

IV МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ СЪЕЗД ПЕДИАТРОВ

17–19 октября 2018 года

«ТРУДНЫЙ ДИАГНОЗ» В ПЕДИАТРИИ Мультидисциплинарный подход

научная программа
каталог
сборник тезисов



Содержание

Организаторы и оргкомитет	2
Обращение к участникам	4
Программа	9
Каталог выставки	33
Сборник тезисов.....	60
Конкурс молодых ученых	118

Организаторы

Департамент здравоохранения города Москвы

ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница ДЗМ»

ГБУЗ «Детская городская клиническая больница имени З.А. Башляевой ДЗМ»

Оргкомитет

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ

Хрипун Алексей Иванович – руководитель Департамента здравоохранения города Москвы, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургии и эндоскопии факультета усовершенствования врачей Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова.

ЗАМЕСТИТЕЛИ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ

Погонин Алексей Владимирович – заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы.

Мелик-Гусейнов Давид Валерьевич – директор ГБУЗ города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы».

ОРГКОМИТЕТ

Османов И.М. – главный врач ГБУЗ «ДГКБ имени З.А. Башляевой ДЗМ», главный внештатный специалист педиатр Департамента здравоохранения города Москвы, главный внештатный детский специалист нефролог Департамента здравоохранения города Москвы, доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной педиатрии №1 РНИМУ им. Н.П. Пирогова.

Колтунов И.Е. – заведующий кафедрой доказательной медицины РУДН, вице-президент Национального научного общества «Кардиоваскулярная профилактика и реабилитация», лауреат Премии Мэра Москвы по медицине, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ.

Чубарова А.И. – главный врач ГБУЗ «ДГКБ №13 имени Н.Ф. Филатова ДЗМ», доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный специалист неонатолог Департамента здравоохранения города Москвы, профессор кафедры госпитальной педиатрии №1 РНИМУ имени Н.И. Пирогова.

Мазанкова Л.Н. – заведующая кафедрой детских инфекций Московского факультета ГБОУ ВПО «РНИМУ имени Н.И. Пирогова Минздрава России», доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный специалист по инфекционным болезням у детей Департамента здравоохранения города Москвы.

Школьникова М.А. – руководитель Федерального детского центра лечения нарушений ритма сердца, доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный детский специалист кардиолог Департамента здравоохранения города Москвы.

Петрайкина Е.Е. – главный врач ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный детский специалист эндокринолог Департамента здравоохранения города Москвы.

Батышева Т.Т. – директор ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии ДЗМ», доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный детский специалист невролог Департамента здравоохранения города Москвы.

Печатникова Е.А. – заместитель директора по организационно-методической и образовательной работе ГБУ «НИ-ИОЗММ ДЗМ».

Портнова А.А. – руководитель отдела неотложной психиатрии и помощи ФГУ ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Минздрава России, доктор медицинских наук, главный внештатный детский специалист психиатр Департамента здравоохранения города Москвы.

Разумовский А.Ю. – заведующий отделением детской торакальной хирургии ГБУЗ «ДГКБ №13 имени Н.Ф. Филатова ДЗМ», доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный детский специалист хирург Департамента здравоохранения города Москвы.

Карасева О.В. – заместитель директора по науке ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии и травматологии ДЗМ», доктор медицинских наук, главный внештатный детский специалист абдоминальный хирург Департамента здравоохранения города Москвы.

Острейков И.Ф. – заведующий кафедрой анестезиологии и реанимации детского возраста ГБОУ ДПО «РМАПО Минздрава России», доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный детский специалист анестезиолог-реаниматолог Департамента здравоохранения города Москвы.

Тиганова О.А. – врач-онколог отделения онкологии и гематологии ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», доцент кафедры госпитальной педиатрии №2 педиатрического факультета ГБОУ ВПО «РНИМУ имени Н.И. Пирогова Минздрава России», кандидат медицинских наук, главный внештатный детский специалист онколог Департамента здравоохранения города Москвы.

Кононов Л.Б. – заведующий отделением офтальмологии и микрохирургии глаза со стационаром дневного пребывания ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», кандидат медицинских наук, главный внештатный детский специалист офтальмолог Департамента здравоохранения города Москвы.

