированных в Морозовскую детскую городскую клиническую больницу за период с 2003 по 2013 гг., позволили установить, что БА была диагностирована у 68 детей с СД1, что составило 0,82%. Полученные показатели существенно ниже известных популяционных показателей частоты данного заболевания, что может быть косвенным подтверждением Th1/Th2-концепции иммунопатогенеза СД1 и атопических заболеваний. Отмечается достоверное увеличение ($p < 0,05$) встречаемости БА в период с 2008 по 2013 гг. (0,82%) по сравнению с 2003–2007 гг. (0,71%). Это можно связать с улучшением диагностики заболевания.

Выводы. Таким образом, на основании сопоставления данных об иммунопатогенезе и эпидемиологии атопических заболеваний у детей, можно сделать вывод, о том, что СД1 снижает риск манифестации БА.

Интраокулярная имплантация versus контактная коррекция в хирургии детей грудного возраста

Овчинникова А.В., Кононов Л.Б.

Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Накопление клинического опыта, также как и совершенствование материально-технической базы хирургии врожденной катаракты неуклонно снижает возрастную ценз для имплантации интраокулярных линз (ИОЛ). Однако если целесообразность максимально раннего удаления врожденной катаракты с целью профилактики развития необратимой амблиопии не подлежит сомнению, то дискуссии о безопасности и эффективности первичной имплантации ИОЛ у

детей грудного возраста, даже в случаях лечения монокулярных врожденных катаракт, продолжают.

Целью настоящего исследования явился анализ результатов имплантации ИОЛ у детей первого полугодия жизни с врожденными катарактами.

Материал и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 42 детей (67 глаз) в возрасте от 1,5 до 6 месяцев с двусторонними (25 детей) и односторонними (17 детей) врожденными катарактами. У 10 детей катаракта сочеталась с косоглазием (24%), и у 5 – с нистагмом (12%). Основным критерием отбора пациентов выступали неосложненное течение операции и интракапсулярная фиксация ИОЛ при сохранной задней капсуле. Оптическая сила имплантируемой ИОЛ была на 20–25% меньше ее расчетной силы. В послеоперационном периоде подбирали дополнительную очковую или контактную коррекцию, меняя ее в соответствии с рефракцией растущего глаза, и назначали окклюзию в соответствующем режиме. Плановые обследования в условиях общей анестезии проводили каждые 3 месяца в первый год после операции, далее 1–2 раза в год. Учитывая ранний возраст детей, функциональные результаты оценивали по косвенным признакам (появление устойчивой зрительной фиксации, прослеживающих реакций, уменьшение угла косоглазия, нистагма). Длительность наблюдения составила от 1 года до 6 лет.

Результаты. Ранний послеоперационный период отличался спокойным течением. Из особенностей отдаленных сроков наблюдения необходимо отметить формирование вторичной катаракты через 3–6 месяцев после операции у всех пациентов (100%). Соответственно, на всех глазах была проведена задняя капсулэктомия в сочетании с передней витректомией. На 5 глазах (7%) в сроки от 3 до 6 месяцев на передней поверхности ИОЛ были выявлены нежные беспиговые преципитаты. Другие осложнения в исследуемой группе отсутствовали. Необходимо отметить, что при анализе результатов первичной имплантации ИОЛ у детей первого полугодия жизни, офтальмохирурги указывают на развитие таких тяжелых осложнений, как глаукома – до 19% (Plager D.A. et al., 2011; N. Weil, S.R. Lambert, 2015), выраженная поздняя экссудативная реакция – до 12,9% (Жеков А.К., Боброва Н.Ф., 2015) и др. Однако авторами были проанализированы результаты первичной имплантации, независимо от наличия интраоперационных осложнений и особенностей фиксации ИОЛ. На наш взгляд, отсутствие значимых проблем, отмеченных другими авторами в качестве наиболее характерных для первичной имплантации ИОЛ у детей младшей возрастной группы как в ранние, так и в отдаленные послеоперационные сроки, связано, по всей вероятности, с неосложненным течением операции в группе исследования. Зрительная фиксация с первых дней после операции отмечена у всех детей. У пациентов с нистагмом через 1–1,5 месяца после операции зафиксировано снижение его амплитуды, причем в течение последующих 5–6 месяцев амплитуда продолжала уменьшаться у значительного числа больных. Что касается косоглазия, то угол отклонения прооперированного глаза на фоне проводимой окклюзии и «докоррекции» также уменьшился у 11 из 14 детей. Визометрия проведена 9 детям на 16 глазах (7 детей – двусторонняя катаракта, 2 ребенка – монолатеральная). У всех детей с двусторонней артифакцией острота зрения с максимальной коррекцией находилась в пределах 0,4–0,6. При одностороннем процессе – не превышала 0,1 у обоих детей.

Заключение. Полученные результаты подчеркивают значимость неосложненного течения операции и интракапсулярной фиксации ИОЛ для безопасной и эффективной первичной имплантации ИОЛ у детей до 6 месяцев жизни. На наш взгляд, определенный вклад в

позитивный исход хирургического вмешательства оказала и простота ухода за детьми самой младшей возрастной группы ввиду их малой активности.

Собственный опыт использования имплантируемых венозных порт-систем у детей с онкологическими заболеваниями в условиях многопрофильного стационара

Ольхова Л.В., Попов В.Е., Кондратчик К.Л., Полушкина О.Б., Карпов А.Б., Чигбаев М.Ж., Герасимов Э.Т.

Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Актуальность: Проблема обеспечения адекватного венозного доступа у детей с онкологической патологией в настоящее время становится все более актуальной. Это обусловлено тем, что одним из важнейших и наиболее продолжительным методом лечения онкологических заболеваний является химиотерапия, которая с каждым годом становится все более интенсивной и агрессивной и требует длительной инфузионной, дезинтоксикационной, сопроводительной и симптоматической терапии.

Цели и задачи. Оценить возможность и риски применения имплантируемых порт-систем для обеспечения длительного венозного доступа для обеспечения адекватного венозного доступа у детей со злокачественными новообразованиями.

Материалы и методы. С 2004 по 2014 гг. в Морозовской детской городской клинической больнице в отделении нейрохирургии произведено 167 имплантаций подкожных венозных порт-систем пациентам с нейроонкологической патологией в возрасте от 2 месяца до 17,5 лет (средний возраст пациентов был 4 года). Из них девочек – 83, мальчиков 84 (примерное соотношение 1:1). Во всех случаях имплантация венозных порт-систем проводилась в асептических условиях операционной, с применением общей анестезии и ЭОПа. Большинство порт-систем было установлено пункционно, и лишь малая часть (около 2%) открытым способом путем венесекции. Наиболее часто использовались инфузионные порт-системы «Celsite» фирмы B Braun, а также «Sitimplant» фирмы Vygon и С-порт фирмы PHS Medical. Правильность постановки порт-систем контролировалась интраоперационно с помощью ЭОПа либо в раннем послеоперационном периоде с использованием рентгенологического исследования грудной клетки.

Результаты и обсуждение. Сроки, на которые устанавливались порт-системы, зависели от проводимых курсов ПХТ и длительности лечения пациентов и составили в среднем 12 месяцев. Среди осложнений у 18 пациентов (10%) преобладали местные воспалительные изменения мягких тканей и инфицирование. В средах обогащения отмечен рост культур: *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Cryseomonas luteola*, *Enterobacter cloacae*, *Burkholderia cepacia*, *Rothia dentocariosa*, *Acinetobacter*, *Achromobacter xylosoxidans*, *Staphylococcus epidermidis*. Эти пациенты перенесли тяжелые цитопении (IV степени). Механические повреждения у одной пациентки: расстыковка порта от венозного катетера.

Выводы. Широкое использование имплантируемых венозных порт-систем обеспечивает постоянный адекватный доступ к сосудистому руслу пациентов, которые нуждаются в проведении интенсивной терапии. Развитие тяжелой цитопении в раннем послеоперационном периоде после имплантации венозного порта повышает риск его инфицирования.

Клинико-метаболическая характеристика синдрома Прадера-Вилли у детей: анализ 12 клинических случаев

Павловская Е.В., Строкова Т.В., Сурков А.Г.

Научно-исследовательский институт питания, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Актуальность. Синдром Прадера-Вилли – редкое врожденное заболевание, возникающее в результате отсутствия или недостаточного функционирования ряда генов на 15 отцовской хромосоме. Основными признаками синдрома являются морбидное ожирение, мышечная гипотония, гипогонадизм, умственная отсталость. Считается, что биохимические показатели углеводного и липидного обмена в данной группе пациентов остаются нормальными. Состояние основного обмена при синдроме Прадера-Вилли не изучено.

Цель. Изучить клинические проявления, нутритивный статус и основной обмен у детей с синдромом Прадера-Вилли.

Материалы и методы. В отделении педиатрической гастроэнтерологии, гепатологии и диетологии ФГБНУ «НИИ питания» в 2008–2014 гг. обследовано 12 детей с подтвержденным диагнозом синдрома Прадера-Вилли в возрасте 6–17 ($12,75 \pm 1,13$) лет, из них 4 девочки и 8 мальчиков. Диагноз подтвержден данными молекулярно-генетического исследования. Всем детям проведено клинико-антропометрическое обследование, оценка биохимических показателей углеводного и липидного обменов, изучение состава тела методом биоимпедансометрии.

У 8 пациентов исследованы показатели основного обмена методом непрямой респираторной калориметрии.

Результаты. У пациентов выявлена различная коморбидная патология: метаболический синдром у 1 ребенка, неалкогольная жировая болезнь печени у 7 детей, хронический гастродуоденит в сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью – у 1, артериальная гипертензия у 1, дисфункция билиарного тракта – у 4 детей. При объективном обследовании у 3 детей обнаружен черный акантоз, у 10 детей – стрии на коже. Индекс массы тела (ИМТ) составлял $41,23 \pm 3,18$ кг/м², Z-score ИМТ $5,2 \pm 0,5$. У 2 детей отмечалось ожирение II степени (Z-score ИМТ $2,6-3,0$), у 2 – III степени (Z-score ИМТ $3,1-4,0$), у остальных ожирение было морбидным (Z-score ИМТ $>4,0$). Средний показатель окружности живота – $119,5 \pm 6,9$ см, бедер – $129,2 \pm 8,5$ см. При анализе биохимических показателей крови у 2 детей выявлено повышение уровня АЛТ (44 и 61 ЕД/л), у 5 пациентов – дислипидемия в виде снижения уровня холестерина ЛПВП ($0,81 \pm 0,07$ ммоль/л), у 4 – гиперурикемия (464 ± 26 мкмоль/л). Среднее количество жировой массы составило $55,3 \pm 5,9$ кг, данный показатель превышал норму на $368 \pm 30\%$. Масса скелетной мускулатуры – $29,3 \pm 5,6$ кг, у 5 детей выявлено превышение нормы на $12,8 \pm 2,9\%$. Количество общей воды организма – $35,9 \pm 4,0$ кг, у 5 детей отмечалось повышение на $14,7 \pm 2,3\%$. Энерготраты покоя у детей обследованной группы составили 1526 ± 130 ккал/сутки, при этом у 5 детей выявлено снижение уровня энерготрат по сравнению с индивидуальной нормой, в среднем на $16,2 \pm 5,2\%$. Среднее значение скорости окисления жиров – $59,4 \pm 24,0$ г/сутки, у 3 детей этот показатель был снижен на $51,3 \pm 22,2\%$. Скорость окисления углеводов – $200,0 \pm 41,2$ г/сутки, снижение отмечено у 5 детей, на $42,5 \pm 6,3\%$. Скорость окисления белка была снижена у 5 детей, средний ее уровень составил $68,8 \pm 7,7$ г/сутки.

Выводы. У детей с синдромом Прадера-Вилли часто выявляется коморбидная патология, характерная для морбидного ожирения. У значительной доли детей обнаружена дислипидемия и гиперурикемия. Основной обмен в данной группе пациентов характеризуется снижением энерготрат покоя и скорости окисления энергоемких макронутриентов. Полученные результаты нужно учитывать при назначении лечения, в том числе диетотерапии, пациентам с синдромом Прадера-Вилли.

Особенности работы врачебной комиссии детской поликлиники

Павловская О.Г., Кузнецова Л.Ю., Привалова Н.В.

Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург

Согласно Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также приказа Минздрава России от 05.05.2012 г. №502 «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» в каждой медицинской организации сегодня работают врачебные комиссии.

Целью исследования явилось изучение основных направлений деятельности и нагрузки врачебной комиссии детской поликлиники. Задачей работы явилось упорядочение деятельности врачебной комиссии детской поликлиники.

Материалы и методы. Изучены основные показатели деятельности детской поликлиники №6 ГБУЗ «ГКБ №5» г. Оренбурга за 2014 год. Использованы статистический и аналитический методы.

Полученные результаты. Педиатрическое отделение состоит из 13 педиатрических участков. Укомплектованность врачами-педиатрами составила 92,3%, участковыми медицинскими сестрами – 100%. По данным переписи обслуживаемое население на 1 января 2014 года составило 11 120 детей. В детской поликлинике были созданы подкомиссии врачебной комиссии по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности; лечебно-контрольная; по вопросам лекарственного обеспечения; по отбору пациентов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи. В течение года систематически проводилась экспертиза качества работы врачей-педиатров со здоровыми детьми всех возрастов. Работа с детьми первого года жизни анализировалась в 100% случаев в возрасте 1 месяц, 6 месяцев и в 1 год с оформлением в форме №112 заключения о состоянии здоровья и рекомендаций по наблюдению. Посещение новорожденных в первые 3 дня после выписки из родильного дома были выполнены в 100% случаев врачом-педиатром участковым и медицинской сестрой. Проводился контроль за охватом новорожденных детей скринингами: неонатальный скрининг охватил 100% детей, аудиологический – 100% детей, функциональный скрининг (ЭКГ, УЗИ внутренних органов, щитовидной железы, тазобедренных суставов, НСГ) – 100% детей первого года жизни. Проводился отбор случаев для подачи на оплату по родовым сертификатам (своевременность наблюдения, качество, сроки подачи). В течение года осуществлялся контроль вскармливания детей, по показанию проводился перевод детей на смешанное и искусственное вскармливание, шел контроль выписки бесплатных рецептов в аптеку на детское питание. Качество работы со здоровыми

детьми других возрастов проверялось выборочно по всем врачам. Выборочно проверялась документация при оформлении ребенка в детские сады и школы. Проводился контроль передачи 18-летних подростков во взрослую поликлинику. Экспертная оценка качества работы с больными детьми проведена в 35,58% законченных случаях (норматив регионального министерства здравоохранения – 30%). В результате проверки уровень качества лечения, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, по врачам-педиатрам составил 95,7%, по врачам-специалистам – 96,0%. Прошло 247 заседаний врачебной комиссии. Принято 2188 детей. При этом основная часть детей получила справки – 57,1% (по поводу щадящей аттестации, обучения на дому, специальной медицинской группе по физкультуре, справки на санаторно-курортное лечение и т.д.). 23,3% детей оформлены санаторно-курортные карты. 11,4% детей заверены льготные рецепты (при этом дополнительные заявки оформлены в 1,2% случаев). Направлено на МСЭ 4,1% от числа всех обратившихся на врачебную комиссию, из них на освидетельствование 1,0%, переосвидетельствование – 1,0%. Обращения по поводу продления листов нетрудоспособности по уходу за больным ребенком составили 1,6% обращений на комиссию, выданы дубликаты для 1,7% обратившихся. Получили листки нетрудоспособности по уходу за больным ребенком 0,1% от числа обратившихся на врачебную комиссию. Проведены консультации в 0,7% случаев.

Выводы: отмечается высокая потребность в работе врачебной комиссии детской поликлиники, которая работает практически ежедневно. Основная доля обращений в комиссию связана с выдачей различных справок, санаторно-курортных карт и утверждением льготных рецептов. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности в детской поликлинике составляет не менее 30% законченных случаев.

Вальпроат-синдром у новорожденного (клинический случай)

Паунова С.С., Донин И.М., Бусова Е.С., Семина И.В., Лившиц М.И., Попов В.Е., Левов А.В., Макулова А.И., Стенина О.И.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Ежегодно около 0,3–0,4% детей рождается от матерей, страдающих эпилепсией. Применение противосудорожных препаратов у женщин, страдающих эпилепсией, приводят в 4–10% к развитию врожденных аномалий у плода. Тератогенный эффект вальпроатов обусловлен высокой степенью их диффундирования через плаценту. Это приводит к прямому влиянию вальпроатов на митохондрии, на экспрессию генов NANOG, OCT4 и PAX6, к нарушению метилирования лизина 4 и 27 в H3 гистоне, что влечет нарушение закрытия нервной трубки на 22–23-й день гестации и формирование врожденных пороков ЦНС. В 1984 г. Di Liberti JH объединил особенности фенотипа и психоневрологического развития 7 детей, родившихся от матерей, получавших лечение эпилепсии на протяжении всей беременности вальпроатом натрия, в понятие «фетальный вальпроат-синдром» (ФС).

Под нашим наблюдением находилась девочка (д.р. 08.09.2014), рожденная от матери 32 лет, страдающей эпилепсией в течение

11 лет (с 2003 г.) и получающей непрерывно противосудорожную терапию препаратами вальпроевой кислоты (Депакин) и карбамазепином (Финлепсин) в стандартной дозировке. Во втором триместре беременности отмечался эпилептический статус. Порок развития плода выявлен в 13 недель гестации. Роды первые, срочные, оперативные, в тазовом предлежании. Вес при рождении 3780 г, рост 57 см, окружность головы 35 см, груди – 36 см. Оценка по шкале Апгар — 7/5 баллов. При рождении произошел разрыв оболочек спинномозговой грыжи, ликворея, чем и обусловлено значительное ухудшение состояния ребенка со снижением оценки по шкале Апгар. Фенотип девочки был характерен для вальпроат-синдрома, выявлена двухсторонняя дисплазия. В неврологическом статусе – рефлексы новорожденных удовлетворительные; ползания, опоры не вызываются в связи с развитием нижнего парапареза. Девочка в тяжелом состоянии в 1-е сутки жизни поступила в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных Морозовской детской клинической больницы, а затем в отделение нейрохирургии, где ей была произведена экстренная операция иссечения менингомиелорадикулоцеле пояснично-крестцового отдела позвоночника с пластикой твердой мозговой оболочки и апоневроза искусственной мембраной. В течение 3 дней ребенок находился в реанимации новорожденных, затем была переведена в отделение неонатологии, неврологии и микрохирургии для детей грудного возраста, где получала антибактериальную терапию, инфузионную терапию. На второй день после операции у ребенка развилась преренальная острая почечная недостаточность с максимальным увеличением концентрации в крови мочевины до 17 ммоль/л и креатинина до 360 мкмоль/л к 10-му дню послеоперационного периода. В биохимических анализах крови выявлена однократная гиперкальциемия до 3,59 ммоль/л при существенном снижении экскреции с мочой натрия, хлора, кальция, повышении экскреции с мочой фосфора, глюкозы и белка. Указанные нарушения электролитного баланса, глюкозурия и микропротеинурия были расценены как возможное поражение канальцевого аппарата у ребенка, длительно находившегося под влиянием вальпроатов (транзиторный синдром Фанкони). Девочка переведена на искусственное вскармливание адаптированной смесью. В комплекс антибактериальной и инфузионной терапии был включен Элькар. В результате проведенного лечения состояние девочки значительно улучшилось. Существенно уменьшилась азотемия. Однако сохранялись признаки канальцевых расстройств в виде сохраняющейся повышенной фосфатурии на фоне глюкозурии, микропротеинурии, снижения концентрации натрия, хлора, кальция. Ребенок выписан по месту жительства под наблюдением педиатра, нефролога, невропатолога с диагнозом: Врожденный порок развития ЦНС (менингомиелорадикулоцеле пояснично-крестцового отдела). Вальпроат-синдром. Острая почечная недостаточность (стадия восстановления функции почек). Транзиторная тубулопатия. Двухсторонняя дисплазия тазобедренных суставов.

В заключение следует отметить, что данный клинический случай свидетельствует о тератогенном влиянии производных вальпроевой кислоты на плод. В связи с этим при лечении беременных женщин, страдающих эпилепсией, следует дифференцированно подходить к подбору противосудорожной терапии. Дети, рожденные от матерей, страдающих эпилепсией, в последующем нуждаются в катamnестическом наблюдении для оценки функционального состояния органов мочевой системы (почек и мочевыводящих путей) в связи с риском развития тубулярных нарушений.

Аллергические заболевания у детей с хроническим гастритом, ассоциированным с геликобактериозом

Печкина К.Г., Устькачкинцев В.А., Лобанов Ю.Ф., Латышев Д.Ю.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Цель исследования: Установить распространённость аллергических заболеваний у детей с хроническим гастритом, ассоциированным с геликобактериозом.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 120 детей, 90 – страдающих хроническим гастритом, из которых было сформировано 3 подгруппы: 32 ребенка с положительными результатами гистологического исследования (и/или уреазного теста) и положительным тестом на наличие антител к *CagA* *H.pylori*, средний возраст 12,1±2,1 лет; 2 подгруппа – 28 детей с положительными результатами гистологического исследования и отрицательным тестом на наличие антител к *CagA* *H.pylori*, средний возраст детей 11,1±1,8 лет; и 3 подгруппа – 30 детей с отрицательными результатами гистологического исследования и отрицательным тестом на наличие антител к *CagA* *H.pylori*, средний возраст детей 11,5±2,3 лет.

Результаты исследования. При анализе распространенности аллергических заболеваний среди больных с разными формами хронического гастрита, установлено, что среди детей, инфицированных *H.pylori*, аллергические проявления отмечены у 21,7% от числа обследования, что незначительно выше, чем во второй группе, где аллергическими заболеваниями страдали 16,7% детей, но статистически различия недостоверны. Что касается отдельных нозологических форм, то наиболее часто у больных, инфицированных *H.pylori*, отмечались проявления атопического дерматита – 10% от числа обследованных, и проявления пищевой аллергии – также 10% от числа обследованных детей. Подобные закономерности характерны и для детей из второй группы. Следует отметить, что крапивница отмечена только у 1,7% детей из первой группы. Бронхиальная астма и аллергический ринит не отмечены ни у одного из пациентов, включенных в исследование. При анализе распределения больных с аллергическими проявлениями среди больных, инфицированных разными штаммами *H.pylori*, установлено, что аллергические проявления в подгруппе больных, инфицированных *CagA*-положительными штаммами *H.pylori*, отмечались почти в три раза чаще, чем в подгруппе детей, инфицированных «обычными» штаммами и в два раза чаще, чем среди детей, страдающих «негеликобактерным» гастритом. Так в первой подгруппе аллергические проявления отмечались у 31,2% детей, во второй – у 10,7%, а в третьей – у 16,7% детей, но статистически различия недостоверны. Достоверных различий по распространенности отдельных нозологических форм среди указанных подгрупп также не выявлено. При оценке уровня общего иммуноглобулина Е установлено, что повышение значения данного показателя выше нормативных значений отмечалось только среди детей, страдающих *H.pylori* – ассоциированным гастритом – у 6,7% детей данной группы. В целом, средний уровень иммуноглобулина Е был также несколько выше в группе детей с геликобактерным гастритом, причем, за счет подгруппы детей, инфицированных *CagA*-положительными штаммами *H.pylori*, но статистически различия недостоверны.

Заключение. Таким образом, у больных, инфицированных *CagA*-положительными штаммами *H.pylori*, отмечена наибольшая частота

сопутствующих аллергических заболеваний, и достигает 30% от числа обследованных. Все случаи повышения уровня общего иммуноглобулина Е отмечены в группе детей, страдающих геликобактерным гастритом, причем вызванном также *CagA*-положительными штаммами *H.pylori*.