Жолобова Е.С. – руководитель Центра детской ревматологии ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный детский специалист ревматолог Департамента здравоохранения города Москвы.

Сибирская Е.В. – заведующая отделением детской гинекологии ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный специалист гинеколог детского и юношеского возраста Департамента здравоохранения города Москвы.

Кондратчик К.Л. – заведующий отделением онкологии и гематологии ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», кандидат медицинских наук, главный внештатный детский специалист гематолог Департамента здравоохранения города Москвы.

Семенова Ж.Б. – руководитель отделения нейрохирургии и нейротравмы ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии и травматологии ДЗМ», доктор медицинских наук, главный внештатный детский специалист нейрохирург Департамента здравоохранения города Москвы.

Кешишян Р.А. – ведущий научный сотрудник отделения неотложной хирургии и травмы детского возраста «НИИ педиатрии ГУ НЦЗДРАМН», доктор медицинских наук, главный внештатный детский специалист травматолог-ортопед Департамента здравоохранения города Москвы.

Ивойлов А.Ю. – ГБУЗ «НИКИ оториноларингологии имени Л.И. Свержевского ДЗМ», доктор медицинских наук, главный внештатный детский специалист оториноларинголог Департамента здравоохранения города Москвы.

Врублевский С.Г. – заместитель главного врача по хирургии ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный детский специалист уролог-андролог Департамента здравоохранения города Москвы.

Алиева Э.И. – заведующая отделением гастроэнтерологии ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный детский специалист гастроэнтеролог Департамента здравоохранения города Москвы.

Панков Д.Д. – заведующий кафедрой школьной педиатрии ГБОУ ВПО «РНИМУ имени Н.И. Пирогова Минздрава России», доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный специалист по гигиене детей и подростков Департамента здравоохранения города Москвы.

Картавцева Л.Р. – первый заместитель директора ГКУ «ДКД МО ДЗМ», кандидат медицинских наук, главный внештатный специалист по первичной медико-санитарной помощи детскому населению Департамента здравоохранения города Москвы.

Малахов А.Б. – профессор ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России», доктор медицинских наук, главный внештатный детский специалист пульмонолог Департамента здравоохранения города Москвы.

Дорогие коллеги!



Я рад приветствовать всех участников IV Московского городского съезда педиатров «Трудный диагноз в педиатрии».

Научно-практические конференции, объединяющие на своей площадке детских врачей Москвы, России и зарубежных стран, позволяют не только передать передовой опыт Московской педиатрии коллегам из других регионов РФ и других стран, но и перенять их достижения, с последующим внедрением в практику московского здравоохранения. Благодаря модернизации столичного здравоохранения возможности нашей педиатрии кардинально изменились и соответствуют теперь мировым масштабам.

На нынешнем съезде будут обсуждаться проблемы по основным направлениям неонатологии, кардиологии, кардиохирургии, детской хирургии, клинической фармакологии и другим.

Вопросы педиатрии являются приоритетными в работе Правительства и Департамента Здравоохранения г. Москвы. Ведь мы все с вами понимаем, что многие болезни взрослых берут свое начало в детском возрасте. А мы стоим на страже здоровья ребенка еще задолго до его рождения.

Спасибо вам, уважаемые коллеги, за ваш большой вклад в сохранение и укрепление здоровья детей. Желаю вам эффективной работы, новых рубежей в профессиональной деятельности.

Руководитель Департамента здравоохранения города Москвы
Министр Правительства Москвы

Хрипун Алексей Иванович



Участникам IV московского городского Съезда педиатров с международным участием «Трудный диагноз» в педиатрии. Междисциплинарный подход»



От имени Комитета Государственной Думы Российской Федерации по охране здоровья приветствую организаторов, участников и гостей IV московского городского Съезда педиатров с международным участием «Трудный диагноз» в педиатрии. Междисциплинарный подход».

Съезд проводится в рамках реализации федерального проекта «Единой России» «Здоровое будущее» и Указа Президента Российской Федерации от 29 мая 2017 г. №240 «Об объявлении в РФ Десятилетия детства (2018-2027гг.)»