Лапароскопические резекции кишечника у детей с болезнью Крона

Поддубный И.В., Врублевский С.Г., Алиева Э.И., Козлов М.Ю., Трунов В.О., Щербакова О.В., Горохов Д.В., Кравчук С.В., Глазунов А.А., Мордвин П.А., Куренков И.В.

Морозовская детская городская клиническая больница, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

В исследование включено 19 детей с болезнью Крона, которым за период с 2005 по 2015 год были выполнены различные лапароскопические операции в связи с наличием у детей хирургических осложнений данного заболевания. Самым младшим среди пациентов был ребенок 4 лет. Наибольшее количество детей вошло в возрастную группу от 12 до 17 лет (17 пациентов), кроме того, один ребенок был оперирован в возрасте 10 лет. Первичное обследование проводилось в отделении гастроэнтерологии нашей больницы, где и был установлен или подтвержден диагноз болезни Крона различной локализации. Основными клиническими данными, определяющими показания к оперативному вмешательству, было наличие непроходимых для эндоскопа стенозов ЖКТ, задержка контрастного вещества в зоне супрастенотического расширения. У 16 детей (84%) отмечался болевой синдром и синдром пальпируемой опухоли в правой параумбиликальной и подвздошной области, у 15 (78%) – разжиженный многократный стул, а у 11 (57,8%) отмечалось значительное истощение вследствие потери веса, задержки роста. Локализация стриктуры была у большинства пациентов (16) в дистальном отделе подвздошной кишки (84%), в 3 случаях (16%) в проксимальных отделах тонкой кишки. У одного ребенка 13 лет было выявлено 2 стеноза (5,2% от общего числа наблюдений) – в дистальном отделе подвздошной кишки и в восходящей ободочной кишке. Все дети были оперированы с использованием лапароскопического доступа, дающего возможности полноценной ревизии брюшной полости, разделения инфильтрата, в случае его наличия, и точного определения границ поражения сегмента кишечника и объема резекции. Длительность госпитализации во всех случаях не превышала 10 суток (в среднем – 7 койко-дней). Восстановление пассажа по ЖКТ отмечено на 4–5 сутки после операции. Сразу после возобновления энтерального питания всем пациентам были назначены иммуносупрессивная терапия в возрастной дозировке.

Таким образом, болезнь Крона с поражением различных отделов ЖКТ не является ограничением или противопоказанием для выполнения лапароскопических резекций тонкой и толстой кишки, а даже напротив представляет, по нашему мнению, перспективную технологию, позволяющую свести к минимуму последствия и осложнения, связанные с применением лапаротомного доступа. По нашему мнению, предпочтительна концентрация данных пациентов в многопрофильных клиниках, обладающих значительным опытом лечения детей с ВЗК.

Эндохирургическое лечение осложнений деструктивного панкреатита у детей

Поддубный И.В., Врублевский С.Г., Трунов В.О., Мордвин П.А., Куренков И.В., Глазунов А.А., Горохов Д.В.

Морозовская детская городская клиническая больница, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Кистозные поражения поджелудочной железы относятся к аномалиям структуры и составляют 0,3% от всей абдоминальной хирургической патологии.

Целью данной работы является анализ результатов лечения детей с кистами поджелудочной железы при помощи малоинвазивной техники, которые сформировались в результате перенесенного панкреонекроза. В период с 2012 по 2015 гг. в Морозовской ДГКБ было выполнено 8 оперативных вмешательств из эндоскопического доступа по поводу кист поджелудочной железы у детей различной локализации, которые сформировались в результате перенесенного деструктивного панкреатита. Изначально все они были направлены к хирургу эндокринологом после проведенного УЗИ в рамках обследования. Пациенты с данной нозологией предъявляли жалобы на полидипсию, полиурию и сухость кожных покровов. Всем им был выставлен диагноз сахарный диабет I типа. В результате дообследования в условиях хирургического отделения (КТ с двойным контрастированием, МРТ в режиме МРХПГ) были сформулированы показания и разработана тактика проведения оперативного лечения. 4 (50,0%) детям с кистами в головке и теле органа была выполнена дренирующая операция – цистоеюностомия на отключенной кишке по Ру, после выполнения которой рецидивов и осложнений выявлено не было. 2 (25,0%) детям с кистой в области хвоста поджелудочной железы была произведена экономная резекция хвоста вместе с кистой, при выполнении данного вида операций также осложнений и рецидивов не отмечалось. 2 (25,0%) детям с кистой хвоста органа было выполнено вылушивание последней, в 1-ом из этих случаев через 1 месяц после операции произошёл рецидив кисты, данный случай был нами расценен как формирование ложной кисты, в результате излития панкреатического сока в парапанкреатическую клетчатку. В дальнейшем данному ребенку была произведена лапароскопическая цистоеюностомия.

В результате анализа накопленного материала были сделаны следующие выводы, что наиболее патогномичным методом хирургического лечения кист поджелудочной железы, расположенных в головке и теле является операция внутреннего дренирования. При локализации кист в области хвоста поджелудочной железы предпочтение отдается радикальным операциям. Данные операции выполнялись только из эндоскопического доступа в 70,0% случаев или при необходимости при помощи видеоассистированной методики в 30,0%, где для наложения тонко-тонкокишечного анастомоза производилась минилапаротомия. Среднее количество дней, проводимое детьми после проведенной лапароскопической операции, составляло 12 суток. Таким образом, при выполнении операций из лапароскопического доступа достоверно известно, что снижается болевой абдоминальный синдром в послеоперационном периоде, обеспечивается раннее восстановление функции кишечника, уменьшается интраоперационная кровопотеря, предотвращается риск развития послеоперационного панкреатита, снижается риск развития рецидива, в более ранние сроки происходит стабилизация

уровня глюкозы в крови, уменьшается количество койко-дней нахождения пациента в отделении реанимации и стационаре в целом, тем самым данные факты положительно сказываются на экономическом состоянии клиники.

Первый опыт применения Fast Track в детской колопроктологии

Поддубный И.В., Щербакова О.В., Врублевский С.Г., Трунов В.О., Козлов М.Ю., Горохов Д.В., Кравчук С.В., Глазунов А.А., Мануян С.Р.

Морозовская детская городская клиническая больница, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Концепция ускоренного восстановления больных после операций, сокращенно Fast Track или ERAS (Enhanced Recovery After Surgery), в последние годы активно внедряется во взрослой колопроктологии. Введение в практику современных протоколов ведения пациентов, благодаря стандартизованному использованию наиболее эффективных манипуляций и подходов, приводит к снижению числа осложнений, уменьшению длительности койко-дня и стоимости лечения, а также к повышению удовлетворенности пациентов. Однако у детей с колопроктологической патологией оптимизирующие методики при плановых операциях применяются с осторожностью и до настоящего времени не описаны в доступной литературе.

Целью данной работы являлся анализ результатов внедрения протокола Fast Track у детей с колопроктологической патологией. Материалы и методы. С октября 2014 по октябрь 2015 г. в отделении неотложной хирургии МДГКБ были прооперированы 43 ребенка с врожденной и приобретенной патологией толстой кишки, в возрасте от 6 месяцев до 17 лет, которые были включены в программу оптимизированного подхода. Из них – 21 пациент с болезнью Крона, 6 с язвенным колитом, 11 с болезнью Гиршпрунга, 4 с аноректальной атрезией и 1 девочка с семейным аденоматозным синдромом. Использовались основные важные пункты концепции FastTrack – многокомпонентная мультимодальная сбалансированная анестезия (с эпидуральным блоком), обезболивание пациентов с минимальным применением наркотических анальгетиков, профилактика послеоперационной тошноты и рвоты, ранний перевод из реанимации в палату интенсивной терапии отделения, а также максимально раннее начало энтерального кормления. Интраоперационно поддерживалась нормотермия, нормоволемия и минимизирована кровопотеря. Ограниченно применялись абдоминальные дренажи и кратковременно использовались назогастральные зонды после операций, стимуляция кишечника – по необходимости проводилась с 1-х суток. В послеоперационном периоде обеспечивалась ранняя мобилизация больных – начиная с первых суток после операции, рано удалялся уретральный катетер. Кроме того, минимизировалось время пребывания в стационаре перед операцией.

Результаты. Проведено 17 лапароскопических операций и 26 открытых операций с минилапаротомным доступом. Послеоперационные осложнения отмечены у 2 пациентов, из них у 1 с болезнью Гиршпрунга – стеноз колоанального анастомоза и у 1 ребенка с болезнью Крона – кишечные свищи, самостоятельно зажившие на фоне специфической противовоспалительной терапии основного заболевания. У 2 с язвенным колитом отмечен парез кишечника

в первые сутки, потребовавший проведения дополнительных консервативных мероприятий. Выписка проводилась в сроки 5–7 (15 пациентов) или 8–9 дней (25 детей) после операции.

Заключение. На основании проведенного анализа доказана возможность безопасного внедрения оптимизированного протокола ведения пациентов в плановой детской колопроктологии. Переход к подобному ускоренному периоперационному ведению детей требует понимания основ концепции и серьезного изменения рутинной врачебной практики. Возможно поэтапное внедрение данной концепции FastTrack группой специалистов (хирург, анестезиолог, реаниматолог, медицинские сестры) на определенной группе пациентов, что позволяет сократить сроки пребывания детей в стационаре, сохраняя эффективность лечения.

Случай туберозного склероза почек

Ромаданова Е.М., Маковецкая Г.А., Барнинов В.Н., Седашкина О.А., Краснова О.Г., Баранникова Е.А.

Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина, Самара

Туберозный склероз – полисистемное, генетическое заболевание, при котором доброкачественные опухоли (гамартомы) выявляются в различных органах, в том числе, головном мозге, глазах, коже, сердце, почках и печени. Передается аутосомно-доминантным путем. Причины: мутации в генах, локализованных на 9-й и 16-й хромосомах. В зависимости от измененного гена различают два типа патологии TSC1 и TSC2 генах, которые подвергают кодировке два белка – гамартин и туберин. Эти гены относятся к числу опухолевых супрессоров, которые не позволяют развиваться патологическим заболеваниям и ограничивают избыточный рост тканей. Заболевание относится к группе орфанных болезней и встречается с частотой 1–9/100000.

Цель сообщения: представить особенности развития и диагностики случая туберозного склероза почек как орфанного заболевания у ребенка 13 лет.

Материалы и методы: медицинская документация, касающаяся динамического наблюдения пациента с туберозным склерозом почек в отделении нефрологии СОКБ им. В.Д. Середавина. Анамнез заболевания: ребенок болен с 2-летнего возраста, в связи с появлением приступов эпилепсии, не поддающихся лечению антиконвульсивными препаратами. Девочка обследована в Московском НИИ педиатрии и при проведении компьютерной томографии почек выявлены множественные мелкие очаги жировой плотности (липомы), а также единичные атипичные кисты. Выставлен диагноз: туберозный склероз. Симптоматическая эпилепсия. Множественные ангиомиолипомы почек. Хроническая болезнь почек I стадии. С тех пор девочка наблюдается в Москве и по месту жительства. Анамнез жизни. Ребенок от II беременности, II срочных родов. Масса при рождении 3500 грамм, рост 51 см. Беременность протекала без особенностей. Ребенок находился на грудном вскармливании до 1 года. Профилактические прививки по индивидуальному календарю. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, простудные заболевания. Семейный анамнез не отягощен. Данные объективного обследования: возраст 13 лет. Рост 153 см (IV кор). Вес 40 кг (III кор). Нормосомия. Клинические проявления туберозного склероза: ангиофибромы лица, гипопигментные пятна на туловище. Проведено обследование: УЗИ почек – признаки

множественных очаговых изменений паренхимы почек (по эхографической картине – множественные ангиомиолипомы). Эхоструктура неоднородная с обеих сторон, за счет множественных округлых образований, повышенной эхогенности, с четким достаточно ровным контуром, однородной структурой, различных размеров справа 17x18мм, слева 14x12мм. Компьютерная томография почек: в паренхиме обеих почек определяются множественные мелкие очаги жировой плотности (липомы) максимальный размер которых 3–4 мм, а также единичные атипичные кисты (гамартомы), которые на нативных сканах имеют плотность выше окружающей паренхимы почек, размеры 11–12 мм. Экскреторная урография: расположение почек обычное. Форма и размеры не изменены. Выделительная функция почек сохранена. Микционная цистография: рефлюксы не отмечены. Общий анализ крови: гемоглобин 117 г/л, лейкоциты 4,4x10⁹ в л. Общий анализ мочи: P1018, прозрачная, белок 0,36 г/л, лейкоциты 0–5 в п/зр, эритроциты отр. Биохимический анализ крови: общий белок 71,5 г/л, альбумины 40,7 мм/л, мочевины 7,1 ммоль/л, креатинин 52,4 мкмоль/л; холестерин 3,4 ммоль/л, кальций 2,57 ммоль/л, фосфор 1,51 ммоль л, натрий 139,0 ммоль/л, калий-4,3ммоль/л, АЛАТ 5,0 U/L, АСАТ 18,9 U/L, АСЛО 25,8 МЕ/мл. Проба по Зимницкому: 1003–1025. Моча на микроальбуминурию – 7,9мг/л. Суточная потеря белка 0,099 г/л, суточный диурез: 1100 мл. Проба Реберга СД 700 мл, креатинин крови 52,4 мкмоль/л, креатинин мочи 5,26 ммоль/сут, минутный диурез 0,49 мл/мин, клубочковая фильтрация 35,9 мл-мин, канальцевая реабсорбция 98,6%. При перерасчете на поверхность тела КФ 75 мл/мин. При перерасчете по Шварцу СКФ 98 мл-мин. Клинический диагноз: Туберозный склероз. Множественные ангиомиолипомы почек. Хроническая болезнь почек I стадии. Сопутствующий: симптоматическая эпилепсия. Лечение: девочка получала симптоматическое лечение: финлепсин ретард, на фоне чего приступы не беспокоят, ингибитор АПФ (каптоприл). Заключение: заболевание, туберозный склероз, у ребенка выявлено на втором году жизни и протекает с поражением головного мозга, кожи, почек, открытым остается вопрос о ранней диагностике заболевания и разработке фармакологических препаратов патогенетического действия.

Актуальность аллерген-специфической иммунотерапии (АСИТ) в условиях стационара

Романова Л.А., Фисенко А.П., Варнахина О.А., Корнопелева Л.С., Вехова Н.В.

Медицинский центр Управления делами президента, Центральная клиническая больница с поликлиникой, Москва

В настоящее время, наряду с классическими курсами подкожной АСИТ водно-солевыми аллергенами, появилось несколько новых вариантов проведения АСИТ современными аллергенами, как для подкожной АСИТ – депонированные аллергены (Фосталь, Алюсталь, Франция), так и для сублингвальной АСИТ – аллергены Сталораль и Оралеир (Франция), «Севафарм» (Чехия), алергоиды Лайс Грасс и Лайс Дерматофогоидес (Италия). Преимуществом этих аллергенов является снижение их аллергенности и частоты побочных эффектов, редкие посещения аллерголога, что позволяет проводить лечение в амбулаторных условиях. Однако существует ряд детей с аллергическими заболеваниями, которым может проводиться АСИТ только в условиях стационара водно-солевыми аллергенами. Цель. Помочь врачу-аллергологу поликлиники выбрать возможный

способ АСИТ, подкожный или сублингвальный; а также вычлнить группу детей, которым АСИТ предпочтительно проводить в условиях стационара.

Задачи. Выработать критерии отбора детей для проведения АСИТ в условиях стационара. **Материалы и методы.** В нашем отделении за 4 года пролечено 148 пациентов в возрасте от 4 до 15 лет с бронхиальной астмой, поллинозом, круглогодичным аллергическим ринитом. Лечение проводилось подкожным введением водно-солевых аллергенов домашней пыли, пыльцы деревьев, луговых и сорных трав по ускоренной схеме специально обученной процедурной медсестрой под контролем врача-аллерголога.

Результаты. Срок госпитализации составил от 12 до 20 дней. Большие сроки лечения отмечены в группе детей с тяжелым течением основного заболевания и высокой степенью сенсибилизации. Проведение АСИТ в стационаре позволяло довести лечение до максимально переносимых доз, что увеличивало суммарную дозу введенного аллергена и, соответственно, повышало эффективность лечения. После выписки проводились поддерживающие курсы АСИТ в условиях дневного стационара, что также повышало эффективность лечения. У всех детей в катмнезе после АСИТ отмечена положительная динамика в течении аллергического заболевания: у 70% детей достигнут полный, у 30% частичный контроль, что позволило значительно уменьшить объем медикаментозной терапии. У детей с тяжелой бронхиальной астмой, получающих ИГКС, удалось снизить дозу кортикостероидов или отменить их. Эффект от лечения выше у детей с небольшим сроком заболевания и ограниченным спектром сенсибилизации. Своевременно проведенная АСИТ предупреждает переход легких форм в более тяжелые и трансформацию аллергического ринита в бронхиальную астму.

Выводы. Критерии отбора детей аллергологом поликлиники для проведения АСИТ в условиях стационара. 1. Тяжелая бронхиальная астма, на фоне ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС). 2. Дети, у которых были выраженные местные реакции при сублингвальной АСИТ, что не позволило закончить терапию. 3. Дети с выраженными местными реакциями на подкожное введение аллергенов. 4. Отсутствие клинического эффекта после предшествующих амбулаторных курсов сублингвальной АСИТ. 5. Дети из семей, в которых невозможно организовать регулярную и контролируемую АСИТ, в том числе материально необеспеченные семьи. 6. Пациенты, не соблюдающие диету с исключением перекрестных пищевых аллергенов, в связи с чем у них отмечаются выраженные местные и возможны общие реакции.

Таким образом, курс АСИТ в условиях стационара, в том числе детям с тяжелой бронхиальной астмой, получающих ИГКС, проводится ускоренно в короткие сроки, позволяет достичь высоких суммарных доз при минимизации риска побочных эффектов.

Наблюдение детей с подтвержденным молекулярно-генетически диагнозом синдрома Марфана

Румянцева В.А., Рогожина Ю., Залязьминская Е.В.

Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского, Москва

Введение. Синдром Марфана (СМ) является наследственным, аутосомно-доминантным заболеванием, характеризующимся

генерализованным поражением соединительной ткани (частота 2–3 на 10 000 человек), обусловленное дефектами синтеза фибрина FBN1.

Цель работы: молекулярно-генетическое исследование при СМ позволяет провести уточняющую диагностику для профилактики кардиогенной внезапной смерти (разрыв и расслоение аневризмы аорты), выбор тактики наблюдения и лечения, назначения геноспецифической терапии.

Клинические исследования и методы: под нашим наблюдением находились 12 детей с марфаноидным фенотипом в возрасте от 3,5 мес. до 16 лет, у которых не выполнялись международные Гентские критерии для СМ. У 7 пациентов был семейный анамнез, наличие одного из родителей с СМ. Мы провели полное обследование пациентов, используя клинко-генеалогический метод, анамнез болезни и жизни пациента, клинического обследования больного и членов его семьи (эхокардиография, доплеровское исследование сосудов, ЭКГ, суточное ХМ, рентгенография). ДНК-диагностика была проведена у 8 пациентов.

Результаты. У 7 пациентов был подтвержден диагноз СМ, так как были выявлены мутации в гене FBN1, у одного пациента была выявлена мутация в гене SMAD4. Патологический характер замен подтверждался с помощью биоинформатического анализа с помощью ресурсов Chromas, NetGene2, PolyPhen2, литературных данных. Все пациенты находятся в группе динамического наблюдения: регулярно (не реже 1 раз в год) осматриваются кардиологом, офтальмологом, ортопедом, неврологом, генетиком, проводят ЭХО-КГ, ЭКГ, при необходимости доплеровское исследование сосудов, суточное ХМ. На каждой консультации с пациентами обсуждаются особенности образа жизни, физической активности, возможных ограничений при этом заболевании. По мере необходимости проводится консультация психотерапевта. Одной пациентке с мутацией p.Glu1811* в возрасте 7 лет была профилактически назначена комбинированная терапии (бета-адреноблокаторами и ингибиторами рецепторов к ангиотензину II) в связи расширением восходящей аорты (с 3,0 до 3,5 мм) в течение года.

Заключение. Основной задачей проведения ДНК-диагностики является своевременное подтверждение диагноза СМ, оптимизация планирования лечебных мероприятий с целью стабилизации состояния и отодвигание сроков хирургических вмешательств к более старшему возрасту.

Особенности ведения тяжелых форм пневмоний в условиях многопрофильного стационара

Савенкова М.С., Врублевский С.Г., Персиянинова Е.С., Куренков И.В.

Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Цель: внебольничная пневмония (ВП) – одно из наиболее распространенных инфекционных заболеваний в мире и РФ. У детей с рождения до 17 лет пневмония занимает третье место в структуре смертности (после внешних факторов и пороков развития), при этом общее количество больных пневмонией растет. Учитывая это, необходимо придерживаться сформулированного и утвержденного алгоритма обследования и ведения детей с тяжелыми формами пневмоний, четко определять критерии своевременности и необходимости хирургического участия с целью профилактики развития легочно-плевральных осложнений.

Материалы и методы. По данным МДГКБ, за 2011 год в стационар были госпитализированы и получали лечение по поводу пневмонии 230 чел, в 2013 году — 551 человек, в 2014 году эта цифра возросла до 830 случаев пневмоний различной степени тяжести, включая деструктивные ее формы. Проблема развития тяжелых форм пневмоний, несмотря на наличие современных методов этиотропной диагностики и лечения, является особо актуальной на сегодняшний день. Для осуществления профилактики развития деструктивных форм пневмонии, предупреждения септических осложнений, необходимо оценивать факторы риска на разных этапах оказания медицинской помощи, такие как преморбидный фон, позднее обращение за медицинской помощью, ранний возраст, назначение АБ терапии спустя 3 суток от начала заболевания, резистентность возбудителя к назначаемой антибактериальной терапии, частая последующая диагностика микст-инфекции. Микробиологический анализ, проведенный в стационаре, свидетельствует о том, что в начале заболевания ведущая роль в этиологии острой гнойной деструктивной пневмонии (ОГДП) принадлежит вирусной и бактериальной инфекции, и чаще всего — стафилококку. Значение стрептококка в этиологии ОГДП в начале заболевания не так велико, но при поступлении в хирургические отделения микробиологическая картина может меняться, отмечается ассоциация микроорганизмов с преобладанием грамотрицательной флоры. Можно думать, что это связано с изменением лидирующей монокультуры в результате лечебных манипуляций, с изменением реактивности организма и присоединением микст-инфекции. Течение ОГДП было наиболее тяжелым у больных, имеющих смешанную микрофлору, в отличие от больных с грамположительной или грамотрицательной монокультурой. Сложность лечения детей с тяжелыми формами пневмоний объясняется отсутствием своевременной этиологической диагностики, нерациональным выбором антибактериальной терапии на старте лечения, несвоевременным проведением хирургического вмешательства и другими факторами, а также тем, что необходимо совершенствовать взаимодействие между педиатрами и хирургами. Обязательными этапами в лечении являются: полноценная хирургическая санация очага инфекции и адекватная антимикробная терапия. В связи с этим, особое внимание хирурги сосредоточили на внедрении в практику органосохраняющих методов эндоскопической хирургии. За 2014 год по данным ГБУЗ МДГКБ стационарное лечение по поводу острой пневмонии получило 830 детей, с тяжелым течением 140 человек, из них у 14% (21 человек) отмечались легочно-плевральные осложнения, потребовавшие торакоскопической санации в условиях хирургического отделения. Скоординированное взаимодействие с хирургической службой плюс адекватная консервативная терапия с учетом возбудителя, мониторинг результатов лабораторно-инструментальных методов обследования, позволяет добиться положительной динамики в состоянии данной группы больных.