Научная программа Съезда актуальна и насыщена. Широкий спектр проблем в области неонатологии, школьного здравоохранения, эндокринологии, репродуктивного здоровья детей, предложенный для обсуждения, направлен на поиск новых путей их решения и реализации в практической деятельности.

Сегодня перед медицинским и научным сообществами, законодателями стоят серьезные задачи по развитию детского здравоохранения, улучшению доступности и качества оказания медицинской помощи подрастающему поколению, ведь именно в этом возрасте закладывается основа будущего здоровья человека и его долголетие.

Уверен, что только совместно возможно успешно решать проблемы в области охраны здоровья детей, способствовать его сохранению и укреплению, чтобы сделать жизнь наших детей счастливой.

От всей души желаю гостям и участникам Съезда успешной работы, высокого профессионализма, крепкого здоровья и благополучия!

Председатель Комитета
Государственной Думы
по охране здоровья,
координатор федерального
проекта ВПП «ЕДИНАЯ РОССИЯ»
«Здоровое будущее»
Д.А.Морозов

Дорогие друзья и коллеги!



Уже стало традицией для педиатров собираться в октябрьские дни на съезде педиатров г. Москвы. Это и научно-педагогические работники, и практические врачи, и ординаторы, и студенты. Такое сообщество позволяет рассматривать актуальные вопросы с современных позиций, предлагать усовершенствованные программы ведения здорового и больного ребенка, решать вопросы питания, развития, лечения и реабилитации детей, начиная с первых дней жизни.

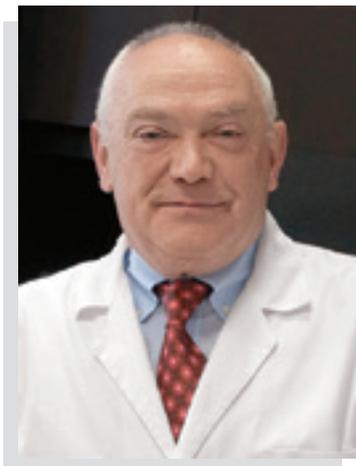
Педиатры города Москвы – это врачи высокого уровня подготовки. Они должны в условиях мегаполиса быстро и ответственно принимать решения как в неотложных ситуациях, так и при ведении детей с хронической патологией. Объединение врачей в общество педиатров г. Москвы дает возможность широко обсуждать в сообществе различные проблемы, рекомендации, организационные вопросы. Конечно, есть вопросы, которые необходимо обсуждать именно на таких форумах, в которых также принимают участие руководители министерств, департамента, главные врачи.

Создание Единых стандартов оказания медицинской помощи в Москве требует единого методического подхода, широкого обсуждения при подготовке материалов для повышения квалификации и аккредитации педиатров. Темы, обсуждаемые на съезде, затрагивают врачей различных специальностей, наполнены конкретной практической информацией и передовыми идеями врачебного сообщества.

Сегодня мы четко понимаем значение специальности «педиатрия» для выполнения государственных программ, направленных на сохранение здоровья детей и нации в целом, основанных на сохранении лучших традиций педиатрии и внедрении передовых медицинских технологий.

Председатель общества детских врачей г. Москвы,
зав. кафедрой детских болезней Первого МГМУ
им. И.М. Сеченова («Сеченовский Университет»), профессор,
заслуженный врач РФ,
Геппе Наталья Анатольевна

Уважаемые коллеги!



Медицинскую науку и детское здравоохранение в столице нашей Родины представляет передовой отряд ученых медиков и врачей – педиатров России. В Москве около 3 млн детей, что составляет 10% детского населения страны. Именно в Москве реализуются инновационные подходы в науке и практике педиатрии, детской хирургии, неонатологии и детской гематологии/онкологии, что существенно повлияло на демографические показатели у москвичей. Показатели младенческой и детской смертности, острой и хронической заболеваемости, детской инвалидности в Москве более низкие, чем общероссийские показатели, что нетипично для мегаполиса.

Новые центры профилактики и поликлиники с пометкой бережного отношения к семьям москвичей, новые формы укрепления здоровья в дошкольных и школьных образовательных учреждениях, развитие неотложной догоспитальной помощи детям, трансформация участкового врача-педиатра в семейного врача-педиатра, внедрение цифровой медицины и перевод медицинских услуг в практику «единого окна» представляют собой практическую реализацию государственных программ в области детского здоровья.