Заключение. Выбор методов лечения и обследования, или их сочетание, определяется формой легочного или легочно-плеврального процесса, особенностями его клинического течения у каждого конкретного ребенка. Тем самым формируется индивидуальный подход в ведении больного, что обеспечивает успех в его лечении.

Клинико-лабораторные показатели у детей с экстремально низкой массой тела и хориоамнионитом в плаценте

Сапотицкий А.В., Артюшевская М.В., Валентюкевич И.С., Шишко Г.А.

Белорусский государственный медицинский университет, Белорусская медицинская академия последипломного образования, Клинический родильный дом Минской области, Минск, Беларусь

Введение. Дети с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) при рождении (менее 1000 грамм) представляют собой самый сложный контингент новорожденных детей. При наличии однотипной клинической картины, вероятны различные исходы выхаживания. При этом заболеваемость новорожденных детей внутриутробными инфекциями, по данным разных авторов, за последние 10 лет увеличилась более чем в 3 раза, а частота гнойного хориоамнионита у недоношенных со сроком гестации 25–26 недель составляет более 70%. Поэтому поиск факторов раннего прогноза инвалидизирующих осложнений у детей с ЭНМТ при наличии инфицирования представляется очень актуальным.

Цель исследования – провести сравнительный анализ показателей красной крови, длительности кислородотерапии, продолжительности пребывания детей в отделении интенсивной терапии и реанимации новорожденных (ОИТРН) в зависимости от наличия в плаценте хориоамнионита.

Материалы и методы. Обследовано 27 детей, родившихся и выхаживавшихся на базе УЗ «Клинический родильный дом Минской области». В первую группу включены 15 детей, у которых при гистологическом исследовании плаценты были найдены гнойные воспалительные изменения мембраны, париетальной и висцеральной пластин хориона. Вторую группу составили 12 детей без данных воспалительных изменений в плаценте. Гестационный возраст и масса тела при рождении в обеих группах не имели достоверных различий. Средняя масса тела при рождении составила 915 (830–990) грамм в группе 1 и 955 (940–990) грамм в группе 2. Средние значения гестационного возраста составили 27 (26–28) и 28 (27–29) недель в группах 1 и 2 соответственно. Проведен сравнительный анализ показателей красной крови в общем анализе у детей с ЭНМТ на первые сутки жизни, длительность кислородотерапии, а также времени пребывания новорожденных в ОИТРН в зависимости от наличия признаков гнойного воспаления в плаценте – хориоамнионита. Среднее значение исследуемых величин представлено в виде медианы и интерквартильного размаха. При сравнении двух независимых групп использован критерий Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение. Время пребывания недоношенного ребенка в ОИТРН не только делает более дорогостоящим лечение, но и увеличивает риск осложнений. Поэтому прогнозирование этих сроков и более быстрый перевод ребенка в педиатрические отделения второго этапа выхаживания являются важными факторами, которые способствуют помощи недоношенным детям. Средняя длительность лечения детей группы 1 (с гнойными изменениями в плаценте) составила 41,5 (29–55) дней, что было достоверно выше ($p=0,029$), чем в группе 2 (с серозными или без воспаления) – 20,5 (16–28) дней. Так же существенно выше была общая длительность оксигенотерапии. В группе 1 она составила 32,5 (23–44) дней, в то время как в группе 2 – 13 (8–22) дней ($p=0,04$). При анализе показателей общего анализа крови в первые сутки жизни выявлено снижение показателей красной крови у детей группы 1. Концентрация гемоглобина составила 168 (128–210) г/л в группе 1, что достоверно ниже аналогичных значений в группе 2 – 193 (189–202) ($p=0,045$). Также в группе 1 были достоверно снижены и показатели гематокрита ($p=0,035$) – 51,5 (39,3–64)% и 58,9 (57,8–61,8)% в группах 1 и 2 соответственно.

Выводы. У детей при наличии гнойных и воспалительных изменений в плаценте выявлено снижение показателей кислородного обеспечения

крови, что взаимосвязано с нарушением функций плаценты ввиду воспалительного процесса. Эти изменения способствуют увеличению продолжительности необходимой кислородотерапии, что удлиняет время нахождения ребенка в ОИТРН. Учитывая потенциально опасные последствия снижения показателей кислородного обеспечения, дети с ЭНМТ, у которых выявляют признаки гнойного воспаления в плаценте, нуждаются в более тщательном обследовании и лечении. Продолжение этих исследований важно в плане оптимизации помощи детям с ЭНМТ как самой уязвимой категории пациентов, что будет способствовать снижению риска развития инвалидирующих последствий.

Актуальные аспекты здоровья детей при влиянии разных социально-значимых факторов

Севастьянова Т.А.

Ивановская государственная медицинская академия, Иваново

Актуальность темы: в связи с низким отношением общества к социальным проблемам семьи, возросло число детей и подростков с асоциальным, разрушающим их здоровье, поведением.

Цель: дать характеристику состояния здоровья подростков 16–17 лет с нарушениями типа семейного воспитания.

Объектом исследования были учащиеся 10–11 классов школ г. Иваново. Исследование включало комплексную оценку состояния здоровья подростков с углубленным изучением психологических характеристик и характера их социальной адаптации. Оценку эмоционально-поведенческих реакций; характерологических особенностей (тест Смишека, Айзенка), определение уровня самооценки (Спилбергер Ч.). Среди угрожаемых жизни нарушений поведения, у 55% школьников из 395 опрошенных отмечалось аутоагрессивное поведение. У каждого пятого 19% – это рискованное поведение; треть – 27% суицидальное поведение, мысли; у 5% детей – незавершенные суицидальные попытки. Высокую «цену» успешного приспособления к школьным факторам (учебе и коллективу) продемонстрировали лишь треть детей (39,7%), полная дезадаптация (ухудшение состояния здоровья и неудачная адаптация к школьной среде (вследствие эмоциональных отклонений, и соматических расстройств) выявлялась у каждого пятого (15,2%), что свидетельствовало о необходимости их перевода на обучение по программе меньшей сложности. У этих детей также отмечалась сниженная резистентность и нарушения осанки и зрения. Подростки с хроническими заболеваниями (43,8% из 280), находящиеся на диспансерном наблюдении, имели огромный пласт психо-социальных проблем: у каждого второго была выражена тревожность (83,3%), у трети фобии (72,4%), низкая самооценка (71%), выражен эмоциональный дискомфорт в семье (76,7%), у половины регистрировались трудности социальной адаптации (55,3%), агрессия (49,4%). Общепринятым методом изучения социального анамнеза было отобрано 280 детей 16–17 лет: из семей с социально-благополучным (63,7%) и неблагополучным расположением (36,3%). Наиболее часто критерием социального неблагополучия отмечался нарушенный психологический микроклимат семьи (70,0%) и низкое материальное обеспечение (66,7%). Оценка физического развития показала, что нормальное развитие в 3 раза чаще встречалось у подростков из благополучных семей (68,9%), в неблагополучных семьях треть подростков имели повышенную массу тела (33,4%), что связано с неправильным вариантом питания, чаще всего в неполных семьях. Также у них отмечена и высокая длина тела

(22,2%), которая сопровождалась быстрыми темпами полового развития. Нарушения соматического здоровья отмечалось в основном в социально-неблагополучных семьях, так заболевания органов пищеварения в 2 раза чаще (8,3%), в 3 раза (4,2%) инфекционные заболевания, в 3,6 раза – болезни нервной системы. Это связано с наличием социально-неблагоприятной семейной обстановки, частыми семейными конфликтами, нарушениями взаимодействий со сверстниками, учителями. В 4 раза чаще в этих семьях (7,2%) регистрировались заболевания мочеполовой системы, заболевания органов дыхания в основном по причине плохих условий проживания, отсутствия сезонной одежды и несоблюдение правил личной гигиены. При изучении характерологических свойств у подростков из социально- неблагополучных семей в 3 раза чаще регистрировались неблагоприятные типы: демонстративный (75,0%) у детей, проживающих в неполной семье и с плохими жилищно-бытовыми условиями, застревающий (75,0%) в категории низкого материального дохода и возбудимый (81,8%). При детализации причин эмоционального напряжения выяснено, что в неблагополучных семьях в 2 раза чаще отсутствуют формы гармоничного внутрисемейного общения, в 2 раза реже обращение подростка к родителям при возникновении школьных трудностей, конфликтах, в 3 раза чаще подвергаются физическим наказаниям.

Таким образом, дети из неблагополучных семей кроме лечения соматических заболеваний нуждаются в психологической и психотерапевтической помощи. Выявленные проблемы дают возможность наметить психогигиенические, психотерапевтические и психокоррекционные подходы в работе с каждым подростком индивидуально и при групповой работе, которое может осуществляться в условиях отделений медико-социальной помощи детских поликлиник.

Оценка регистра детей на генно-инженерной биологической терапии в городе Москве

Севастьянов В.К., Жолобова Е.С.

Детская городская поликлиника № 122, Москва

Введение. В последние годы проблемы детской ревматологии становятся одной из актуальных областей педиатрии. Лечение ювенильного идиопатического артрита (ЮИА) не стоит на месте. Большое число лекарственных препаратов, особенно генно-инженерных биологических препаратов, привело к успешному лечению и профилактики отдаленных последствий у большинства пациентов. Современные препараты зачастую позволяют достигнуть прочной клинической ремиссии. Подходы к лечению существенно не отличаются среди ревматологов разных стран. В основе ведения пациента с ювенильным артритом лежит раннее назначение базисной противовоспалительной терапии, постоянный мониторинг ее эффективности, что позволяет своевременно корректировать лечение в рамках изменения дозы, подключения дополнительной базисного препарата либо же генно-инженерного биологического препарата. Цель исследования: провести анализ структуры детей на генно-инженерной биологической терапии в г. Москве.

Пациенты и методы: в исследование взят регистр пациентов в возрасте от 1 года до 17 лет (мальчики 64 чел., девочки 144 человека), с ревматическими заболеваниями, получающими ГИБТ. В регистр включено 208 пациентов, получающих один из следующих препаратов: этанерцепт, адалимумаб, инфликсимаб,

тоцилизумаб, абатацепт, белимуаб (см. таблицу 1). Произведена оценка: половозрастных характеристик, нозологических форм; сопутствующей патологии; сопутствующей терапии. По данным регистра детей на гено-инженерной биологической терапии в г. Москве, более половины пациентов находится на терапии препаратами группы ингибиторов ФНО- α – 71,1% (этанерцепт 42,3%, адалимумаб 28,8%). В доминирующем большинстве (47,1%) дети, получающие гено-инженерную биологическую терапию, страдают полиартикулярным серонегативным вариантом ЮИА. Практически четверть регистра (23,6%) занимают дети с олигоартикулярным вариантом ЮИА. На системный вариант ЮИА приходится 19,2%, на ювенильный спондилоартрит приходится 3,3%, псориатический артрит 1,9%, серопозитивный вариант ЮИА 1%, на СКВ и ССД по 0,5% соответственно, 2,9% пациентов имеют недифференцированную форму ЮИА. По данным регистра, 55,3% детей, помимо ревматической патологии, имеют одно или несколько сопутствующих заболеваний. Так же мы провели оценку сопутствующей терапии при лечении гено-инженерными биологическими препаратами. Таким образом, 74,5% пациентов получают один из базисных противовоспалительных препаратов (метотрексат, циклоспорин-А, колхицин, сульфасалазин, лефлуномид, азатиоприн, гидроксихлорохин). Из всего количества пациентов 60,1% получают метотрексат в различных формах.

Заключение. Ведение регистра является одним из основных инструментов, необходимых для слаженной работы московской городской детской ревматологической службы. Регистр позволяет отслеживать пациентов, пришедших на терапию, своевременно проводить коррекцию терапии, составлять заявку на закупку препаратов по ДЛО.

Возможные последствия, возникающие у несовершеннолетних потерпевших в результате совершения изнасилований и насильственных действий сексуального характера

Сибирская Е.В., Саркисова И.А., Петрова Т.Н., Смаль Т.А.

Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

В последнее время заметно возросло число преступлений на сексуальной почве, совершаемых в отношении несовершеннолетних, что объясняется их повышенной уязвимостью, доверчивостью, подчиняемостью взрослым, то есть потенциальной виктимностью. Телесные повреждения представляют собой травматические поражения наружных и внутренних половых органов, ануса, реже – других частей тела. Характер и степень повреждений зависит от возраста потерпевшего и его физического развития. Посттравматические нарушения психического состояния могут быть непосредственными и вторичными и проявляться в виде острой реакции на стресс, посттравматического стрессового расстройства, а в дальнейшем – расстройства адаптации.

Цель исследования: изучение возможных последствий (физических и психических), возникающих в зависимости от возраста у несовершеннолетних потерпевших, ставших жертвами изнасилований и других насильственных преступлений, посягающих на половую неприкосновенность.

Задачи: определить три возрастные группы пострадавших. Оценить характер телесных повреждений в каждой группе. Проанализировать оценку психолого-психиатрической экспертизы в каждой группе девочек.

Материал и методы. На базах Научно-практического центра психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой и Морозовской детской городской клинической больницы, в отделении гинекологии, под наблюдением находились 20 девочек в возрасте от 1 до 18 лет, обратившихся к детскому гинекологу по поводу травматических поражений наружных и внутренних половых органов, ануса и других частей тела. Средний возраст составил $13 \pm 2,2$ лет.

Результаты исследования. По характеру полученных телесных повреждений, условно сформировались три возрастные группы девочек: первая группа – девочки от 1 до 6 лет, вторая группа – от 6 до 12 лет и третья группа – от 12 до 18 лет. Для потерпевших возрастной группы от 1 до 6 лет наиболее характерными являются такие телесные повреждения: повреждения девственной плевы, разрывы промежности 3 степени, с разрывом стенок влагалища и прямой кишки. Возможны проникающие ранения брюшной полости, с разрывом сводов влагалища. Для потерпевших возрастной группы от 6 до 12 лет характерны следующие повреждения: разрывы промежности 1 и 2 степени и повреждения девственной плевы. Для потерпевших в возрасте 12–18 лет характерными являются повреждения, в основном, наружных половых органов: разрывы девственной плевы, осаднение слизистой вульвы, малых половых губ. При анализе психолого-психиатрической оценки происшествия и его влияния на несовершеннолетних потерпевших в исследуемых трех возрастных групп удалось установить, что дети в возрасте до 10–12 лет, как правило, не способны понимать характер и значение совершаемых в отношении них действий и соответственно воспринимать их как противоправные. Потерпевшие в возрасте от 12 до 15 лет, уже имея определенные знания и представления о половых отношениях и их разновидностях, способны достаточно четко понимать и запоминать действия, совершаемые с ними, и описывать их внешнюю сторону впоследствии. Однако достаточно редко сами рассказывают о преступлении непосредственно после его совершения. Несовершеннолетние в возрасте от 16 до 18 лет, ставшие жертвами преступлений сексуального характера, чаще понимают характер происходящего, частично или полностью его значение и рассматривают возможность оказать сопротивление.

Выводы. Физические последствия в виде травматических поражений у несовершеннолетних потерпевших, подвергнутых сексуальному насилию, выявляются непосредственно после совершения преступления достаточно просто, в отличие от посттравматических нарушений психического состояния, которые характеризуются латентностью, могут развиваться в отдаленный период от момента события и требуют динамического наблюдения.

Полиморфизм в генах фолатного метаболизма и гендерные особенности качества жизни подростков

Строзенко Л.А., Лобанов Ю.Ф., Колесникова М.А., Снизирь О.А.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Цель исследования: изучить особенности качества жизни подростков – носителей полиморфизма в генах системы фолатного метаболизма. Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе средних образовательных учреждений г. Барнаула и включало 762 подростка (412 мальчиков и 350 девочек) в возрасте 15–16 лет. Инструментом изучения качества жизни служил общий опросник – Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL™ 4.0), вариант для детей в

возрасте от 13 до 18 лет. Перекодирование данных в баллы качества жизни было выполнено в отделе социальной педиатрии НЦЗД РАМН. Диагностика аллельных полиморфизмов осуществлялась в группе фармакогеномики Института химической биологии и фундаментальной медицины СО РАН г. Новосибирска. В основе анализа лежал метод полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (Real-Time PCR) с использованием конкурирующих TaqMap зондов. Проведено генетическое исследование четырех полиморфных вариантов генов, ассоциированных с нарушениями фолатного цикла: метилентетрагидрофолатредуктазы – MTHFR (677C>T; 1298 A>C); MTR (B12-зависимая метионин-синтаза) (A2756G A>G); MTRR (метионин-синтаза редуктаза) (A66G A>G). Результаты исследования. Наши исследования гендерных особенностей параметров качества жизни здоровых подростков г. Барнаула выявили, что самые высокие значения показателей по всем шкалам опросника наблюдались у мальчиков. Эти данные свидетельствуют также о сравнительно низком уровне качества жизни девочек. В связи с этим, особый интерес представляло изучение влияния полиморфизма в генах системы фолатного цикла на качество жизни подростков. В результате выявлено статистически значимое преобладание показателей качества жизни по всем шкалам опросника у мальчиков-подростков с носительством аллеля T 677 гена MTHFR, по отношению к девочкам-подросткам. Вместе с тем, у подростков – носителей генотипа 677 T/T гена MTHFR, статистически значимые различия показателей качества жизни выявлены только для эмоционального благополучия у мальчиков (73,7 балла; 95% ДИ: от 67,6 до 79,8 балла против 63,1 балла; 95% ДИ: от 55,3 до 70,8 балла – у девочек, $p=0,036$). Следовательно, в группе носителей генотипа 677 T/T гена MTHFR наблюдается нивелирование гендерных различий этих параметров, что может быть расценено, как негативное влияние генотипа на качество жизни подростков. Интересно, что при носительстве гомозиготного (минорный аллель) генотипа 1298 CC гена MTHFR наблюдается отсутствие достоверно значимых гендерных различий по всем шкалам опросника, то есть наблюдается нивелирование гендерных различий показателей качества жизни. Установлено, что показатели качества жизни мальчиков и девочек с носительством компаунд-гетерозигот 677CT/1298AC имели статистически значимое различие по эмоциональному функционированию ($p=0,002$), психосоциальному здоровью ($p=0,036$) и общему баллу ($p=0,042$). Таким образом, при носительстве двух полиморфизмов C677T и A1298C гена MTHFR детерминируется более низкая ферментативная активность, чем у гетерозигот, по любому из двух полиморфизмов, что сопровождается нивелированием гендерных особенностей и снижением показателей качества жизни у мальчиков. Показано, что при наличии компаунд-гетерозигот 677CT/66AG показатели качества жизни мальчиков преобладали по физическому ($p=0,050$) и социальному ($p=0,045$) функционированию. По остальным шкалам опросника статистически значимых различий по отношению к девочкам не выявлено. Интересные данные были получены при изучении качества жизни девочек с полиморфизмом A66G MTRR, выявлено, что качество жизни девочек-подростков достоверно ниже при носительстве полиморфного аллеля G 66 гена MTRR – по 4 шкалам опросника ($p<0,005$) за исключением физического ($p=0,068$) и социального ($p=0,059$) функционирования. Выводы. Таким образом, доказано, что носительство двух полиморфизмов C677T и A1298C гена MTHFR, генотипа 66 AG гена MTRR, минорного аллеля C 1298 гена MTHFR, а также сочетание компаунд-гетерозигот 677 CT MTHFR/66 AG MTRR сопровождается нивелированием гендерных особенностей и снижением качества

жизни у подростков. У девочек частота встречаемости полиморфизма A2756G гена MTR в гомозиготном состоянии и полиморфизма A66G гена MTRR в гетерозиготном состоянии статистически значимо выше, чем у мальчиков подросткового возраста. Анализ влияния полиморфизмов в генах фолатного цикла позволяет определить предрасположенность к патологическим процессам и дает возможность своевременного принятия мер посредством назначения корректирующей терапии.

Частота встречаемости тромбогенных аллельных полиморфизмов у подростков Алтайского края

Строзенко Л.А., Лобанов Ю.Ф., Момот А.П., Колесникова М.А., Снугирь О.А.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Цель исследования: установить частоту встречаемости тромбогенных аллельных полиморфизмов у подростков Алтайского края. Материалы и методы исследования. В качестве материала для проведения молекулярно-генетического исследования на носительство полиморфных вариантов генов факторов свертывания крови и генов фолатного метаболизма использованы образцы ДНК 1306 подростков (580 мальчиков и 726 девочек) в возрасте 15–16 лет, отобранных методом случайной выборки. Определение аллельных вариантов генов осуществлялось в группе фармакогеномики Института химической биологии и фундаментальной медицины СО РАН (г. Новосибирск). В основе анализа лежал метод полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (Real-Time PCR) с использованием конкурирующих TagMap зондов. Проведено генетическое исследование семи протромботических полиморфных маркеров генов-кандидатов: фактора II протромбина (G20210A); фактора V Лейден (Arg506Gln); фактора VII свертывания крови (Arg353Gln); фактора XIII свертывания крови (Val134Leu); фибриногена G(-455)A; тромбозитарного рецептора фибриногена – ITGB3-b интегрин (T1565C) GPIIb; ингибитора активатора плазминогена PAI-1 4G(-675)5G и четырех полиморфных вариантов генов, ассоциированных с нарушениями фолатного цикла: метилентетрагидрофолатредуктазы – (MTHFR Ala223Val, C677T, rs1801133 и MTHFR E429A, A1298C, rs1801131), B12-зависимой метионин-синтазы – (MTR Asp919Gly, A2756G, rs1805087) и метионин-синтазы редуктазы – (MTRR Ile22Met, A66G, rs1801394). Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью пакета программ «STATistica for Windows 5.0» (STATSoft). Результаты исследования. Анализ показал, что гетерозиготный полиморфный вариант гена FV Лейден встречался у 3,2% подростков г. Барнаула. У 2,7% подростков выявлялся гетерозиготный полиморфный вариант гена протромбина. Гомозиготных полиморфизмов (минорных аллелей) 20210 AA гена FII, 1691 AA гена FV в нашей работе не обнаружено. При анализе частоты встречаемости мутаций и полиморфных вариантов генов с учетом половых различий определено, что мутация генотипа 20210 GG гена FII с большей частотой определялась у мальчиков-подростков ($p=0,025$), гетерозиготная форма этого полиморфизма имела место преимущественно у девочек ($p=0,025$). Полиморфизм C1691A гена FV Leiden, мутация G(-455)A гена FGB, полиморфизм 4G(-675)5G гена PAI-1 выявлялись с одинаковой частотой у мальчиков и девочек подросткового возраста ($p>0,05$). Генотип 10976 GG фактора VII чаще

встречался у девочек ($p=0,037$), а у мальчиков отмечена большая частота гетерозиготного генотипа 10976 GA гена фактора VII ($p=0,036$). В результате исследования генов фолатного метаболизма выявлено, что 40,5% подростков г. Барнаула Алтайского края являются гетерозиготными носителями полиморфизма С677Т гена MTHFR. У подростков г. Барнаула частота минорного аллеля Т 677 гена MTHFR составила 9,0%. Частота гетерозиготного генотипа 1298 AC гена MTHFR у обследованных подростков составила 39,5%, а генотипа 1298CC – 9,7%. Для полиморфного варианта А66G гена MTRR в проведенном нами исследовании была обнаружена высокая частота генотипа 66GG в популяции подростков (41,8%), по сравнению с частотами других популяций, за исключением украинской (35,5%). Результаты молекулярно-генетического исследования показали отсутствие искомым мутаций и полиморфных вариантов генов лишь у 74 (5,7%) подростков. Установлено, что единичный генетический полиморфизм одного из определяемых генов выявлен у 420 (32,2%), 2 – у 413 (31,6%), 3 – у 179 (13,7%), 4 – у 119 (9,1%), 5 – у 69 (5,3%), 6 – у 24 (1,8%), 7 – у 7 (0,5%) и 8 – у 1 (0,08%) обследованных. Один генетический полиморфизм статистически значимо чаще встречался у мальчиков ($p=0,002$), напротив, четыре ($p=0,005$) и шесть ($p=0,006$) полиморфных вариантов с большей частотой определялись у девочек. Общая частота встречаемости генетических «находок», имеющих отношение к повышению риска тромбоза, составила 94,3%. Заключение. Таким образом, показано, что частоты минорных аллелей А 20210 гена FII и аллеля С 1565 GP111A статистически значимо чаще определялись в популяции девочек. Напротив, доля аллеля 4G гена PAI-1 фиксировалась достоверно чаще у мальчиков. Частоты генотипов фолатного метаболизма в популяции подростков г. Барнаула отличаются от европейских: наблюдается высокий процент гомозиготного генотипа 66GG гена MTRR (41,8%) и частоты минорного аллеля G 66 гена MTRR (56,9%). Полиморфные варианты генов повышенного риска развития тромбоза выявлены у 94,3% подростков.

Ретроспективный анализ результатов обследования детей при манифестации аутоиммунного гепатита

Строкова Т.В., Багаева М.Э., Зубович А.И., Павловская Е.В., Сурков А.Г.

Научно-исследовательский институт питания, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Аутоиммунный гепатит – это хроническое воспалительное заболевание печени неизвестной этиологии, характеризующееся перипортальным воспалением, значительной гипергаммаглобулинемией, появлением в сыворотке крови широкого спектра печеночно-ассоциированных аутоантител и положительным ответом на иммуносупрессивную терапию.

Цель. Изучение клинико-лабораторных показателей у детей в период манифестации аутоиммунного гепатита.

Материалы и методы. Обследован 101 ребенок с аутоиммунным гепатитом: девочек 64, мальчиков – 37 в возрасте от 2 лет 3 мес. до 17 (в среднем $11,02 \pm 0,3$) лет. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации периода манифестации аутоиммунного гепатита.

Результаты. Острое начало заболевания, связанное с появлением

желтухи, отмечалось у 65 детей, постепенное – у 36. При первичном обследовании детей всем пациентам были проведены исследования (ИФА и/или ПЦР) для исключения вирусных гепатитов. Биохимический анализ крови подтвердил наличие гипербилирубинемии у 72 (общий билирубин – $104,6 \pm 7,8$, прямой – $60,7 \pm 6,1$ мкмоль/л). Уровень трансаминаз был повышен у всех больных. При этом уровень АСТ соответствовал $677,8 \pm 61,8$, АЛТ – $883,7 \pm 99,7$ ед/л. Исследование ГГТ ($127,3 \pm 12,6$ ед/л) выполнено у 25 детей, ЩФ ($747,2 \pm 90,9$) – у 45. Гиперпротеинемия ($94,6 \pm 1,1$ г/л) была зарегистрирована у 37 из 62 детей, гипоальбуминемия ($26,4 \pm 0,8\%$) у 7 из 36, гипергаммаглобулинемия ($40,0 \pm 1,4\%$) у 30 из 41 ребенка, которым исследовались показатели протеинограммы. Определение IgG ($3,03 \pm 0,3$ г/л) проведено лишь у 17 детей, а изучение аутоантител – лишь у 5 пациентов. Недостаточный объем обследования позволил поставить диагноз лишь у 17 (16,7%) из 101 пациента. У троих детей заподозрена болезнь Вильсона, у двоих – токсический гепатит, у одного – болезнь Гоше, у четырех – хронический гепатит С, у 5 – острый вирусный гепатит (у троих гепатит А, у двоих – ассоциированный с инфицированием вирусами герпесной группы). У подавляющего большинства детей ($n=69$) этиология заболевания оставалась неизвестной и устанавливался диагноз хронического криптогенного гепатита или цирроза печени (у 6 детей). Высокий уровень биохимической активности был основанием для проведения короткого курса иммуносупрессивной терапии, что привело к клинико-биохимическому улучшению патологического процесса с одной стороны, но затруднило уточнение диагноза в последующем – с другой.

Заключение. С целью своевременной диагностики аутоиммунного гепатита, определения схемы иммуносупрессивной терапии при манифестации гепатита с высокой степенью биохимической активности показано проведение полного клинико-лабораторного обследования, которое должно включать следующие исследования: 1. Общий анализ крови, мочи. 2. Маркеры вирусных гепатитов А, В, С. 3. Биохимический анализ крови (билирубин общий и прямой, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТ, общий белок, протеинограмма, электролиты). 4. Иммуноглобулины (G, A, M). 5. Исследование аутоантител (AMA, ANA, ASMA, aLKM1). 6. Коагулограмма. 7. Морфологическое исследование ткани печени в сомнительных случаях.

Недостаточность α 1-антитрипсина у детей

Строкова Т.В., Багаева М.Э., Зубович А.И., Прохорова И.В., Павловская Е.В., Сурков А.Г.

Научно-исследовательский институт питания, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Недостаточность α 1-антитрипсина (α 1-АТ) – редкое наследственное заболевание с аутосомно-рецессивным типом наследования, характеризующееся снижением содержания α 1-АТ в крови, клиническими проявлениями хронического гепатита и/или заболевания легких. В связи с разнообразием клинических проявлений и низким уровнем осведомленности о данной патологии диагноз заболевания устанавливается через несколько лет от его манифестации, что приводит к прогрессированию и формированию цирроза печени.

Цель. Изучить клинические проявления и течение недостаточности α 1-антитрипсина у детей.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 25 детей (мальчиков – 16, девочек – 9) с установленным диагнозом недостаточности α 1-АТ. Период наблюдения составил от 5 месяцев до 18 лет (в среднем $9,4 \pm 1,2$ года). Обследование детей включало общеклинические, биохимические, молекулярно-генетические и инструментальные методы. Результаты. В неонатальном периоде у 5 (20%) детей зарегистрирован геморрагический синдром, у 13 (52%) – затаенная желтуха (до 1–6 мес., в среднем $3,1 \pm 0,4$ мес.). Ретроспективный анализ анамнеза показал, что манифестация заболевания наблюдалась в $5,1 \pm 0,6$ (от 0 до 13,5) лет. С диагнозом «фетальный гепатит» 9 детей находились под наблюдением по месту жительства. У 7 из них предполагалось цитомегаловирусное (CMV) инфицирование, у двоих дифференциальный диагноз проводился с атрезией желчных протоков. При обследовании по поводу интеркуррентных заболеваний у 2 детей выявлено увеличение печени, у 9 – изменения в биохимическом анализе крови, что послужило поводом для дальнейшего обследования. Трое детей, не имевших четких клинических проявлений заболевания, обследованы в связи с выявленным заболеванием у сибсов. Объем первого обследования был недостаточным и показал повышение билирубина у 12 детей (общий $109,5 \pm 12,5$; прямой – $41,9 \pm 8,6$ мкмоль/л), синдром цитолиза – у 22: АСТ $80,2 \pm 6,8$, АЛТ – $92,1 \pm 17,2$ ед/л, синдром холестаза у 6 детей: ГГТ $246,9 \pm 154,8$, ЩФ – $592,1 \pm 178,1$ ед/л. У 7 пациентов отмечалась тенденция к гипогликемии ($2,84$ – $3,2$ ммоль/л). Снижение ПТИ до 48–58% наблюдалось у 3 детей, что свидетельствовало о недостаточности белково-синтетической функции печени. У 6 детей были выявлены антитела к CMV, вирусу Эпштейн-Барр, герпесу 1, 2 типов, у двух – маркеры гепатита В. По результатам первичного обследования и дальнейшего наблюдения по месту жительства 4 детям был установлен диагноз «цирроз печени», 8 – «хронический криптогенный гепатит», 4 – «гликогеновая болезнь», 7 – «хронический вирусный гепатит, ассоциированный с CMV», 1 – «хронический вирусный гепатит В», 1 – «аутоиммунный гепатит», 1 – «хронический гастроудоденит». Под наше наблюдение дети попали в возрасте $6,8 \pm 1,1$ лет с жалобами на слабость, повышенную утомляемость у 6, сниженный аппетит – у 3, носовые кровотечения – у 4, боли в животе – у 2, зуд кожных покровов – у двоих детей. При осмотре иктеричность кожных покровов и склер наблюдалась у 4, телеангиоэктазии – у 6, пальмарность – у 4, геморрагический синдром (петехии, экхимозы) – у 2 детей. Живот был увеличен в объеме за счет асцита у 3 детей. Пальпаторно печень выступала из-под края реберной дуги на 1–4 см (в среднем $2,6 \pm 0,2$ см) у 17 (73,9%) пациентов, селезенка на 1–14 см (в среднем $7,1 \pm 2,1$ см) – у 6 детей. Анемия зарегистрирована у 4, лейкопения – у 6, тромбоцитопения – у 5, повышение СОЭ – у 6 детей. Повышение уровня билирубина сохранялось у 6 (общий $69,7 \pm 23,1$; прямой $34,1 \pm 19,6$ мкмоль/л). У 91,3% детей уровень трансаминаз был повышен и составил для АСТ $135,1 \pm 39,5$, для АЛТ $120,5 \pm 23,1$ ед/л. Повышение ГГТ было у 11 ($141,7 \pm 34$ ед/л), ЩФ – у 5 ($603,6 \pm 81,4$) ед/л. Гипоальбуминемия $28,8 \pm 1,2$ г/л наблюдалась у 10 детей, у 2 пациентов зарегистрировано снижение уровня α 1-глобулинов до 0,6 и 0,9%. Средний уровень α 1-АТ составил $63,3 \pm 10,7$ мг/дл (при норме 200–400). Молекулярно-генетическое исследование подтвердило генотип PiZZ у 17 детей, генотип PiMZ – у 5 детей, PiMS – у одного ребенка. Средние показатели уровня α 1-АТ были ниже у пациентов с PiZZ генотипом и составили $40,6 \pm 5,45$ мг/дл, тогда как при других генотипах средние значения данного показателя соответствовали $124,0 \pm 22,7$ мг/дл. Средний возраст установления диагноза составил $8,04 \pm 1,2$ лет, у 8 (32%) пациентов заболевание диагностировано на стадии цирроза печени. Таким образом, недостаточность α 1-АТ является редким

наследственным заболеванием с полиморфными клиническими проявлениями, требующим проведения большого спектра исследований для уточнения диагноза.

Течение гликогеновой болезни у детей

Строкова Т.В., Багаева М.Э., Прохорова И.В., Зубович А.И., Таран Н.Н., Павловская Е.В.

Научно-исследовательский институт питания, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Гликогеновая болезнь – наследственное нарушение углеводного обмена, характеризующееся избыточным накоплением гликогена в различных органах и тканях: печени, почках, мышцах, сердце, имеющее полиморфные клинические проявления различной степени тяжести.

Цель исследования. Оценить клинико-лабораторное течение гликогеновой болезни у детей в зависимости от типа заболевания. Пациенты и методы. Под наблюдением находились 124 ребенка с различными типами гликогеновой болезни, в зависимости от которых были разделены на 3 группы: 1 – с I типом – $n=35$ (28,2%), 2 – с III типом – $n=34$ (27,4%) детей. В связи со сходными клиническими проявлениями VI и IX типы ГБ были объединены в 3 группу: $n=55$ детей (44,4%). Всем детям проводились общеклинические, биохимические методы исследования, а также суточное мониторирование глюкозы. Результаты. Возраст манифестации заболевания составил $2,01 \pm 0,4$; $17,4 \pm 5,3$; $16,2 \pm 1,9$ мес. в 1, 2 и 3 группах соответственно. Гипогликемические состояния в дебюте заболевания были зарегистрированы у 66, 32 и 13%, повышенная потливость у 71, 76 и 35%, увеличение живота у 43, 76, 59% детей соответственно рассматриваемым типам. Увеличение печени до 3–10 см из-под края реберной дуги наблюдалось у всех детей, селезенки у 43, 25, 7% пациентов, характерный «кукольный вид» – у 100, 96 и 75%, мышечная гипотония у 71, 76 и 38% детей исследуемых групп. При обследовании выявлена анемия у 74% детей из 1 группы (Hb $82,1 \pm 3,4$ г/л), у 32% детей из 2 группы (Hb $93,3 \pm 2,8$ г/л), у 18% – из 3 группы (Hb $104,3 \pm 3,4$ г/л). СОЭ было повышено у значительной части детей, наиболее высокие показатели при этом отмечались у пациентов 1 группы ($56,4 \pm 3,3$, $32,8 \pm 4,6$, $22,8 \pm 2,3$ мм/ч в 1, 2 и 3 группах соответственно). У пациентов с подтвержденным Ib типом заболевания выявлялась абсолютная нейтропения $0,4 \pm 0,01 \times 10^9$ /л, что сопровождалось тяжелыми гнойно-септическими заболеваниями. Средний уровень нейтрофилов во 2 группе составил $1,0 \pm 0,02 \times 10^9$ /л, в 3 группе – $1,3 \pm 0,1 \times 10^9$ /л. В биохимическом анализе крови нормальный уровень трансаминаз отмечался лишь у 21, 14 и 15% детей исследуемых групп, у остальных был повышен. При этом средний уровень АСТ составил $241,8 \pm 64,3$; $647,9 \pm 228,2$; $242,9 \pm 44,6$ ед/л, АЛТ – $139,3 \pm 29,1$, $313,5 \pm 54,4$, $252,8 \pm 46,9$ ед/л соответственно рассматриваемым группам. При III типе заболевания отмечалось повышение креатинфосфокиназы (от 387 до 2500 ед/л). Лактат-ацидоз выявлен у всех детей с I типом заболевания. Наиболее выраженные изменения в липидограмме также зарегистрированы у пациентов с I типом гликогеновой болезни. Гипогликемия натощак наблюдалась у всех детей ($2,2 \pm 0,2$; $3,05 \pm 0,2$; $3,3 \pm 0,1$ ммоль/л соответственно) и это послужило поводом для проведения круглосуточного мониторирования гликемии в течение четырех дней. Выраженная гипогликемия в ночные часы отмечалась при I типе ГБ ($2,6 \pm 0,2$ ммоль/л), в двух других группах

гликемия составила $3,1 \pm 0,4$ и $3,1 \pm 0,1$ ммоль/л соответственно. Зарегистрированные минимальные значения гликемии составили $14,6 \pm 2,7$; $14,7 \pm 6,8$; $8,9 \pm 2,4\%$ от всего времени исследования, что составило $11,2 \pm 2,5$; $9,03 \pm 4,4$; $5,6 \pm 1,6$ часа в 1, 2 и 3 группах соответственно.

Заключение. Тяжесть гликогеновой болезни зависит от ее типа. Наиболее тяжелое течение отмечается при I типе, что связано с выраженными нарушениями углеводного (гипогликемия), липидного обмена (гиперхолестеринемия, триглицеридемия) и метаболическими нарушениями (лактат-ацидоз). Нейтропения, возникающая при данном типе, является причиной рецидивирующих гнойно-септических заболеваний, отягощающих течение гликогеновой болезни.

Сравнительная характеристика терапии функциональных запоров у детей первого полугодия жизни

Тимаков Е.Ю., Овсянников Д.Ю.

Российский университет дружбы народов, Москва

Цель: оценка эффективности и целесообразности применения препаратов лактулозы у детей первого полугодия жизни с функциональными запорами.

Материалы и методы. Наблюдались 500 детей в возрасте от 1 до 6 месяцев с жалобами на запоры. Критериями включения детей в группу являлись функциональный характер запора, отсутствие стула у детей более суток. Пациенты были разделены на 3 группы. 1 – дети, получавшие в терапии запоров лактулозу в дозе 3 мл х 2 р в день в течение 3-х недель (100 детей); 2 – дети, не принимавшие пероральных слабительных препаратов, активно занимающиеся реабилитацией, направленной на укрепление мышечного каркаса и мышц брюшного пресса (плавание, массаж) (200 детей); 3 – дети, не получавшие терапии и реабилитации (200 детей). Все дети для облегчения проявлений запоров, при отсутствии стула более 2-х дней использовали Микролак. Эффективность терапии оценивалась по общему самочувствию ребенка, наличию дефекации минимум 1 раз в день, отсутствию болей со стороны ЖКТ, формированию самостоятельной регулярной дефекации до 6-месячного возраста. **Результаты:** у детей 1-ой группы, на фоне приема препаратов лактулозы нормализация стула отмечалась у 24% детей; усиление колик у 18% детей; у 22% детей стул стал неоформленным, при сохранении нерегулярных дефекаций с интервалом более суток; отсутствие эффекта от терапии было у 32% детей; у 4% детей запоры сохранились в возрасте старше 6 месяцев. Во 2 группе у детей с активной реабилитацией, функциональные запоры прошли до 3-х месячного возраста у 18% детей; с 3-х до 4-х месяцев у 35% детей; с 4-х до 6 месяцев у 42% детей; у 5% детей запоры сохранились после 6 месяцев. В 3 группе детей, не получавших никакой реабилитации, запоры до 3-х месячного возраста прошли у 5% детей; с 3 до 4 месяцев у 22% детей; с 4 до 6 месяцев у 64% детей; у 9% детей запоры сохранились позднее 6 месяцев.

Выводы: у детей в возрасте от 1 до 6 месяцев с функциональными запорами нецелесообразно начинать лечение запоров с препаратов лактулозы. При использовании препаратов лактулозы и отсутствии эффекта от терапии в первые 2 недели приема, дальнейший прием препарата не целесообразен. Активная реабилитация, направленная на укрепление брюшного пресса и мышечного каркаса эффективно

способствуют нормализации стула у детей и ускоряет процесс формирования акта дефекации.

Случай ранней диагностики туберозного склероза у новорожденного

Тихонова Н.В., Петрова В.И., Захарова Ю.В., Пилипенко Ю.Н., Ткаченко Т.Г.

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Областная детская клиническая больница им. проф. Н.В. Дмитриевой, Рязань

Туберозный склероз (ТС) (болезнь Бурневилля-Прингла) – генетически детерминированное заболевание, относящееся к группе нейроэктодермальных нарушений и проявляющееся поражением нервной системы, кожи и наличием доброкачественных опухолей (гамартом) в различных органах. Среди новорожденных встречается с частотой от 1:6000 до 1:10 000. Для ТС характерен аутосомно-доминантный тип наследования, до 80% случаев заболевание является результатом спорадической мутации. Характерны бугорковоподобные разрастания в веществе головного мозга, коже, почках, глазах, легких, сердце и костях. Клиническая картина ТС складывается из четырех основных симптомов: судорожных пароксизмов, прогрессирующем снижении интеллекта, кожных изменений и опухолевидных образований в различных органах. В пренатальном периоде и у новорожденных первым симптомом данной патологии может явиться опухолевидные образования сердца. Ультразвуковое исследование позволяет выявить опухоль сердца еще внутриутробно, начиная с 21-й недели гестации. Факт пренатальной диагностики опухоли требует во всех случаях исключения у новорожденного ТС, даже при отсутствии семейного анамнеза.

В качестве иллюстрации приводим клинический случай мальчика Н., находившегося в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей ГБУ РО «ОДКБ им. проф. Н.В. Дмитриевой» города Рязани. Мальчик от I беременности, протекавшей с угрозой прерывания на сроке 9–10 недель, артериальной гипертензией и протеинурией на сроке 15–30 недель. При ультразвуковом обследовании плода на сроке 30–31 неделя выявлены множественные рабдомиомы сердца с обструктивными изменениями выводного тракта левого желудочка. Женщина консультирована в НЦССХ им. А.Н. Бакулева с проведением эходоплерокардиографического обследования, в результате которого был подтвержден диагноз множественных неоплазм (вероятно, рабдомиом) левого желудочка. Рекомендовано родоразрешение в специализированном стационаре, эхокардиографическое обследование непосредственно после родов с последующей консультацией кардиохирурга в условиях НЦССХ им. А.Н. Бакулева. Роды I, на сроке 39 недель, физиологические. Показатели физического развития мальчика удовлетворительные: масса тела – 3340 грамм, длина тела – 53 см. Оценка по шкале Апгар 8 баллов. В возрасте 4 часов жизни ребенок поступил в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей ОДКБ им. проф. Н.В. Дмитриевой города Рязани. При поступлении состояние ребенка средней степени тяжести за счет нарушения кровообращения I степени, симптомов угнетения ЦНС. Перкуторно границы относительной тупости не расширены, аускультативно определялся систолический шум средней интенсивности во всех точках. При эходоплерокардиографическом исследовании на

первый день жизни выявлены множественные неоплазмы сердца (рабдомиомы?) с формированием подклапанного стеноза аорты, открытый артериальный проток, открытое овальное окно. На электрокардиограмме выявлена А-V блокада I степени, признаки перегрузки правого желудочка. На рентгенограмме органов грудной полости тень сердца не расширена. В ходе ультразвукового обследования головного мозга и брюшной полости патологии не выявлено. Для подтверждения или исключения диагноза туберозный склероз ребенку в возрасте 10 дней проведена магнитно-резонансная томография головного мозга. На полученных МР-томограммах выявлены субэпидимальные узелки, вдающиеся в полость тел и задних рогов боковых желудочков, а также узелки определяются в паренхиме субкортикально в обоих полушариях. Описанная картина соответствует проявлениям туберозного склероза. Мальчик осмотрен окулистом, генетиком, неврологом, консультирован в НЦССХ им. А.Н. Бакулева. Ребенок выписан домой в удовлетворительном состоянии без признаков нарушения кровообращения на фоне профилактического приема антиконвульсантов в минимальной дозировке.

Выводы. Современные возможности ультразвуковой пренатальной диагностики позволяют заподозрить, а методы компьютерной визуализации верифицировать диагноз такого редкого заболевания, как ТС, и начать раннюю превентивную терапию антиконвульсантами пациента уже в течение первого месяца жизни.

Влияние медленной гриппозной инфекции на развитие антенатальной и постнатальной системной патологии детей и подростков

Уманская А.А., Уманский А.С., Хегай М.М.

Институт проблем эмбриогенетического нейроэндокринного мезодермально-иммунного дефицита, Москва

Цель. Изучить влияние медленной гриппозной инфекции (МГИ) на развитие системной патологии у детей и подростков.

Материалы и методы. В 1970–1972 гг. во время диспансеризации более 7 тысяч семей открыт процесс, передающийся из поколения в поколение, проявляющийся в каждом последующем поколении, в зависимости от условий жизни, на 10–15 лет раньше (бабушка умерла от сердечно-сосудистой недостаточности в 83 г., дочь – в 71, внучка перенесла инфаркт миокарда в 55 лет, а правнучка родила сына с пороком сердца). В анамнезе у всех представителей поколений такой семьи прослеживалась связь с перенесенным гриппом или контактом с тяжело больным гриппом во время беременности. Этот самый медленный процесс, который возникает в организме плода под влиянием медленной гриппозной инфекции (МГИ) на ранней стадии эмбрионального развития, назван нами – Эмбриогенетический нейроэндокринный мезодермальноиммунный дефицит (ЭНЭМИД). МГИ была подтверждена работой д.м.н., микробиолога В.А. Зуева, который получил Диплом об открытии №383 в 1986 г. Формула открытия: «Экспериментально установлено неизвестное раннее свойство вируса гриппа вызывать медленную инфекцию, развивающуюся у потомства мышей, либо от самок вирусоносителей, либо от самок, зараженных вирусом гриппа в период беременности». При последующем вирусологическом и патогистологическом исследовании животных «была обнаружена персистенция вируса гриппа практически во всех внутренних органах и в крови, и нарастающие дегенеративные изменения, особенно выраженные в

ЦНС, иммунокомпетентных органах, железах внутренней секреции. Так в тимусе, количество тимоцитов оказывается резко уменьшенным. В семенниках почти полностью отсутствуют сперматозоиды и спермии. В яичниках отмечается уменьшение числа примордиальных фолликулов и гибель яйцеклеток в граафовых фолликулах. В печени и почках – признаки белковой дистрофии гепатоцитов и эпителия извитых канальцев». МГИ не вызывает привычных острых воспалительных явлений в тканях и органах, а ведет к дегенеративным изменениям вначале в энто-мезо-эктодермальных структурах, которые на более поздней стадии развития приводят к нарушению функции и формированию нервной, эндокринной, мезодермальной (соединительнотканной) и иммунной недостаточности со всеми вытекающими последствиями в постнатальной жизни. Во время диспансеризации семей, наряду с выявленной патологией в различных поколениях семьи, в кожных покровах были обнаружены зоны кожи с дегенеративными изменениями атрофического или склеротического характера, которые анатомопографически совпадали с биологически активными точками (БАТ) Китайской акупунктурной системы. В описании к Авторским свидетельствам СССР №793577 от 06.03.1979 г. и №1114420 от 15.03.1983 г., автор Уманская А.А. (с 28.12.1992 г. – Патенты РФ©) дано подробное описание нового понимания Китайской акупунктурной системы, морфологическим субстратом которой, на наш взгляд, является соединительная (мезодермальная) ткань, названная нами – биологически активная система автоматического регулирования (БАСАР) жизнедеятельности организма. Биологически активные зоны (БАЗ) кожи – это активные терминалы (рецепторы) системы БАСАР. БАЗ с дегенеративными изменениями – стигмы, указывающие на наличие дегенеративного процесса в эмбриогенетически связанных с ними органах. Уже в первые дни от рождения, по аналогии с обнаруженными нарушениями (стигмами) в кожных покровах матери, можно обнаружить нарушения у младенца в тех же зонах кожи. Именно поэтому, чем раньше начать восстановление деятельности кожно-подкожных структур младенца, тем быстрее, по закону корреляции Жоржа-Кювье, наступит восстановление в органах эмбриогенетически с ними связанных.

Заключение. Накопленный нами опыт работы в клинических, дошкольных и школьных учреждениях, а также по восстановлению здоровья часто болеющих и тяжело больных системной патологией детей, и ведение беременных, с целью профилактики передачи медленной гриппозной инфекции плоду, помог нам снизить риск возникновения наиболее частых нарушений развития плода, а также орфанных и других редких заболеваний. Полученные результаты позволяют привлечь внимание всех специалистов к этой важнейшей проблеме XXI века, которую надо решать совместно с другими проблемами (экологической, информационной, экономической и др.).

Эмбриогенетический нейроэндокринный мезодермальноиммунный дефицит

Уманская А.А., Уманский А.С., Хегай М.М.

Институт проблем Эмбриогенетического нейроэндокринного мезодермальноиммунного дефицита, Москва

Эмбриогенетический нейроэндокринный мезодермальноиммунный дефицит (ЭНЭМИД) – это самый медленный процесс, который возникает в организме плода под влиянием медленной гриппозной инфекции (МГИ) у матери, которая являлась вирусоносителем или

была заражена вирусом гриппа в период беременности. (Диплом об открытии «неизвестного ранее свойства вируса гриппа вызывать медленную инфекцию» №383 вручен д.м.н., микробиологу В.А. Зуеву 26.02.1986 г.).

Как показали исследования, МГИ не вызывает привычных острых воспалительных процессов в тканях и органах, а ведет к дегенеративным изменениям в мезодермальной системе. Эта система описана нами как древнейшая Биологически активная система автоматического регулирования (БАСАР) жизнедеятельности организма, которая на самой ранней стадии как эволюции, так и онтогенеза осуществляет регулирование всех процессов жизнедеятельности. (Описание к Патентам РФ №793577 и №1114420, автор Уманская А.А., 1979 г., 1983 г.). Каждая подсистема БАСАР имеет свое представительство на коже – биологически активные зоны (БАЗ), по морфофункциональному состоянию которых можно судить о состоянии тех структур, с которыми они связаны анатомографически, физиологически и эмбриогенетически. Дегенеративные процессы в системе БАСАР и в связанных с нею органах, возникающих под влиянием МГИ, ведут к развитию ЭНЭМИД. Именно поэтому уже в первые дни от рождения, по аналогии с обнаруженными нарушениями (стигмами) матери, можно обнаружить нарушения у младенца в тех же местах. ЭНЭМИД имеет свои закономерности и изменяет скорость и направленность своего течения под влиянием факторов внешней среды. Он ускоряется и прогрессирует под влиянием реинфекции, суперинфекции в периоды эпидемии гриппа, а может замедляться за счет правильного образа жизни, своевременной профилактики и реабилитации. ЭНЭМИД снижает устойчивость организма к воздействию неблагоприятных факторов внешней среды и, особенно, физических факторов (магнитные бури, радиация и др.). ЭНЭМИД – это первичный иммунный дефицит и предшествует всем вторичным иммунодефицитам (на наш взгляд, он предшествует СПИД и оказывает прямое влияние на скорость и тяжесть его течения). ЭНЭМИД присуще явление антиципации, т.е. признаки его в каждом последующем поколении проявляются на 10–15–20 лет раньше. Донозологические и ранние стадии ЭНЭМИД проявляются в виде эндокринопатий, энцефалопатий, миопатий, хондропатий, дискинезий и других симптомов и синдромов, как правило, до определенного времени трактуемых как заболевания с невыясненной этиологией. При этом одними наиболее частыми проявлениями ЭНЭМИД в первых поколениях являются частые и длительные воспалительные заболевания дыхательных путей и ЛОР-органов со склонностью к аллергизации. Во 2–3 поколениях, по данным проводимых в различные годы профосмотров, ЭНЭМИД лежит в основе тяжелых системных заболеваний (детский церебральный паралич, ревматоидный артрит и др.), трудно поддающихся лечению и, как правило, с невыясненной этиологией. В 4–5 поколениях – рождение детей с орфанными и другими редкими заболеваниями, а также с врожденными пороками развития. Увеличение количества выкидышей, преждевременных родов, рождений детей с малым весом и аномальным развитием, омоложение инфарктов, инсультов, онкологических заболеваний в последние десятилетия может быть объяснено увеличением скорости распространения ЭНЭМИД, связанных с ежегодными эпидемиями гриппа и не всегда обоснованными массовыми вакцинациями. Проведенные нами научные исследования (НИИ вирусологии им. Д.И. Ивановского АМН СССР – проф. Е.С. Кетиладзе, проф. Ф.И. Ершов, проф. В.Ф. Крылов; НИИ гриппа МЗ СССР – д.м.н. В.Я. Гагаринова; НИИ биофизики – д.м.н. А.А. Иванов; Всесоюзный центр радиационной медицины (г. Киев) – д.м.н. А.И. Нягу; Институт

мозга – д.м.н. В.Ф. Фокин; Всесоюзный Центр восстановительного лечения детских церебральных параличей – проф. К.А. Семёнова и др.) позволяют по-новому освятить отдельные стороны патогенеза многих наиболее распространенных заболеваний с неясной этиологией с позиции ЭНЭМИД, что даст возможность создать принципиально новую систему диагностики, профилактики, лечения и реабилитации наиболее распространенных заболеваний, орфанных и других редких заболеваний и заболеваний с «трудным диагнозом» в педиатрии.

В заключение нам бы хотелось привлечь внимание всех специалистов к этой важнейшей проблеме человечества XXI столетия, которую нам надо решать совместно.

Роль морфофункциональных нарушений в области биологически активных зон кожи в развитии синдрома вегетативной дисфункции у детей и подростков

Уманский А.С.

Институт проблем эмбриогенетического нейроэндокринного мезодермальноиммунного дефицита, Москва

Актуальность. Вегетативные дисфункции (ВД) – это наиболее распространенные неинфекционные заболевания детей и подростков. Поэтому разработка новых методов диагностики, профилактики и лечения ВД остается крайне актуальной. В литературе описан ряд факторов, способных играть роль причинных, предрасполагающих, провоцирующих развитие ВД: наследственные и врожденные, натальные и перинатальные, психоэмоциональные и др. факторы (Белоконь Н.А., Кубергер М.Б., 1987 г.; Заваденко Н.Н., Нестеровский Е.Е., 2012 г. и др.). Однако до настоящего времени роль медленной гриппозной инфекции (МГИ) и формирование под её влиянием в антенатальном периоде медленного системного процесса – Эмбриогенетического нейроэндокринного мезодермальноиммунного дефицита (ЭНЭМИД), который продолжает оказывать своё влияние на состояние здоровья в постнатальном периоде жизни, широко не изучалась. На наш взгляд, синдром вегетативной дисфункции (СВД) является одним из ранних проявлений ЭНЭМИД. Например, у детей первых месяцев жизни выявляют беспокойный сон, вздрагивание, бодрствование ночью, беспокойство, метеоризм, частые срыгивания и др. Одним из самых ранних признаков ЭНЭМИД является появление дегенеративно измененных биологически активных зон (БАЗ) кожи, указывающих, как показала многолетняя практика, на наличие дегенеративного процесса в эмбриогенетически связанных с ними органах, железах, ганглиях и т.д. (Уманская А.А. 1983 г., 1987 г.; Уманская А.А., Хегай М.М. 1991 г.; Уманская А.А., Уманский А.С., Хегай М.М. 1995, 2000, 2006 гг.).

Цель. Определить у детей и подростков комплекс БАЗ кожи с морфофункциональными нарушениями и выявить сопоставимость и закономерность местоположения у детей и их родителей.

Материалы и методы. На протяжении ряда лет, в течение первых 6–7 недель учебного года, нами проводится углубленный медицинский осмотр детей с вегетативными дисфункциями. Родители заполняют специально разработанные анкеты о психофизическом состоянии детей, о своих заболеваниях и заболеваниях их родителей. Под наблюдением взяты 102 школьника и 138 родителей. После анализа анкет, с помощью пальпации мест выхода черепно-мозговых и шейных нервов выявляем зоны с повышенной чувствительностью.

Дополнительно исследуем изменения электрической и магнитной проницаемости выявленных БАЗ кожи, а также изменения локальной температуры. Учитывая, что ЭНЭМИД имеет три типа патологической морфофункциональной асимметрии (ТПМФА): левый, правый и смешанный, то по асимметрии болевых ощущений определяем тип ПМФА у детей и их родителей. Нами установлено преобладание левого типа ПМФА у 76 детей и у 103 родителей. При углубленном обследовании у 36 детей и 56 родителей выявлена хроническая ЛОР-патология с преимущественным поражением органов, расположенных слева (левосторонние ангины, отиты, гаймориты, головные боли в лобно-височно-затылочных отделах слева). Выявлены сопоставимые, закономерно расположенные зоны кожи с дегенеративными изменениями, как у детей, так у их родителей. Анализ анамнестических данных показал, что 58,2% родителей отмечают наличие различных вегетативных расстройств в детстве, которые у 21% продолжаются до периода обследования. У 48,6% – наличие артериальной гипертензии, 36,2% родителей страдают ИБС. Применение разработанного нами комплекса восстановительных мероприятий у детей привело: к значительному сокращению частоты и длительности заболеваний ОРВИ и количеству их осложнений более чем в 2 раза; к нормализации состояния вегетативной регуляции у детей; к улучшению памяти, внимания, качества обучаемости и уменьшению эмоциональных срывов. У родителей также произошли значительные улучшения их состояния, выразившиеся в уменьшении у 89,6% метеочувствительности, у 56% – нормализации артериального давления, у 45% – в прекращении болей в области сердца и в улучшении эмоционального состояния.

Заключение. Как показали многократные исследования в дошкольных и школьных учреждениях, морфофункциональные изменения кожно-мышечных структур БАЗ кожи являются прогностическими и диагностическими критериями ВД и других сердечно-сосудистых нарушений, что создает предпосылки создания принципиально новых подходов для ранней их диагностики, профилактики и реабилитации.

Медико-психологические подходы к профилактике ОРВИ у часто болеющих детей

Филькина О.М., Воробьева Е.А., Пыхтина Л.А., Кочерова О.Ю.

Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова, Иваново

Цель исследования: разработать дополнения в комплекс медико-психологических мероприятий по профилактике острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) у часто болеющих детей. Материал и методы: обследовано 100 часто болеющих детей (ЧБД) в возрасте от 1 до 3 лет и 100 их матерей и отцов. У детей определяли концентрацию трийодтиронина (Т3), тироксина (Т4), соматотропного гормона (СТГ), кортизола (КТ) в сыворотке крови на иммунохемилюминесцентном анализаторе «IMMULITE» наборами фирмы «DPC»; интенсивность перекисного окисления липидов (ПОЛ) – методом индуцированной хемилюминесценции на приборе БХЛ-06М; вариабельность ритма сердца (ВРС) – методом спектрального анализа с использованием прибора «Полиспектр-12»; эмоциональный статус (ЭС) – при помощи специально разработанной шкалы (М.Я. Студеникин). У родителей изучали эмоциональный статус и психологические характеристики с помощью методик Айзенка, Юнга, Т.А. Немчина, Спилбергера, А.Я. Варга, В.В. Столина.

Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программ MS Excel XP и Statistica 6.0.

Результаты. Установлено, что ЧБД характеризуются сниженным ЭС, сопряженным со сниженным содержанием стресслимитирующих гормонов Т3, Т4, СТГ, повышенным содержанием стрессреализующего гормона КТ, повышением интенсивности ПОЛ, высоким индексом вагосимпатического взаимодействия при нагрузке (ВРС). Выявлены особенности психологических характеристик матерей: сниженные ЭС и самооценка, неуверенность в себе, отсутствие отчетливого представления о том, что необходимо делать для оздоровления ребенка. У отцов также выявлено отсутствие отчетливого представления о том, что необходимо делать для оздоровления ребенка; они видят значимыми в профилактике нарушений здоровья детей врачей-специалистов, а не себя. На основании полученных результатов были разработаны и внедрены дополнения в комплекс мероприятий по профилактике ОРВИ у часто болеющих детей, включающие создание положительного эмоционального фона в семье и профилактику психоэмоционального напряжения: создание положительного эмоционального фона при общении с ребенком, гармонизация детско-родительских отношений; повышение эмоционального статуса, самооценки, снижение тревожности родителей; повышение информированности родителей о здоровье ребенка; коррекция мотивационной сферы родителей и повышение роли семьи в профилактике ОРВИ. Кроме того, при контакте с больным ОРВИ и при адаптации к новым микросоциальным условиям у часто болеющих детей использовали лекарственные средства экстренной профилактики, в частности, препараты интерферона альфа-2b рекомбинантного человеческого, капли назальные и спрей назальный дозированный. Комплексное использование при профилактике ОРВИ у часто болеющих детей мероприятий по повышению эмоционального статуса, снятию психоэмоционального напряжения и технологии лекарственной интерферонопрофилактики в период адаптации ребенка к изменяющимся социальным условиям и при контакте с больным ОРВИ, а также оказание психологической помощи родителям способствовало нормализации нейроэндокринной регуляции, вегетативного равновесия, снижению стрессреактивности организма ребенка, позволило снизить частоту заболеваемости ОРВИ, тяжесть и продолжительность их течения.

Выводы. Медико-психологические подходы и дополнения в комплекс мероприятий по профилактике ОРВИ у часто болеющих детей значительно повышают эффективность профилактических мероприятий, способствуют нормализации нейроэндокринной регуляции, вегетативного равновесия, снижению стрессреактивности организма ребенка, снижению частоты заболеваемости ОРВИ, тяжести и продолжительности их течения.

Хирургическое лечение переломов и деформаций длинных трубчатых костей с применением титановых эластичных стержней у детей с несовершенным остеогенезом

Фролов А.В., Королев А.В., Белова Н.А., Бурцев М.Е., Логвинов А.Н., Катасонов Ф.С.

Российский университет дружбы народов, Европейская клиника спортивной травматологии и ортопедии, EMC, Клиника GMS, Москва

Цель. Несовершенный остеогенез (НО) – это генетическое заболевание, в результате которого происходит нарушение

синтеза соединительной ткани, что приводит к снижению прочности костной ткани (1 случай на 15 тыс. новорожденных). Снижение прочности кости и уменьшение ее массы приводит к ее повышенной ломкости и деформированию конечностей во время роста. Хирургическое лечение пациентов, страдающих НО, с применением титановых эластичных стержней, позволяет восстановить оси конечности и стабильно фиксировать костные фрагменты. Лечение детей с НО требует комплексного мультидисциплинарного подхода с участием педиатров, ортопедов-травматологов, реабилитологов, генетиков, эндокринологов и психологов.

Целью нашего исследования является анализ результатов хирургического лечения переломов и деформаций конечностей с применением титановых эластичных стержней у детей с НО. Материалы и методы. В период с 2014 по 2015 гг. в нашей клинике проводилось хирургическое лечение 18 пациентам, 13 мальчиков и 5 девочек, средний возраст составлял $8\pm 3,5$ года. 16 из них проходили предварительно лечение с применением бисфосфанатов. Было выполнено 30 хирургических вмешательств: 23 – бедренная кость, 9 – кости голени, 2 – кости предплечья и 2 – плечевая кость. Пациенты поступали к нам с диагнозом: 13 – неправильно сросшийся перелом, 3 – сформированный ложный сустав, 5 – врожденная деформация нижних конечностей и 5 случаев острой травмы. Для устранения деформаций выполнялись корригирующие остеотомии на одном или нескольких уровнях. Во всех случаях для фиксации костных фрагментов выполнялся интрамедуллярный остеосинтез титановыми эластичными стержнями диаметром от 2,0 мм. до 3,5 мм. У 10 детей применялась иммобилизация на срок от 1 до 6 недель в зависимости стабильности остеосинтеза. В 2 случаях отмечалась миграция металлофиксатора с формированием пролежня на коже в дистальных отделах бедра. Один из пациентов не проходил лечения с применением бисфосфанатов и из-за особенностей строения бедренной кости остеосинтез был выполнен одним стержнем, при этом положение отломков удалось сохранить до формирования костной мозоли и на момент удаления мигрирующего стержня перелом зажил. Все пациенты в послеоперационном периоде находились под наблюдением всех необходимых специалистов.

Результаты Оценка результатов после хирургического лечения проводилась на основании клинического осмотра и контрольных рентгенографических исследований через 6–8 недель после операции. Амплитуда движений в смежных суставах была восстановлена полностью во всех случаях. 5 пациентов, способных передвигаться самостоятельно до травмы, через 8–10 недель после операции вернулись к самостоятельной ходьбе. Все послеоперационные раны зажили первичным натяжением. Миграция металлофиксатора произошла дважды. При относительно стабильном остеосинтезе применялась иммобилизация при помощи легкой полимерной повязки, что снижало риск миграции стержня.

Выводы. Интрамедуллярная фиксация с применением титановых эластичных стержней дает хорошие и отличные результаты при лечении переломов и деформаций длинных трубчатых костей у детей с НО, позволяя не травмировать суставы и зоны роста. Это позволяет раньше приступить к реабилитационным мероприятиям, направленным на укрепление его мышечного каркаса и профилактику развития гипокINETического остеопороза у ребенка.

Краниовертебральная патология у часто болеющих детей ОРВИ младшего школьного возраста с отклонениями в развитии эмоционально-волевой сферы и познавательной деятельности

Хегай М.М.

Институт проблем Эмбриогенетического нейроэндокринного мезодермальноиммунного дефицита, Москва

В последние десятилетия медицинские работники сталкиваются с затруднениями у детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста в освоении развивающих и учебных Программ. В значительной степени, по мнению исследователей, эти затруднения обусловлены несвоевременной и недостаточной сформированностью и зрелостью отдельных функциональных систем (П.К. Анохин, 1975; А.В. Семенович, 2007 г.), которые ряд ученых связывают с образованием многоуровневой, соподчиняющейся функциональной системы, в основе которой лежат нарушения, возникающие на стадии эмбрионального развития плода. Особое внимание некоторые исследователи уделяют изменениям в краниовертебральной области. Краниовертебральная патология зачастую обусловлена дисплазией первых двух шейных позвонков (C1-C2) и затылочной кости черепа. При выполнении научно-исследовательской работы с часто болеющими ОРИ детьми была установлена прямая зависимость между уровнем развития познавательной и эмоциональной сфер ребенка с частотой заболеваний ОРИ в год, что выражалось в достоверном снижении работоспособности, уровня развития внимания, долговременной памяти, логического мышления и обобщения, снижения самооценки и повышения уровня личностной тревожности. Как правило, заболевание ОРИ сопровождалось головными болями, тошнотой, головокружением, повышенной возбудимостью, быстрой утомляемостью, нарушением процесса засыпания и сна. Сопоставимость симптомов и синдромов, сопутствующим частым респираторным заболеваниям, с симптомами, сопровождающими краниовертебральную патологию, предопределили дальнейшие наши исследования.

Материал и методы исследования. Нами было обследовано 99 детей, часто и длительно болеющих, в возрасте от 7 до 12 лет, с отклонениями в развитии эмоционально-волевой сферы и познавательной деятельности, направленных детскими врачами-неврологами поликлиник и психологами школ г. Москвы. Из этого числа были исключены дети с врожденной патологией нервной системы, структурными изменениями головного мозга, дети с эпилептическими очагами (по данным ЭЭГ), с сосудистыми мальформациями.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате рентгенологических исследований было выявлено: ратационное смещение зубовидного отростка в 78% случаях, нестабильность в краниоцервикальном сочленении в 82%, слаженность физиологического лордоза – в 59%, ограничение подвижности в атлanto-затылочных сочленениях в 68%, умеренное повышение пальцевидных вдавлений в черепе в 65%, аденоиды II–III степени в 87% случаев. По данным УЗДГ было выявлен функциональный стеноз позвоночной артерии у 49,2% детей справа, у 36,7% слева. У 68% выявлялись отчетливые признаки внутричерепной венозной дисфункции в базальных отделах головы, обусловленной ликвородинамическими нарушениями. У 61% детей на ЭЭГ на фоне достаточно мягких изменений по органическому типу выявлялись

признаки функциональной незрелости коры головного мозга, у 45% – функциональные изменения электрической активности стволового генеза. При проведении психологического обследования выявлялось нарушение уровня развития познавательной сферы детей (концентрация распределения внимания, уровень логического мышления, долговременная память, способность к обобщению и систематизации), снижение темпа и ослабление внимания по мере выполнения задания и одновременное увеличение количества ошибок у 79,2% детей. При выполнении заданий дети быстро истощались и отвлекались, делали много орфографических ошибок. Обследование эмоциональной сферы ЧБД показало, что эти дети более тревожны, достаточно широкий круг ситуаций воспринимают, как угрожающие. После лечения, включающего специально разработанный комплекс, состоящий из мягких мануальных воздействий, гомеопатии, лечебной физкультуры и точечного массажа была получена положительная динамика по данным ультразвукового доплерографического исследования экстра- и интракраниальных сосудов. У детей наблюдалась тенденция к увеличению скоростных показателей в исследуемых сосудах, а также достоверное улучшение венозного оттока на 48% ($p < 0,01$). Уменьшение частоты заболеваний, улучшение психофизического состояния, изменение самооценки детей в реальную сторону привело к снижению тревожности, озлобленности, агрессивности, уменьшению нервно-психических срывов, к улучшению их познавательной деятельности, что говорит о необходимости проведения рентгенологических исследований краниовертебральной области у часто болеющих детей с отклонениями в развитии эмоционально-волевой сферы и познавательной деятельности.

Состояние гепатобилиарной системы у новорожденных с задержкой внутриутробного развития

Ходжамова Н.К., Амизьян Н.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Поражение желудочно-кишечного тракта у новорожденных с ЗВУР может быть разнообразным.

В литературе недостаточно данных о характере изменений гепатобилиарной системы у новорожденных с ЗВУР.

Цель исследования. Изучить состояние гепатобилиарной системы у новорожденных с ЗВУР.

Пациенты и методы. Обследовано 72 новорожденных с проявлениями ЗВУР. Проведен общий анализ крови, биохимический анализ крови. УЗИ печени и желчевыводящей системы.

Результаты. Нами установлено, что у 82,3% новорожденных с ЗВУР отмечалось желтушное окрашивание кожных покровов. Увеличение размеров печени до 1,5–2,5 см с умеренно плотной консистенцией и гладкой поверхностью наблюдалось у 52,6% новорожденных с ЗВУР. У этих же новорожденных гипербилирубинемия была нерезко выражена и повышался уровень непрямой фракции. У 38,5% новорожденных с ЗВУР было обнаружено увеличение печени до 3–4 см с более плотной консистенцией, при этом пальпировалась селезенка до 1,5–2 см. Со стороны билирубиновой фракции отмечалась увеличение непрямого билирубина и несколько реже – прямого. У 63% новорожденных с ЗВУР выявлены изменения белкового спектра крови. По данным УЗИ у 29,1% новорожденных нарушения печени и желчевыводящих путей имели гиперэхогенный характер. Пониженная экзогенность

печени отмечалась у 38,5%, неоднородная структура печени выявлялась у 14,5% новорожденных с ЗВУР. Со стороны желчного пузыря неоднородное содержимое была отмечена в 17,5% случаев. Нарушение моторно-эвакуаторной функции желчевыводящей системы в сторону гипокинетического типа наблюдались у 58,3%, а гиперкинетический тип у 25% новорожденных с ЗВУР. Нормальное сокращение желчного пузыря отмечено нами у 16,6%.

Выводы. Выявленные нами нарушения со стороны печени расценивались как проявления реактивного гепатита, а изменения со стороны билиарного тракта чаще носили функциональный характер, что необходимо учитывать при коррекции лечебных мероприятий у новорожденных с ЗВУР.

Характеристика динамики углеводного обмена у новорожденных в зависимости от веса при рождении

Ходжамова Н.К., Рахманкулова З.Ж.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Гликемия зависит от таких факторов, как масса тела при рождении, гестационный возраст, национальность, высота над уровнем моря, время года.

Цель. Изучить особенности динамики углеводного обмена у новорожденных в зависимости от веса при рождении.

Материалы и методы обследования. Обследованные новорожденные были разделены на 3 группы в соответствии с рекомендациями ВОЗ, крупные плоды – ≥ 4000 г (3 ребенка из 34 – 1%); с нормальным весом при рождении – 2500–3999 г (14 из 34 детей – 41,2%); маловесные дети ≤ 2500 г (17 из 34 – 57,8%).

Результаты. При количественном анализе состояния углеводного обмена в данных группах, результаты оказались следующими: у новорожденных детей I группы гипогликемия наблюдалась у троих детей (100%) лишь в род. зале. К третьему часу жизни показатели глюкозы крови нормализовались, и в течение всего остального периода пребывания исследуемых в отделении сохранялись на нормальном уровне. Средний показатель сахара крови у таких детей также соответствовал пониженному уровню лишь в первые 3 часа жизни, и в последствии поднялся и держался на нормальных цифрах. Во II группе детей картина сложилась следующая: из 14 пациентов нормальные показатели глюкозы крови были у 4 (28,6%) новорожденных, гипогликемия в разной степени – у 10 (71,4%). Из них у 8 детей (57,1%) гипогликемия была начинающейся, а у двоих пациентов, то есть в 14,2% случаев ниже 2,6 ммоль/л и у одного пациента 7,1% глюкоза крови снизилась ниже 2,0 ммоль/л. У 8 (57,1%) детей с начинающейся гипогликемией нормальный уровень сахара крови установился ко второму дню жизни. В III группе новорожденных динамика углеводного обмена показала следующие результаты: в род. зале у 6 детей из 17 (35,3%) установлена нормогликемия, у 3 новорожденных (17,6%) – гипогликемия легкой степени, и у 8 детей (47%) – гипогликемия выраженной степени. Восстановление глюкозы до нормальных цифр у детей 3-ей группы с гипогликемией легкой степени проходило очень медленно: к 4 дню жизни с 17,6% (4 ребенка) снизилось лишь до 11,8% (2 детей). У новорожденных с уровнем глюкозы от 2,0 до 2,5 ммоль/л (2 детей – 11,8%) полное восстановление сахара крови произошло к 3 дню жизни. А у 6 (35,3%) детей с критическими показателями глюкозы крови ниже

2,0 ммоль/л, нормальный уровень восстановился только к 4 дню жизни. Гипергликемия у детей данной группы была на 3 часу жизни у 4 (23,5%) новорожденных и восстановление её произошло к началу 2 суток.

Вывод. Углеводные нарушения, преимущественно гипогликемического характера, чаще встречались и медленнее восстанавливались у детей с малым весом.

Проблемы укрепления репродуктивного здоровья. Профилактика андрологических заболеваний на амбулаторном этапе педиатрической службы

Чичерин Л.П., Плыгунов Е.А.

Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко, Москва

Цель работы – обосновать предложения по оптимизации мер укрепления репродуктивного здоровья – РЗ мальчиков и юношей, профилактики андрологической патологии.

Задачи: изучить материалы статистики и литературу; рассмотреть понятийный аппарат; проанализировать нормативно-правовую и организационно-методическую базу оказания андрологической помощи и др.

Основные результаты. Одним из ведущих механизмов улучшения демографической ситуации в Российской Федерации является усиление внимания государства, его социальных институтов, заинтересованных специалистов, самого населения к проблемам сохранения и укрепления репродуктивного здоровья, начиная с детско-подросткового периода. Однако сегодня налицо неоправданный «крен» и в официальных документах, и в организационных мероприятиях на местах, и в научных исследованиях в сторону преимущественного внимания к проблемам здоровья девочек и девушек. А по данным Росстата, число в стране детей 0–17 лет составляет 27,4 млн чел., из них мальчиков и юношей – 51,2%. К тому же за последние 10 лет частота андрологических болезней у мальчиков увеличилась в 1,5 раза, более 50% юношей и девушек имеют врожденные и приобретенные болезни, которые могут ограничить реализацию репродуктивной функции. В стране 3 млн бесплодных браков, и причина их в 60% случаев родом из детства, причём до 40% – результат мужского бесплодия.

Согласно приказу Минздрава России от 31.10.2012 г. №561н, первичная специализированная медико-социальная помощь – МСП осуществляется по профилю врачом, детским урологом-андрологом. При подозрении или выявлении у детей патологии мочеполовой системы в т.ч. и участковые педиатры направляют детей на консультацию к этому специалисту. Основные функции детского уролога-андролога – оказание консультативной, диагностической и лечебной помощи детям; осуществление диспансерного наблюдения; проведение санитарно-просветительной работы с населением и др. Порядком оказания педиатрической помощи (приказ Минздравсоцразвития России от 16.04.2012 г. №366н) рекомендованы штатные нормативы: 1 врач – детский уролог-андролог на 20 тыс. детей, медсестра на 1 штатную единицу этого специалиста.

Эти функциональные обязанности возлагаются и на создаваемые (до сих пор лишь на некоторых территориях страны) в детских поликлиниках/амбулаториях отделения/кабинеты МСП. Инструкция об организации его работы наиболее четко отражена в действующем приказе Минздрава

РФ от 5.05.1999 г. №154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста». Периодичность осмотров врачом – детским урологом-андрологом мальчикам – в 3 года, в 7, 12, 14, 15, 16 и 17 лет (приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 г. №1346н.

Предложения. Необходимо укомплектовывать штаты детских поликлиник врачом и медсестрой согласно нормативам. Важно также изучение, обобщение, анализ и распространение опыта работы по проблеме на местах. Требуется научное обоснование оптимальных организационных технологий, включая плановую деятельность института территориальных (республиканских, краевых, областных и др.) штатных специалистов с детскими урологами-андрологами медицинских организаций; оптимизацию организации медицинского обеспечения, диспансеризации контингента на амбулаторном этапе; совершенствование межсекторального взаимодействия медиков, педагогов, психологов, юристов и иных специалистов в данной области. Ответственные задачи в этом плане стоят в области реализации в условиях медицинских и образовательных организаций мер профилактики, гигиенического (включая половое) и нравственного воспитания молодых людей, формирования с детско-подросткового периода уважительного отношения к девочке, подготовки к будущей семейной жизни и пр. Необходимо самое непосредственное участие в этой работе специалистов системы охраны материнства и детства; Центров – охраны здоровья семьи и репродукции, охраны репродуктивного здоровья подростков, профилактики и борьбы со СПИД, а также Центров здоровья, Центров медицинской профилактики, СМИ и др.

Всё это должно быть направлено на переориентацию общества, специалистов-практиков, ученых, самих подростков, родителей с «однобокого» отношения к проблеме РЗ, имея в виду нарушение гендерного подхода к вопросам демографии – повышенное внимание, как правило, к таковым у девочек и девушек – на равное отношение и к ним, и к мальчикам, и к подросткам, то есть к «женскому» и «мужскому здоровью». Что в состоянии внести реальный вклад и в дело реализации демографической и государственной семейной политики государства.

IPЕХ-синдром: трудный путь к редкому диагнозу

Чубарова А.И., Костомарова Е.А., Хаматвалеева Г.Р., Дмитриева Ю.А.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Детская городская клиническая больница №13 им. Н.Ф. Филатова, Детская городская клиническая больница им. З.А. Башляевой, Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, Москва

Введение. X-сцепленный синдром иммунной дисрегуляции, полиэндокринопатии, энтеропатии (IPЕХ-синдром) является орфанным заболеванием из группы первичных иммунодефицитов, проявляющихся аутоиммунногенностью. Представлен клинический случай IPЕХ-синдрома, дебютировавшего с изолированного поражения кишечника у мальчика 5 месяцев.

Цель работы: на примере клинического случая IPЕХ-синдрома выявить особенности течения данного заболевания у детей первого года жизни, определить оптимальный алгоритм дифференциальной диагностики при синдроме некупируемой диареи.

Материалы и методы: работа проводилась на базе ДГКБ им.З.А.

Башляевой, ДГКБ им. Н.Ф. Филатова, ДНКЦ им. Д. Рогачева, где пациент наблюдается с 2014 г. по настоящее время. Применены анамнестические, клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования.

Клиническое наблюдение: мальчик Р., 5 мес. поступил в отделение для обследования по поводу некупируемой диареи, возникшей с 1,5 месяцев жизни, рефрактерной к антибактериальной, противогрибковой, гормональной терапии, синдрома мальабсорбции, белково-энергетической недостаточности, зависимости от парентерального питания, рецидивирующих эпизодов генерализованной инфекции. В ходе проведенного клинико-лабораторно-инструментального обследования был исключен ряд врожденных и приобретенных заболеваний, проявляющихся стойкой диареей и синдромом мальабсорбции: болезнь цитоплазматических включений микроворсинков, пучковая дисплазия кишечного эпителия, трихогепатозентеральный синдром, интестинальная нейрональная дисплазия, врожденная недостаточность дисахаридаз, врожденная мальабсорбция моносахаридов (мальабсорбция глюкозы-галактозы), врожденная хлоридная и натриевая диареи, врожденная короткая тонкая кишка, наследственные нарушения обмена веществ (нарушения обмена аминокислот и жирных кислот, нарушения гликозилирования), абеталипопротеидемия, болезнь задержки хиломикронов, врожденное нарушение всасывания желчных кислот, болезнь Вольмана, коллагеновая энтеропатия, экссудативная энтеропатия (первичная/вторичная), целиакия, муковисцидоз, инфекционные и паразитарные диареи, ВИЧ-инфекция, абсолютная внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы (синдром Даймонда-Швахмана, Иохансона-Близзарда, Пирсона, врожденный дефицит амилазы, липазы, энтерокиназы, трипсина), гормон-продуцирующие опухоли ЖКТ. В ходе повторного гистологического исследования биоптатов слизистой тонкой кишки выявлена тотальная атрофия ворсин (Marsh 3B) на фоне выраженной лимфоцитарной инфильтрации подслизистого слоя, утолщения базальной мембраны, склерозирования собственной пластинки слизистой, что характерно для иммуноопосредованного механизма повреждения. С учетом тяжести и длительности заболевания, рефрактерности к терапии, особенностей гистологической картины у ребенка была заподозрена первичная патология иммунной системы с иммуноопосредованным поражением кишечника. Иммунологическое исследование выявило дисбаланс классов иммуноглобулинов и субпопуляций Т- и В-лимфоцитов. Ранее аутоагрессивное поражение кишечника в комплексе с умеренными лабораторными проявлениями иммунной дисрегуляции у мальчика первых месяцев жизни позволило думать о наличии ИРЭХ-синдрома, что и было подтверждено результатами генетического исследования. Мальчик был переведен в отделение иммунологии, начата иммуносупрессивная терапия, на фоне которой явления энтеропатии купировались, удалось отменить парентеральное питание, однако ввиду неблагоприятного прогноза заболевания, несмотря на удовлетворительное состояние в настоящий момент, планируется трансплантация гемопоэтических стволовых клеток.

Результаты: на основании расширенного клинико-лабораторно-инструментального обследования и тщательной дифференциальной диагностики ребенку был своевременно выставлен диагноз редкого иммунологического заболевания, что позволило своевременно начать патогенетическую терапию.

Обсуждение: определение причины хронической диареи у младенцев является сложным, длительным процессом, имеющим принципиальное значение для прогноза. Следование определенному дифференциально-диагностическому алгоритму, включающему, по мнению авторов, кроме рутинных методов, скрининговое

иммунологическое обследование и углубленное исследование биоптатов слизистой оболочки тонкой кишки с проведением электронной микроскопии, позволит ускорить процесс верификации диагноза при синдроме некупируемой диареи младенцев.

Орфанные болезни в педиатрии

Шамов М.Г.

Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала

Ещё в 1983 году в Америке был принят законодательный акт «Orphan Drug Act», определивший около 1600 орфанных (редких), или, как их остроумно нарекли американские медики, «болезней-сирот» и синдромов, а также 300 лекарств для их терапии (орфанные лекарства). Практически эта и является датой эры обращения внимания мирового сообщества на эти заболевания. В РФ начало регистрации и лечения этих болезней относится к 2008 г., когда был издан приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (МЗиСР РФ) от 04.04.2008 №162н «О порядке ведения федерального Регистра больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственной им тканей, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей». Однако «7 нозологий» лишь мизерная часть орфанных болезней. В связи с этим во исполнение статьи 44 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», одобренном Советом Федерации 9 января 2011 года, Председателем Правительства РФ В.В. Путиным было принято Постановление от 26 апреля 2012 г. №403 «О порядке ведения федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и его регионального сегмента», в котором число подлежащих внесению в регистр и лечению орфанных болезней было увеличено до 24. Однако и этот список не решал проблемы и МЗиСР РФ 12 июля 2012 был утверждён список всех болезней, причисляемых в РФ к орфанным. В список входили 234 заболевания, однако многие болезни были представлены в виде кластеров. При расшифровке этих кластеров орфанных нозологий оказалось 389 (1). Среди этих 389 нозологий орфанных болезней, которые «чисто» входят в компетенцию педиатров, примерно восемь. Это следующие болезни: 1. Атипичный гемолитико-уремический синдром (D59.3). 2. Болезнь Ниманна-Пика тип А/В (генерализованное отложение фосфатидов в раннем детстве) (E75.2). 3. Витамин Д-зависимый рахит (E88.8). 4. Гипофосфатемический рахит. Синоним – витамин Д-резистентный рахит (E83.3). 5. Фенилкетонурия классическая (E70.0). 6. Другие виды гиперфенилаланиемии (E70.1). 7. Метилмалоновая ацидурия (E71.1). 8. Мукополисахаридозы всех типов (E76.0, E76.1, E7.2). Кроме того, в практике педиатров встречается значительное число других редких болезней, которыми страдают как дети, так и взрослые. Это 6–7 нозологий из правительственного списка 24 орфанных болезней и много других из списка МЗиСР. Т.о. Педиатры регионов должны принять самое активное участие как в составлении регионального регистра орфанных болезней, так и в их лечении.

Литература: 1. Шамов И.А. Орфанные болезни – «болезни сироты». Махачкала: лотос, 2013. 518 с. 2. Он же. Орфанные болезни – болезни сироты. Учебное пособие. Германия. Saarbruken: Lambert Academic Publishing. 2013. 355 с.

Множественные магнитные инородные тела желудочно-кишечного тракта у детей

Шатский В.Н., Ларькин О.А., Гудков Р.А., Белова Г.С., Т.А.Епишина, Федина Н.В.

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Рязань

Инородные тела (ИТ) желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) – давно известная и хорошо изученная проблема детской хирургии. Около 10–20% ИТ требуют эндоскопического удаления, 1% – хирургического лечения, однако традиционная тактика – выжидательная и консервативная. В последние годы участились случаи проглатывания детьми магнитных предметов/инородных тел (МИТ), что может иметь катастрофические последствия. Они характерны для детей в возрасте до 5 лет (познавательная деятельность). Отмечаются сложности в сборе анамнеза – ребенок не говорит, не помнит или не признается в том, что проглотил предмет, родители часто не знают, сколько инородных тел проглотил ребенок и в какие сроки. Предметы проглатываются легко, нет кашля, дисфагии, гиперсаливации. Свободный транзит даже одного магнита может быть ограничен «примагничиванием», например, к пряжке ремня ребенка и фиксацией в определенном месте, вызывая пролежень, перфорацию и т.д. Первые симптомы могут быть неявными и неспецифичными, что приводит к задержке в диагностике. При наличии МИТ серьезные осложнения развиваются в относительно короткие сроки: слипание магнитов в брюшной полости и примагничивание различных отделов ЖКТ, часто сопровождается перфорацией стенки кишечника или желудка с развитием острых хирургических состояний. Цель работы: демонстрация сложного клинического случая множественных МИТ (39 штук) у ребенка раннего возраста, потребовавшего проведение полостной операции.

Материалы и методы. За 2012–2014 годы проанализированы 30 случаев множественных МИТ ЖКТ у детей в возрасте от 2,5 до 7 лет. Количество МИТ составило от 2 до 39 штук, представленных магнитами от всевозможных сувениров до шариков от конструкторов. Все дети в разное время были госпитализированы в отделение общей хирургии ГБУ РО «ОДКБ им. Н.В. Дмитриевой». До трех лет – 5 детей, от 3–6 лет – 23 ребенка, 7 лет – 2 ребенка. Длительность анамнеза от 3 часов до 6 суток. У 42% детей к моменту поступления не было клинических проявлений, у 58% болевой, диспепсический синдром. Сбор анамнеза у 1/3 родителей был затруднен, факт проглатывания детьми ИТ неясным. При раннем анамнезе (до 6 часов) – детям проводилась ФГДС, УЗИ брюшной полости (72%), при позднем обращении – обзорная рентгенограмма брюшной полости (38%). В 7 случаях МИТ к моменту поступления находились в желудке (от 2 до 18 штук), и были извлечены с помощью ФГДС. В 22 случаях МИТ находились в просвете кишечника и вышли, впоследствии, естественным путем. В 1 случае длительное нахождение МИТ (6 суток) в ЖКТ способствовало образованию конгломератов из магнитов, образованию перфораций в желудке, в связи с чем попытка удаления МИТ с помощью ФГДС не удалась, что потребовало проведение лапаротомии. В работе представлен клинический случай МИТ ЖКТ у ребенка 2,5 лет, поступившего с жалобами на спастические боли в животе в течение 2 суток, разжиженный темный стул. В анамнезе девочка несколько дней (5–6) играла с магнитными шариками, один раз мама видела магнитный шарик у ребенка во рту. Температуры, рвоты не было. С появлением резких болей в животе обратились к врачу. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости, в проекции антрального отдела желудка, определяется множество (39 штук!) округлых инородных тел, с четкими

ровными контурами диаметром 0,5 см. Выполнена ФГДС – по задней стенке и малой кривизне определяется конгломерат и несколько колец инородных тел – шариков, плотно фиксированных друг к другу через слизистую, где определяются наложения фибрина. Выполнена лапаротомия, гастротомия. Из желудка удалено 35 шариков, выявлено 4 перфоративных отверстия попарно на малой кривизне и по задней стенке. При ревизии сальниковой сумки обнаружено 2 отверстия на поперечно-ободочной кишке, из которых удалено 4 магнитных шарика. Послеоперационный период без осложнений. Ребенок в удовлетворительном состоянии выписан домой.

Выводы: 1. Проблема МИТ ЖКТ у детей достаточно значима. 2. Стертость клиники и недостаточный анамнез вызывают затруднения в диагностике. 3. Частота и тяжесть развития осложнений очень велика, поэтому необходима профилактическая и разъяснительная работа с родителями, чем опасны такие игрушки.

Случай диагностики синдрома Гительмана у ребенка раннего возраста с атрезией пищевода

Шумихина М.В., Куликова Н.В., Чугунова О.Л., Разумовский А.Ю., Чубарова А.И., Мухина Ю.Г.

Детская городская клиническая больница №13 им. Н.Ф. Филатова, Российский национальный исследовательский медицинский университет, Москва

Тубулопатии – группа патологических состояний, характеризующихся врожденным или приобретенным дефектом канальцевых функций почек с нарушением обмена веществ, соответствующим характеру дефекта. Первичные тубулопатии предусматривают наследственный дефект генов, регулирующих функцию того или иного фермента канальцев, вследствие чего развивается патология обычно с первых месяцев или лет жизни ребёнка. Как правило, у новорожденных и детей раннего возраста клиника сольтеряющих расстройств (синдромы Барттера и Гительмана) проявляется полидипсией, рвотой, отсутствием прибавки веса и выраженными электролитными нарушениями (гипокалиемический гипохлоремический метаболический алкалоз), что часто принимают за хирургическую патологию. Мы сообщаем о случае диагностики синдрома Гительмана у девочки В., 2012 года рождения с атрезией пищевода. Из анамнеза известно, что девочка от молодых здоровых родителей, не состоящих в родственном браке; от третьей беременности (первая беременность – 2005 г., здоровый мальчик, II – 2012 – медицинский аборт), наступившей самостоятельно, протекавшей с гестозом на всем протяжении беременности; от вторых самостоятельных родов на 41 неделе. Девочка родилась с массой 2990 г, ростом 51 см, оценка по шкале Апгар – 7/7 баллов. После рождения диагностирована атрезия пищевода с трахеопищеводным свищем, по месту жительства проведено разделение свища, наложена эзофаго- и гастростомы. В связи с невозможностью экстубации для дальнейшего лечения в сентябре 2012 г. впервые поступила в отделение торакальной хирургии ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова. Наложена трахеостомы, проведена успешная экстубация. В последующем периодически наблюдалась на базе отделения. Основной жалобой на протяжении всего времени являлся выраженный дефицит веса. При проведении инфузионной терапии и парентерального питания состояние ребенка улучшалось, отмечалась прибавка веса, однако после пребывания дома – вновь выраженная убыль массы тела. С 6–8 месяцев – увеличение объема потребляемой воды, предпочтение еды воде, в моторном развитии резко не отставала, но отмечалась быстрая мышечная утомляемость. Впервые

консультирована нефрологом в мае 2014 г. (1 год 10 мес.). Вес при осмотре – 7000 г, рост – 79 см. Кормилась в гастростому. Артериальное давление – не повышено, отмечалась склонность к гипотензии 80/52 мм рт.ст. При проведении КЩС – выраженный алкалоз (рН 7,59–7,67, BE = +3,4–5,6 ммоль/л), в биохимическом анализе крови – отмечалось выраженное снижение электролитов – калий – 2,9 ммоль/л, натрий – 125 ммоль/л, хлориды – 81 ммоль/л, глюкоза – 3,37 ммоль/л, креатинин – 29,3 мкмоль/л, мочевины – 4,5 ммоль/л, щелочная фосфатаза – 275 Ед/л, кальций – 2,6 ммоль/л, фосфор – 1,26 ммоль/л. Скорость клубочковой фильтрации по формуле Шварца (к-40) 108 мл/мин. Исследован уровень ренина (прямой метод) – 31 мкМЕ/мл (верхняя граница нормы), альдостерон – 83 пг/мл (норма). По данным УЗИ почек изменений не выявлено. На основании клинико-лабораторных изменений заподозрена первичная сольтеряющая тубулопатия. Взяты анализы на генетическое тестирование. В клинике – самочувствие удовлетворительное, без инфузионной терапии сохранялось отсутствие прибавки в весе, на фоне интеркуррентных болезней – снижение веса. 14.01.15 выполнена операция – колозофагопластика. Послеоперационный период протекал без осложнений. К маю 2015 г. стали известны результаты генетических тестов: по данным молекулярно-генетического анализа методом параллельного секвенирования (лаборатория отдела наследственных эндокринопатий, зав. – проф. А.Н. Тюльпаков) – мутаций в генах SLC12A1, CLCKB, CASR, ответственных за синдром Барттера I, III, V типов по Seyberth H.W., 2008, не выявлено. Выявлена мутация в гене SLS12A3 – характерная для синдрома Гительмана. 16.07.15 выполнена пластика гортани (реберным хрящом). Девочка по настоящее время является носителем трахеостомы, планируется ее удаление. Вес девочки – 10 кг, психомоторное развитие не страдает, получает дотации электролитов, особенно при интеркуррентных заболеваниях.

Заключение: при наличии врожденной хирургической патологии у ребенка необходимо задуматься о генетическом характере заболевания, в том числе, о развитии первичной тубулопатии. Исследование мутации генов на современном этапе позволяет уточнить диагноз, способствует коррекции терапии и формированию более точного прогноза заболевания.

Постхолецистэктомический синдром у детей, перенесших холецистэктомию, как маркер выбора альтернативной лечебной тактики при желчнокаменной болезни у детей

Якимова Л.В., Харитоновна Л.А.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Актуальность. Примерно треть детей, перенесших ХЭ, нуждаются в постоянном наблюдении педиатра и гастроэнтеролога, в связи с развитием у них в разные сроки после оперативного вмешательства постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС).

Цель: оптимизировать лечебную тактику ЖКБ путем описания патофизиологических механизмов формирования ПХЭС у детей, перенесших холецистэктомию.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 172 ребенка с ЖКБ (58 мальчиков и 114 девочек), перенесших ХЭ. Всем детям, кроме общеклинических анализов крови и мочи проводились биохимические исследования сыворотки крови, включая липидограмму, выполнялось трансабдоминальное ультразвуковое исследование (ТАУЗИ), динамическая гепатобилисцинтиграфия

(ДГБСГ), эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), морфологические исследования стенки ЖП.

Результаты работы и их обсуждение. У части детей после ХЭ наблюдалось нарастание функциональных нарушений пищеварительного тракта: гипертонуса сфинктера Одди (17–21,8% и 20–25,6%; $p < 0,05$ соответственно), также ГЭР (10–12,8% и 20–21,3%; $p < 0,05$ соответственно). Обострение гастрита и гастродуоденита составило также до ХЭ 1:1, а после ХЭ – 1:2. Нарастала частота диспепсии: отрыжки (3 – 3,8% и 17 – 18,0%, $p < 0,02$ соответственно); изжоги (8 – 10,2% и 21 – 22,3%, $p < 0,05$ соответственно); тошноты (12 – 15,3% и 18 – 23,1%, $p < 0,05$ соответственно); неустойчивого стула (5 – 6,4% и 10 – 12,8%, $p < 0,01$ соответственно). Выявлялись также метеоризм, полифекалия, окрашивание кала в светло-желтый цвет. При микроскопическом исследовании кала отмечалась креаторея (25 – 32,1%), соединительная ткань (24 – 25,5%), большое количество крахмала и клетчатки (38 – 48,7%), стеаторея (35 – 44,9%). На частоту формирования ПХЭС влияла и длительность заболевания. Так, при длительности заболевания от 1 года до 3 лет воспаление в стенке ЖП было слабо и умеренно выражено лимфогистиоцитарной инфильтрацией (17 – 77,2%), снижением числа больных с инфильтрацией подслизистого слоя ЖП эозинофилами (1 – 33,3%) на фоне практически полного отсутствия пролиферативной активности фибробластов. Воспалительный процесс обратим. При длительности заболевания более 5 лет отмечалось увеличение количества больных с распространением воспаления в собственно слизистую оболочку (22 – 95,7%) и до мышечного слоя (19 – 82,7%), с явлениями их дистрофии и склероза.

Заключение. Таким образом, у трети детей, перенесших ХЭ, формируется ПХЭС. При длительности заболевания от 1 года до 2 лет и возрасте ребенка до 3 лет патологический процесс в стенке ЖП может быть обратимым. Однако именно эти дети составляют группу риска для развития ПХЭС. Следовательно, формирование ПХЭС у этих детей обусловлено не характером воспалительного процесса в стенке ЖП, а выпадением буферной функции последнего. С длительностью заболевания более 5 лет течение воспалительного процесса принимает непрерывно рецидивирующий характер на фоне усиления процессов склерозирования и нарушения регенерации и репарации СО ЖП. Клинические признаки ПХЭС в этих случаях обусловлены гипованкцией ЖП или его отключением и вторичными изменениями обусловленными потерей бактерицидности желчи и развитием вторичной секреторной недостаточности поджелудочной железы.

Выводы. Профилактикой развития послеоперационных осложнений и в частности формирования ПХЭС у детей, перенесших ХЭ, является адекватный выбор альтернативной терапии: 1. Детям до 3 лет рекомендуется наблюдение педиатра и хирурга, назначается литолитическая терапия. Обоснование: при адекватной терапии возможно нивелирование воспалительного процесса и в 50% случаев растворение конкрементов. После ХЭ у большинства формируется ПХЭС. 2. Возраст от 4 до 12 лет с длительностью заболевания более 5 лет является оптимальным для планового оперативного вмешательства. Обоснование. Печень и желчные пути адаптированы к объемной перегрузке желчью. ПХЭС формируется крайне редко. 3. Особого внимания при выборе лечебной тактики требуют подростки (дети 12–15 лет). Альтернативной в этом возрасте является выжидательная тактика. Обоснование: хирургическое вмешательство, дача наркоза в период разбалансирования нейроэндокринных функций может быть своего рода триггером для развития наследственно обусловленных хронических заболеваний. 4. В возрасте 16–18 лет, при не эффективности консервативной терапии показана ХЭ. Обоснование. Частота литолиза желчных камней составляет 25%. ПХЭС формируется крайне редко.

Комплексная оценка состояния здоровья детей с болезнью Легга-Кальве-Пертеса

Виноградова А.Г.

Смоленский государственный медицинский университет,
Смоленск

Введение. Болезнь Легга-Кальве-Пертеса – это заболевание, в основе которого заключается нарушение кровоснабжения головки бедренной кости, в последующем с формированием некроза. В структуре ортопедической патологии на долю болезни Легга-Кальве-Пертеса приходится в среднем 15%. С момента первого описания заболевания выдвигались различные теории возможных этиологических факторов: от инфекционного агента до травматического воздействия. На данный момент большинство ученых сходятся во мнении, что пусковым механизмом является комбинация различных факторов.

Идея. Учитывая, что научных работ об изучении состояния здоровья детей с болезнью Легга-Кальве-Пертеса в России и за рубежом практически нет, нами рассмотрена группа детей для оценки состояния здоровья в целом.

Цель. Провести комплексную оценку состояния здоровья детей с болезнью Легга-Кальве-Пертеса.

Задачи. Изучить анамнез жизни, охарактеризовать физическое и нервно-психическое развитие ребенка, уровень резистентности и функциональное состояние организма.

Материалы и методы. На базе областной клинической больницы осмотрены: I группа (n=19) с болезнью Легга-Кальве-Пертеса, II группа (n=19) дети с группой здоровья I-II без соматической патологии. Исследование было проведено с использованием: формы 003/у, формы 112/у, анкетирование матерей, физическое обследование с использованием комплекса устройств для антропометрии, оценка нервно-психического развития с использованием корректурных проб (фигурных, буквенных), тест Люшера, лабораторные методы исследования: общий анализ мочи, общий анализ крови.

Результаты. При анализе медицинской документации установлено, что 17 (89,5%) из 19 детей с болезнью Пертеса проживали в области. Из социального анамнеза определено, что 15 (78,9%) детей из I группы воспитываются в неполной семье, что достоверно выше, чем в контрольной группе ($p < 0,01$). Средний возраст детей I группы составил $10 \pm 1,5$ лет. Выявлено, что возраст матерей детей из I группы составил в среднем 25 ± 1 год, что достоверно не отличается от группы контроля. Все дети родились в срок 38 ± 1 неделя, естественным путем 17 (89,5%) детей ($p > 0,05$). Установлено, что отягощенный соматический анамнез имели 100% матерей из I группы, что достоверно выше ($p < 0,05$), чем во II группе (38%). Кроме того, выявлено, что в основной группе 5 (26,32%) матерей курили во время беременности ($p < 0,05$), акушерско-гинекологические осложнения во время беременности наблюдались у 10 женщин (52,6%) ($p < 0,05$). При оценке физического развития при рождении детей I группы установлено, что среднюю массу тела 3350 ± 320 г имели 14 (73,7%) детей, 5 детей (26,3%) имели массу более 4000 г ($p < 0,05$). При проведении корректурных проб у детей I группы установлено, что у 8 детей (42,1%) выявлено снижение

уровня работоспособности ($p < 0,05$), ухудшение эмоционального состояния по результатам теста Люшера у 6 (31,6%) детей ($p < 0,05$). При оценке антропометрических данных детей I группы выявлено, что физическое развитие детей у 12 (63,2%) детей соответствовало среднему и низкому дисгармоничному ($p < 0,01$). Выявлены заболевания костной системы у детей I группы у 5 (26,3%) был выявлен сколиоз, и у 7 (36,8%) плоскостопие разной степени выраженности ($p < 0,01$) и ожирение 1–2 степени у 2 (10,5%) детей. Установлено, что сниженный уровень резистентности среди детей из I группы выявлен у 12 (63,2%) детей, что достоверно выше, чем в группе контроля (10,5%, $p < 0,05$). При оценке функционального состояния организма выявлено, что анемия легкой степени имела место у 4 (21,1%) детей основной группы ($p > 0,05$). **Обсуждение.** Таким образом, определено, что все дети с болезнью Пертеса имеют неблагоприятный социальный и биологический анамнез. В структуре заболевших преобладают мальчики в возрасте $10 \pm 1,5$ лет, большинство детей проживают в сельской местности. Лишь у трети детей физическое развитие соответствует возрастным нормам, а около 42% детей имеют отклонения в нервно-психическом развитии ($p < 0,05$). Уровень резистентности у детей с болезнью Пертеса снижен в 63% ($p > 0,05$) случаев. Данные дети имеют ряд сопутствующей ортопедической патологии и алиментарно-зависимых заболеваний. Таким образом, дети с болезнью Легга-Кальве-Пертеса имеют ряд соматических заболеваний и требуют внимания со стороны других узких специалистов.

Клинико-генетическая характеристика муковисцидоза у детей и подростков в популяции Московского региона

Кондратьева Е.И., Капранов Н.И., Петрова Н.В.,
Шерман В.Д., Воронкова А.Ю., Шабалова Л.А.,
Никонова В.С., Новоселова О.Г., Мердалимов Р.Г.,
Макарова Н. В.

Медико-генетический научный центр, Москва

Цель. На основании анализа регистра 2012 года больных муковисцидозом (МВ) детей и подростков Московского региона (292 пациента) изучить клинические особенности, частые фенотипы МВ, генетический полиморфизм гена CFTR и микробиологическую характеристику дыхательного тракта.

Материалы и методы. Объектом для исследования явились данные регистра МВ по Московскому региону за 2012 год, заполненного согласно рекомендациям Европейского регистра (ECFSР), в который включено 292 ребенка. Генотипирование было проведено 273 детям, что составило 93,5%. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета прикладных программ SPSS (SPSS Inc., Chicago, IL). В зависимости от вида распределения мерами центральной тенденции и рассеяния служили среднее значение (M) \pm стандартное отклонение (SD) или медиана (Me) (интерквартильный размах). При сравнении средних значений или медиан применялись t-критерий Стьюдента или критерий Манна-Уитни.

Результаты. Генетический полиморфизм гена CFTR. Изучение спектра и относительных частот мутаций гена CFTR в выборке больных МВ Московского региона показало следующие результаты: Установлено, что 10 мутаций (F508del, CFTRdele2,3, G542X, 2184insA, W1282X, 3849+10kbC>T, N1303R, 2148delT, L138ins, 1677delTA) встречались чаще (8 и более раз) и составили 79,85%. Мутации R1162X, R334W, S466X, 2789+5G>A, 3821delT, E92K, 394delTT, S1196X встречались реже, от 2 до 4 раз, и составили 3,66%. Остальные мутации (Y569D, R785X, S549N и другие), представленные единичными событиями, в сумме составили 2,9%. Мутации не были определены у 13,59%. В порядке убывания частоты мутации распределились следующим образом: F508del – 57,5%; CFTRdele2,3 – 8,8%; W1282X – 2,38%; 2184insA – 1,64%; 2143delT – 1,64%; L138ins – 1,64%; N1303K – 1,64%; 3849+10kbC->T – 1,64%; 1677delTA – 1,47%, G542X – 1,47%. Клиническая характеристика МВ и изучение взаимосвязи: генотип – фенотип. Хроническая панкреатическая недостаточность (фекальная эластаза (ФЭ) <200 мкг/кг) регистрировалась у 155 (78,7%) пациентов. Самые частые генотипы: F508del/F508del (43,9%), F508del/Unknown (10,1%), F508del/CFTRdele2,3 (9,5%), F508del/W1282X (6,1%). В группу с нормальной функцией поджелудочной железы (ФЭ 200 мкг/кг) вошли 42 пациента (21,3%). Самые частые генотипы: F508del/Unknown (32,5%), CFTRdele2,3/Unknown (10%), F508del/3849+10kbC->T (10%), F508del/2789+5G>A (5%), W1282X/3849+10kbC->T (5%). Сахарный диабет (СД) выявлен в 10 случаях (3,4%). Частые аллели: F508del – 60%, CFTRdele2,3 – 10%. Снижение индекса массы (ИМТ) тела ниже 25 центиля зарегистрировано в 90 случаях (39,5%). Самые частые аллели: F508del – 62,5%, CFTRdele2,3 – 8,75%, W1282X – 3,1%, последний встречался чаще, чем в общей популяции больных (2,38%). Мекониевый илеус в анамнезе зарегистрирован в 30 случаях (10,3%). Самые частые аллели: F508del – 56,7%, CFTRdele2,3 – 6,7%, последний встречался реже, чем в общей популяции. Синдром псевдо-Баттера отмечен в 15 случаях (5,1%). Наиболее частые аллели: F508del – 30,7%, 1677delTA – 15,4%, CFTRdele2,3 – 15,4%. Мутация 1677delTA в гомозиготном состоянии встречается дважды, что определяет высокую аллельную частоту (15,4%) в группе данного фенотипа. Назальные полипы выявлены у 41 ребенка (14%). Наиболее частые аллели F508del – 68,8%, CFTRdele2,3 – 10%, 1677delTA – 3,75% последние два регистрировались чаще, чем в общей популяции (8,8% и 1,5% соответственно). Цирроз печени выявлен в 24 случаях (8,2%). Трансплантация печени была проведена одной пациентке (0,3%). Цирроз чаще встречался у детей старше 7 лет – 23 пациента (96%). Среди пациентов мужского пола цирроз печени встречается в два раза чаще, чем среди женского (16 случаев против 8). Самые частые аллели: F508del – 63,6%, CFTRdele2,3 – 13,6%. Микробиологический профиль. Хроническое носительство *St. aureus* определялось в 238 случаях (81,5%), *Ps. aeruginosa* – в 59 случаях (20,2%). *Burkholderia cepacia* выделялась в 9 случаях (3,0%). *Stenotrophomonas maltophilia* выделен в 14 случаях (4,8%). Неферментирующая грамм-отрицательная флора была выделена в 20 случаях (6,8%). Во всех случаях самым частым генотипом является F508del/F508del. Также было выявлено, что к 7–12 годам инфицированность дыхательных путей *Ps. aeruginosa* достигает максимума (40–50%).

Выводы. Установлены частота и спектр мутаций гена CFTR для детской популяции Московского региона, клиническая и микробиологическая характеристика больных, что позволяет целенаправленно разрабатывать профилактические, диагностические и терапевтические мероприятия.

Стабилография в гигиенической оценке школьных ранцев

Курганский А.М.

Научный центр здоровья детей, Научно-исследовательский институт гигиены и охраны здоровья детей и подростков, Москва

Актуальность. Нарушения осанки и деформации позвоночника занимают первые ранговые места среди заболеваний школьников. Одним из важных факторов риска является школьный ранец, неоптимальная конструкция и вес которого оказывает негативное влияние на формирование костно-мышечной системы ребенка. Идея исследования: провести гигиеническую оценку школьных ранцев на основании анализа функциональной системы устойчивости вертикальной позы.

Цель исследования: оценить влияние ранцев различной конструкции на устойчивость вертикальной позы у детей.

Материалы и методы. Проведено обследование 52 детей 8–10 лет. Регистрировались показатели устойчивости вертикальной позы – средний разброс и площадь эллипса, средняя скорость колебаний, КФР (качество функции равновесия) в течении 30 с использованием постурографической установки «Стабилан-01». Конструкция ранца №1 имела традиционную толщину и форму спинки; конструкция №2 – утолщенная спинка с дополнительными конструктивными элементами (каркасом, жестким дном и карманами), следует отметить, что данные модели распространены на сегодняшнем рынке. Вес школьного ранца, удерживаемого обследуемым в процессе стабиллографического исследования, устанавливался исходя из среднестатистического веса школьного ранца вместе с учебными комплектами и школьно-письменными принадлежностями и равнялся 5 кг. Для анализа данных использовался непараметрический критерий U Манна-Уитни (SPSS 19). Результаты исследования. Наибольшая устойчивость (минимальные значения показателей среднего разброса, средней скорости колебаний и площади эллипса, а также максимальные значения КФР) характерны для пробы без ранца, а при использовании ранцев устойчивость вертикальной позы ухудшается. Показатель среднего разброса без ранца $7,91 \pm 0,54$ мм, показатель площади эллипса $646,01 \pm 87,63$ мм², что достоверно ниже ($p < 0,05$), устойчивости в ранцах №1 и 2. При сравнении устойчивости вертикальной позы в ранцах №1 и №2 выяснилось, что устойчивость в ранце №2 – ниже, что достоверно по показателям среднего разброса (ранец 1 – $9,18 \pm 0,56$ мм, ранец 2 – $10,29 \pm 0,63$ мм, $p = 0,026$) и площади эллипса (ранец №1 – $851,27 \pm 105,99$ мм², ранец №2 – $1110,52 \pm 147,11$ мм² $p = 0,016$). По показателям средней скорости колебаний и КФР разница между ранцами №1 и №2 не значима (на уровне тенденции).

Обсуждение полученных результатов. Таким образом, в нашем исследовании, в пробе с ранцами, показана худшая устойчивость по сравнению с пробами без ранца, а ранец №2 показал наихудшую устойчивость по сравнению с ранцем №1. Данный эффект можно объяснить тем фактом, что при более толстой спинке центр масс нагруженного ранца расположен дальше от центра масс самого ребенка, то есть центр ранца как бы удален от спины ребенка, что создает повышенный вращательный момент и, как следствие, дополнительную нагрузку на спинку ребенка, что ухудшает устойчивость ребенка. Данная проблема может усугубляться еще и тем, что формоустойчивая спинка может не полностью повторять контуры спины, что также приведет к удалению центра масс ранца от центра масс ребенка. Неоспоримым является тот факт, что формоустойчивая спинка ранца обязательна для профилактики мышечного напряжения

и, как следствия, боли в спине у детей. Но толщина и форма спинки ранца должны регламентироваться. То есть мы можем сделать вывод, что гигиенически не обоснованная избыточность конструктивных элементов снижает устойчивость вертикальной позы ребенка. В связи с чем необходима регламентация и других конструктивных элементов, удаляющих центр масс ранца от спины ребенка, таких как жесткое дно, большие карманы, жесткий каркас ранца. В заключение можно отметить, что благодаря использованию стабелографического метода, можно подойти к нормированию конструкции школьных ранцев для определения оптимальных конструктивных решений с сохранением обязательных гигиенически обоснованных элементов, но и отходом от избыточных элементов конструкции школьного ранца, что должно способствовать минимализации мышечного напряжения и, как следствие, снижению дискомфорта при ношении школьного ранца, что важно для безопасного использования школьного ранца. Вывод. Таким образом, полученные данные показывают, что исследование функциональной системы вертикальной позы позволяет выявить влияние использования ранцев на состояние опорно-двигательного аппарата, что выражается в ухудшении показателей устойчивости вертикальной позы из-за дополнительной статической нагрузки на мышцы плечевого пояса, туловища и ног.

Новые подходы к оценке риска внутриутробного повреждения сердечно-сосудистой и центральной нервной системы новорожденных на основании показателей аутоиммунитета в паре «мать-ребенок» в аспекте постнатальной профилактики

Куфа М.А.

Детская инфекционная клиническая больница №6, Москва

Одним из типичных проявлений антенатальной патологии плода является задержка внутриутробного развития плода (ЗВУР), характеризующаяся изменением массо-ростовых параметров плода по сравнению с нормативными данными. Для новорожденных с ЗВУР характерен ряд морфологических, физиологических, метаболических особенностей, а также особенностей неврологического и соматического статуса. Частота ЗВУР составляет от 6,5 до 30% всех новорожденных, по данным Госкомстата РФ (2009 г.), частота рождения детей с низкой массой тела в России составляет 4,0–7,3% по отношению ко всем родившимся и имеет тенденцию к увеличению в последние годы. Идея. Прогнозирование органоспецифических повреждений у новорожденных.

Цель работы. Анализ перспективы использования определения аутоантител (ауто-Ат) в парах «мать-ребенок» для прогнозирования риска реализации перинатальной патологии.

Материалы и методы. В исследование было включено 76 пар «мать – новорожденный ребенок», госпитализированных в неонатальные отделения ГБУЗ «ДИКБ №6 ДЗМ». Оценивались анамнестические, общеклинические, инструментальные и лабораторные параметры. Методом иммуноферментного анализа определялись антитела к ЦМВ,

герпесам 1, 2 типа, токсоплазме, уреоплазме. Содержание аутоантител (ауто-Ат) класса IgG определенной антигенной специфичности оценивалось сертифицированными тест-системами ЭЛИ-Тест (МИЦ «Иммункулус», Москва). Анализ был проведен в 2-х группах детей с наличием или отсутствием ЗВУР. Из 18 новорожденных со ЗВУР, 78% составили недоношенные дети, гипопластический вариант ЗВУР был диагностирован у 12, гипотрофический – у 6 пациентов. Срок гестации составил от 33 до 40 недель (35,66±2,37). Масса детей со ЗВУР при рождении составила от 1760 г до 2800 г (2312,22±367,86), рост – от 41 см до 48 см (45,22±2,26). Возраст обследуемых матерей детей со ЗВУР составил от 22 лет до 37 лет (31,77±4,79). Высокоаффинные антитела класса IgG к инфекционным агентам были обнаружены более чем в 90% случаев, причем в 75% случаев было отмечено сочетание 2-х и более возбудителей.

Результаты. В нашем исследовании выявлена статистически значимая взаимосвязь между наличием ЗВУР и уровнем аутоантител к двухспиральной ДНК. У детей со ЗВУР в 27,7% случаев ($\chi^2(df=2)=12,45982$, $p=0,00197$) отмечалось снижение уровня исследуемых ауто-Ат, в то время как у детей без ЗВУР пониженный уровень аналогичных ауто-Ат встречался лишь в 5%. У матерей детей со ЗВУР достоверно чаще (67%) был выявлен сниженный уровень аутоантител к ДНК ($\chi^2(df=2)=10,72501$, $p=0,00469$), чем у женщин, родивших детей без ЗВУР, где сниженный уровень встречался в 27%. В 11% случаев у детей со ЗВУР был выявлен сниженный уровень аутоантител к ревмофактору ($\chi^2(df=2)=6,863403$, $p=0,03234$), у детей без ЗВУР – в 3,4% случаев. Снижение аналогичных ауто-Ат у матерей детей со ЗВУР встречалось в 44% ($\chi^2(df=2)=13,76594$, $p=0,00103$), без ЗВУР – в 22%.

Достоверно чаще, а именно в 11% случаев, у детей со ЗВУР был выявлен сниженный уровень кардиоспецифических ауто-Ат к цитоплазматическому белку кардиомиоцитов CoS-05-40 ($\chi^2(df=2)=6,535547$, $p=0,03810$) и к β 1-адренорецепторам ($\chi^2(df=2)=7,705516$, $p=0,02122$). В целом, у детей со ЗВУР чаще наблюдался повышенный уровень нейротропных ауто-Ат (S 100, MP 65, GFAP, NF 200), что клинически подтверждалось разнообразной патологией со стороны ЦНС. Причем в 13 случаях, отмечался повышенный уровень к 3 и более нейротропным антителам.

Обсуждение. Выявленное нами снижение уровня ауто-Ат к ДНК, ревмофактору в парах «мать – новорожденный ребенок со ЗВУР» является универсальным признаком иммуносупрессии, ведущей к снижению эффективности клиренса организма от продуктов обмена и их избыточному накоплению, триггером выявленного изменения может быть высокая инфицированность матерей новорожденных со ЗВУР различными инфекционными агентами. Анализ содержания кардиоспецифических ауто-Ат говорит о преобладании у детей со ЗВУР невоспалительных нарушений и протективных функций с угнетением продукции исследуемых ауто-Ат. Определение уровня нейротропных ауто-Ат является простым и неинвазивным методом исследования и может быть рекомендовано для включения в рутинную практику ведения новорожденных со ЗВУР в качестве дополнительного диагностического и прогностического маркера развития и тяжести нарушений со стороны ЦНС. Таким образом, предлагаемый метод позволяет выделить новорожденных группы риска неврологических и кардиологических нарушений для своевременной коррекции.

Содержание

Сборник тезисов

Клинический случай сложной диагностики В-клеточной крупноклеточной лимфомы с локализацией очага в молочной железе Адамян Л.В., Богданова Е.А., Сибирская Е.В., Колтунов И.Е., Корицкий А.В., Петров М.А., Полякова Е.И., Богданова М.Н.	57
Структура гинекологической заболеваемости детей и подростков города Москвы Адамян Л.В., Колтунов И.Е., Петряйкина Е.Е., Сибирская Е.В., Журавлева С.А., Смаль Т.А.	57
Беременность у юных. Особенности течения и осложнения Адамян Л.В., Колтунов И.Е., Петряйкина Е.Е., Сибирская Е.В., Короткова С.А., Тарбая Н.О.	58
Неспецифические вульвовагиниты у детей Адамян Л.В., Колтунов И.Е., Сибирская Е.В., Смаль Т.А.	58
Врожденные диафрагмальные грыжи у новорожденных Ананьева Т.В., Федин Д.А., Григоров С.О., Клипова Л.Н., Коваленко М.С., Якунина Е.Д.	59
Проблемы своевременной диагностики «критических ВПС периода новорожденности» Бирюкова С.Р., Валитова А.А., Иванова А.Г., Ильин В.Н.	60
Бронхолегочная дисплазия: патоморфоз болезни за последние 15 лет Болибок А.М., Овсянников Д.Ю., Кршенинская И.В., Павлова Е.С., Дегтярева Е.А.	60
Уровень прокальцитонина при внебольничной пневмонии у детей Брызгалин М.П., Тудупова Д.Т., Щербак В.А.	61
Болезнь Пертеса – ранняя диагностика и пути профилактики Бунякин Н.И.	61
Оптимизация методов коррекции избыточной массы тела у детей и подростков с помощью web-технологий Бурлакова Е.Е., Овсянников Д.Ю.	62
Роль стационарного этапа в лечении ожирения у детей Варнахина О.А., Фисенко А.П., Корнопелева Л.С., Романова Л.А., Вехова Н.В.	62
Собственный клинический опыт ведения детей с деструктивным пиелонефритом Врублевский С.Г., Врублевская Е.Н., Шмыров О.С., Лазишвили М.Н., Галкина Я.А., Корочкин М.В., Врублевский А.С., Вавилова Е.А.	63
Особенности медико-социального статуса беременной, как фактор риска развития патологии у новорожденного Вязова Л.И.	64
Особенности физического развития детей с персистирующей цитомегаловирусной инфекцией Джумагазиев А.А., Безрукова Д.А., Джальмухамедова Э.И., Райский Д.В.	64
Прогнозирование заболеваний, обусловленных йодным дефицитом Джумагазиев А.А., Богданьянц М.В., Райский Д.В., Безрукова Д.А.	65
Особенности иммунного статуса у детей-воспитанников детских домов с цитомегаловирусной инфекцией Джумагазиев А.А., Райский Д.В., Безрукова Д.А., Джальмухамедова Э.И.	65
Оценка уровня Липокалина-2 ассоциированного с нейтрофильной желатиназой в моче при острых пиелонефритах и инфекциях мочевыводящих путей у детей Еремеева А.В., Длин В.В., Корсунский А.А., Бондаренко Е.Д., Гурбанова С.П.	65
Содержание метаболита витамина D в сыворотке крови детей с различной тяжестью атопического дерматита Ермолаева Е.И., Виноградова Т.В., Пампура А.Н.	66
Особенности физического развития и костной прочности у детей, получающих специфическую химиотерапию против туберкулезной инфекции Жукова А.С., Крутикова Н.Ю.	66

Метаболический синдром у детей и подростков, излеченных от острого лимфобластного лейкоза Жуковская Е.В.	67
Здоровьесберегающая деятельность в условиях детских образовательных учреждений Иванова А.А.	67
Характеристика структуры ранних осложнений перинатальных асфиксий у новорожденных Исмаилова М.А., Ходжамова Н.К.	68
Клинический случай течения фульминантной пурпуры вне неонатального периода Казанкова А.А., Ларина Л.Е., Петров М.А., Романова Ю.В., Свирич П.В., Семенова Л.П., Яблонская К.П.	68
Иммунологические маркеры в определении тактики ведения пациентов с метатонзиллярными заболеваниями Кантемирова М.Г., Новикова Ю.Ю., Дегтярева Е.А.	69
Роль Школ здоровья в улучшении качества жизни онкобольных Кацова Г.Б., Павленко Т.Н., Малеева Н.П., Попова Л.В., Дмитриева М.К.	69
Совместное проведение преимплантационной генетической диагностики (ПГД) на моногенное заболевание и скрининга на хромосомную патологию Ковалева Я. В., Сергеев С.А., Марахонов А. В., Исаев А. А., Померанцева Е. А.	70
Трудности диагностики синдрома Kawasaki у ребенка 1-го года жизни Когут Т.А., Мозжухина Л.И., Ганичева Н.П., Власова А.В.	70
Выявление и профилактика андрологической патологии у юношей-подростков Коломейцев М.Г.	70
Оптимизация работы с недоношенными младенцами по профилактике ранней инвалидности в условиях детской поликлиники Коломенская А.Н., Овчинникова Е.О.	71
Возможности эхографии в диагностике пневмоний и ателектазов у новорожденных детей в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии Колтунов И.Е., Дегтярева М.В., Мазаев А.П., Горбунов А.В., Чусов К.П., Галкина Я.А., Демина А.М., Ерохина А.В.	72
КТ и МРТ диагностика при ишемическом инсульте у детей Колтунов И.Е., Мазаев А.П., Дегтярева М.В., Горбунов А.В., Молодцов М.С.	72
Реформа здравоохранения Москвы 2010–2015 гг. Морозовская больница – 5 лет эффективной работы Колтунов И.Е., Петрайкина Е.Е., Бузина Н.В.	73
Результаты хирургической помощи новорожденным с критическими врожденными пороками сердца Корноухов О.Ю., Ильин В.Н., Чубарова А.И.	73
Опыт применения комбинированной проводниковой анестезии, как компонента мультимодальной анестезии при оперативном лечении косоглазия у детей Коробова Л.С., Подусков Е.В., Овчар Р.А., Милащенко Т.А., Овчар Т.А.	74
Эффективность использования нового метода физиотерапевтического лечения у детей с рубцами кожи Корсунский А.А., Шурова Л.В., Будкевич Л.И.	75
Особенности формирования костной прочности младенцев, способы диагностики и коррекции нарушений Крутикова Н.Ю.	75
Профиль болезни Легга-Кальве-Пертеса в Смоленске Крутикова Н.Ю., Виноградова А.Г.	76
Организация иммунопрофилактики РСВ-инфекции препаратом паливизумаб (Синагис) в эпидемические сезоны 2012–2013 гг., 2013–2014 гг., 2014–2015 гг. Кршеминская И.В., Брагина Е.М., Павлова Е.С., Болибок А.М., Овсянников Д.Ю., Солдатова И.Г., Асмолова Г.А., Дегтярева Е.А.	76
Нейроэндокринная клеточная гиперплазия младенцев Кузнецова А.А., Пахомова А.А., Петрова С.И., Пешехонова Ю.В.	77
Гипофосфатемический рахит: клинико-гормональные и молекулярно-генетические характеристики Куликова К.С., Колодкина А.А., Васильев Е.В., Петров В.М., Петров М.А., Тюльпаков А.Н.	78

Психологическое состояние детей с хронической почечной недостаточностью, находящихся на лечении в стационаре по поводу пересадки почки Куртанова Ю.Е.	78
Атипичная целиакия. Клинические и лабораторные проявления у детей Алтайского края Лобанов Ю.Ф., Данилов Д.А., Данилов А.Н., Печкина К.Г., Устькачкинцев В.А.	79
Клинико-анатомический случай пропионовой ацидемии у младенца Лютин Е.И., Манеров Ф.К., Андриянова О.И., Шейн С.Н., Шеметов А.В., Глушков А.В.	79
Психологические аспекты комплексной реабилитации детей с первичной лимфедемой Макарова В.С., Куртанова Ю.Е.	80
Состояние здоровья школьников 11–12 лет г. Москвы Макарова Л.В., Параничева Т.М., Тюрина Е.В., Лукьянец Г.Н., Лезжова Г.Н., Орлов К.В.	80
Характеристика состояния здоровья детей, имеющих психические заболевания и социальная характеристика их семей Малева Н.П., Павленко Т.Н., Кацова Г.Б., Попова Л.В.	81
Сравнительный анализ состояния микроциркуляторного русла у новорожденных детей разного срока гестации с гипоксически-ишемическим поражением ЦНС Михеева И.Г., Лопанчук П.А., Верещагина Т.Г., Кузнецова Ю.А., Круглякова А.Ю., Анисимов В.В.	82
Перинатальные факторы риска рождения детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела Муц Е.Ю., Шестакова В.Н., Ермашева М.А.	82
Особенности клинической картины и рентгеносемиотики у детей с острыми деструктивными пневмониями Овсянников Д.Ю., Константинова А.К., Колтунов И.Е., Яныбаева Л.Ч., Дочкина А.И., Воронцова К.О., Кокорин М.В., Чикин Н.С.	83
Частота и особенности бронхиальной астмы у детей с бронхолегочной дисплазией Овсянников Д.Ю., Кочанова Д.А., Бобибок А.М., Павлова Е.С., Ларина В.Н., Назарова Т.И., Назарова В.В., Дегтярева Е.А.	83
Частота бронхиальной астмы у детей с сахарным диабетом 1-ого типа Овсянников Д.Ю., Халед М., Петрайкина Е.Е., Рыбкина И.Г., Гаряева И.В., Бузина Н.В., Колтунов И.Е.	84
Интраокулярная имплантация versus контактная коррекция в хирургии детей грудного возраста Овчинникова А.В., Кононов Л.Б.	84
Собственный опыт использования имплантируемых венозных порт-систем у детей с онкологическими заболеваниями в условиях многопрофильного стационара Ольхова Л.В., Попов В.Е., Кондратчик К.Л., Полушкина О.Б., Карпов А.Б., Чигибаев М.Ж., Герасимов Э.Т.	85
Клинико-метаболическая характеристика синдрома Прадера-Вилли у детей: анализ 12 клинических случаев Павловская Е.В., Строкова Т.В., Сурков А.Г.	86
Особенности работы врачебной комиссии детской поликлиники Павловская О.Г., Кузнецова Л.Ю., Привалова Н.В.	86
Вальпроат-синдром у новорожденного (клинический случай) Паунова С.С., Донин И.М., Бусова Е.С., Семина И.В., Лившиц М.И., Попов В.Е., Левов А.В., Макулова А.И., Стенина О.И.	87
Аллергические заболевания у детей с хроническим гастритом, ассоциированным с геликобактериозом Печкина К.Г., Устькачкинцев В.А., Лобанов Ю.Ф., Латышев Д.Ю.	88
Лапароскопические резекции кишечника у детей с болезнью Крона Поддубный И.В., Врублевский С.Г., Алиева Э.И., Козлов М.Ю., Трунов В.О., Щербак О.В., Горохов Д.В., Кравчук С.В., Глазунов А.А., Мордвин П.А., Куренков И.В.	88
Эндохирургическое лечение осложнений деструктивного панкреатита у детей Поддубный И.В., Врублевский С.Г., Трунов В.О., Мордвин П.А., Куренков И.В., Глазунов А.А., Горохов Д.В.	89
Первый опыт применения Fast Track в детской колопроктологии Поддубный И.В., Щербак О.В., Врублевский С.Г., Трунов В.О., Козлов М.Ю., Горохов Д.В., Кравчук С.В., Глазунов А.А., Манукян С.Р.	89
Случай туберозного склероза почек Ромаданова Е.М., Маковецкая Г.А., Барин В.Н., Седашкина О.А., Краснова О.Г., Баранникова Е.А.	90

Актуальность аллерген-специфической иммунотерапии (АСИТ) в условиях стационара Романова Л.А., Фисенко А.П., Варнахина О.А., Корнопелева Л.С., Вехова Н.В.	90
Наблюдение детей с подтвержденным молекулярно-генетически диагнозом синдрома Марфана Румянцева В.А., Рогожина Ю., Заклязьминская Е.В.	91
Особенности ведения тяжелых форм пневмоний в условиях многопрофильного стационара Савенкова М.С., Врублевский С.Г., Персиянинова Е.С., Куренков И.В.	91
Клинико-лабораторные показатели у детей с экстремально низкой массой тела и хорионамнионитом в плаценте Сапоничий А.В., Артюшевская М.В., Валентюкевич И.С., Шишко Г.А.	92
Актуальные аспекты здоровья детей при влиянии разных социально-значимых факторов Севастьянова Т.А.	93
Оценка регистра детей на генно-инженерной биологической терапии в городе Москве Севостьянов В.К., Жолобова Е.С.	93
Возможные последствия, возникающие у несовершеннолетних потерпевших в результате совершения изнасилований и насильственных действий сексуального характера Сибирская Е.В., Саркисова И.А., Петрова Т.Н., Смаль Т.А.	94
Полиморфизм в генах фолатного метаболизма и гендерные особенности качества жизни подростков Строзенко Л.А., Лобанов Ю.Ф., Колесникова М.А., Снигирь О.А.	94
Частота встречаемости тромбогенных аллельных полиморфизмов у подростков Алтайского края Строзенко Л.А., Лобанов Ю.Ф., Момот А.П., Колесникова М.А., Снигирь О.А.	95
Ретроспективный анализ результатов обследования детей при манифестации аутоиммунного гепатита Строкова Т.В., Багаева М.Э., Зубович А.И., Павловская Е.В., Сурков А.Г.	96
Недостаточность α 1-антитрипсина у детей Строкова Т.В., Багаева М.Э., Зубович А.И., Прохорова И.В., Павловская Е.В., Сурков А.Г.	96
Течение гликогеновой болезни у детей Строкова Т.В., Багаева М.Э., Прохорова И.В., Зубович А.И., Таран Н.Н., Павловская Е.В.	97
Сравнительная характеристика терапии функциональных запоров у детей первого полугодия жизни Тимаков Е.Ю., Овсянников Д.Ю.	98
Случай ранней диагностики туберозного склероза у новорожденного Тихонова Н.В., Петрова В.И., Захарова Ю.В., Пилипенко Ю.Н., Ткаченко Т.Г.	98
Влияние медленной гриппозной инфекции на развитие антенатальной и постнатальной системной патологии детей и подростков Уманская А.А., Уманский А. С., Хегай М.М.	99
Эмбриогенетический нейроэндокринный мезодермальноиммунный дефицит Уманская А.А., Уманский А.С., Хегай М.М.	99
Роль морфофункциональных нарушений в области биологически активных зон кожи в развитии синдрома вегетативной дисфункции у детей и подростков Уманский А.С.	100
Медико-психологические подходы к профилактике ОРВИ у часто болеющих детей Филькина О.М., Воробьева Е.А., Пыхтина Л.А., Кочерова О.Ю.	101
Хирургическое лечение переломов и деформаций длинных трубчатых костей с применением титановых эластичных стержней у детей с несовершенным остеогенезом Фролов А.В., Королев А.В., Белова Н.А., Бурцев М.Е., Логвинов А.Н., Катасонов Ф.С.	101
Краниовертебральная патология у часто болеющих детей ОРВИ младшего школьного возраста с отклонениями в развитии эмоционально-волевой сферы и познавательной деятельности Хегай М.М.	102
Состояние гепатобилиарной системы у новорожденных с задержкой внутриутробного развития Ходжамова Н.К., Амизян Н.М.	103

Характеристика динамики углеводного обмена у новорожденных в зависимости от веса при рождении Ходжамова Н.К., Рахманкулова З.Ж.	103
Проблемы укрепления репродуктивного здоровья. Профилактика андрологических заболеваний на амбулаторном этапе педиатрической службы Чичерин Л.П., Плыгунов Е.А.	104
IREX-синдром: трудный путь к редкому диагнозу Чубарова А.И., Костомарова Е.А., Хаматвалеева Г.Р., Дмитриева Ю.А.	104
Орфанные болезни в педиатрии Шамов М.Г.	105
Множественные магнитные инородные тела желудочно-кишечного тракта у детей Шатский В.Н., Ларькин О.А., Гудков Р.А., Белова Г.С., Т.А.Епишина, Федина Н.В.	106
Случай диагностики синдрома Гительмана у ребенка раннего возраста с атрезией пищевода Шумихина М.В., Куликова Н.В., Чугунова О.Л., Разумовский А.Ю., Чубарова А.И., Мухина Ю.Г.	106
Постхолецистэктомический синдром у детей, перенесших холецистэктомию, как маркер выбора альтернативной лечебной тактики при желчнокаменной болезни у детей Якимова Л.В., Харитонов Л.А.	107

Конкурс молодых ученых

Комплексная оценка состояния здоровья детей с болезнью Легга-Кальве-Пертеса Виноградова А.Г.	108
Клинико-генетическая характеристика муковисцидоза у детей и подростков в популяции Московского региона Кондратьева Е.И., Капранов Н.И., Петрова Н.В., Шерман В.Д., Воронкова А.Ю., Шабалова Л.А., Никонова В.С., Новоселова О.Г., Мердалимов Р.Г., Макарова Н. В.	108
Стабилография в гигиенической оценке школьных ранцев Курганский А.М.	109
Новые подходы к оценке риска внутриутробного повреждения сердечно-сосудистой и центральной нервной системы новорожденных на основании показателей аутоиммунитета в паре «мать-ребенок» в аспекте постнатальной профилактики Куфа М.А.	110

Научная программа, каталог выставки и тезисы I МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО СЪЕЗДА ПЕДИАТРОВ

Дизайн-макет, верстка и полиграфия:

ООО «КСТ Интерфорум»

Сдано в набор 25.10.2015. Подписано в печать 3.11.2015. Бум. офсет. 205x290/8
Гарнитура Bliss Pro. Печать офсетная. Тираж 300 экз.

ООО «КСТ Интерфорум», 117420 Москва, ул. Профсоюзная, д. 57, тел.: +7 (495) 332-02-45

genzyme
A SANOFI COMPANY

Серьезное
заболевание
может играть
в прятки

10
9
8
7

МУКОПОЛИСАХАРИДОЗ I ТИПА
КИСТЕВОЙ ТУННЕЛЬНЫЙ СИНДРОМ
СКОВАННОСТЬ В СУСТАВАХ
ДЕФОРМАЦИИ СКЕЛЕТА
ГРЫЗКИ

Каждый день имеет значение

Нутрилон Премиум — способствует развитию интеллекта ребенка*



с рождения

с рождения

NUTRICIA
Nutrilon®

Правильный выбор в пользу развития ребенка

* Бирч и др., (2007) 83,279-284. Острота зрения и показатели интеллектуального развития в возрасте 4 лет. Результаты двойного слепого рандомизированного клинического исследования применения молочной смеси с добавлением ДПНЖК. Visual acuity and cognitive outcomes at 4 years of age in a double-blind, randomized trial of long-chain polyunsaturated fatty acid-supplemented infant formula. Birch E.E., S. Garfi eld, Y. Castañeda, D. Hughbanks-Wheaton, R. Uauy, D. Hoffman. Early Human Development (2007) 83, 279–284.

Докозагексаеновая кислота.

Смеси Нутрилон — питание при отсутствии возможности грудного вскармливания. Грудное молоко является лучшим питанием для здорового роста и развития малыша. Врачу следует объяснить матери преимущества грудного вскармливания, обучить способам сохранения лактации, а также предупредить, что перед применением смеси необходимо проконсультироваться с врачом. Pronutri+ = Пронутри+. Premium = Премиум. Pm1837/10.15

Информация только для сотрудников системы здравоохранения.