Педиатрия является комплексным эквивалентом биологии развития. Это принципиально отличает детскую медицину от взрослой, практику и подготовку врачей-педиатров от врачей-терапевтов и семейных врачей. Врач-педиатр выполняет одновременно функции врача-педагога, советчика, психолога и социального работника в семье, т.е. он фактически является единственным живым, а не «бумажным», представителем государства в семье. Это накладывает на нас особую ответственность и дает веру в счастливое будущее.

Желаю всем организаторам и участникам съезда успехов в работе на благо наших детей.

Главный редактор журнала «Педиатрия»,
президент ФГБУ НМИЦ детской гематологии
онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева
Минздрава России,
член Общественной палаты г. Москвы,
академик РАН, профессор



А.Г. Румянцев

Уважаемые друзья!



От имени Департамента здравоохранения г. Москвы имею честь пригласить вас принять участие в IV «Московском съезде педиатров», который состоится 17–19 октября 2018г. в здании Правительства Москвы на улице Новый Арбат, д. 36.

Как известно, за последние 6–7 лет московская педиатрия в процессе модернизации московского здравоохранения получила стремительное развитие. Те изменения, которые произошли в системе оказания медицинской помощи детям, без преувеличения можно назвать революционными. Такого финансового вливания в педиатрию нашей столицы не было за все советские и постсоветские годы вместе взятые, а в общей системе модернизации московского здравоохранения основной упор был сделан именно в сторону педиатрии и неонатологии. Это позволило весьма существенно улучшить результаты нашей с вами работы по всем показателям. Теперь мы с гордостью ощущаем и заявляем, что идем в ногу с мировыми тенденциями и стандартами в медицине.

У нас с вами за последние 6–7 лет накопился достаточно богатый и передовой опыт по доступности, качеству и высоким технологиям в оказании медицинской помощи детям. В этой связи совершенно логичным и своевременным является тот факт, что Департамент здравоохранения и Правительство города Москвы уже четвертый год выделяют специальную площадку для проведения нашего форума. В очередной раз мы сможем с вами обсудить самые актуальные вопросы в педиатрической науке и практике, максимально сблизить наши позиции по ведущим проблемам и с другими региональными педиатрическими клиниками.

Научная программа съезда составлена таким образом, чтобы отразить самые актуальные вопросы не только педиатрии, но и смежных специальностей: детской хирургии, оториноларингологии, неврологии, эндокринологии, клинической фармакологии, учитывая, что многие заболевания в детском возрасте протекают под различными масками и часто имеют сочетанный характер.

Наш съезд был включен в программу обработки основных принципов непрерывного медицинского образования Координационным советом по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования Министерства здравоохранения РФ с присвоением детским врачам 6 кредитов за каждый день участия.

Не секрет, что сегодня в огромном потоке отечественной и зарубежной медицинской информации очень сложно практикующему врачу выбрать наиболее достоверную и эффективную.

В рамках нашего с вами съезда ведущие московские и региональные спикеры – кандидаты, доктора медицинских наук, академики – представят в своих докладах результаты последних научных исследований, основанные на принципах доказательной медицины, поделятся своим практическим опытом.

Следует отметить также, что на съезде будут обсуждаться вопросы непрерывного образования педиатров и нормативно-правовые аспекты в детстве.

Дорогие коллеги, мы с вами вступили в десятилетие, объявленное на государственном уровне Десятилетием детства. Для нас с вами это серьезнейшая ответственность и стимул для профессионального роста.

В течении этих десяти лет мы должны сделать все для того, чтобы сохранить и укрепить здоровье нашего бесценного будущего – детей.

Мы ждем вас на съезде, чтобы еще раз подтвердить тезис «Москва – столица здоровья».

С уважением,
главный внештатный
специалист педиатр,
главный врач детской больницы им. З.А. Башляевой,
директор университетской педиатрической клиники РНИМУ им. Н.И. Пирогова,
д.м.н., профессор
И.М. Османов

18 октября

Сектор А

Сектор С

Сектор В

Сектор Т

ЗАЛ МОСКВА

ЗАЛ ОЛИМП

09:00	09:00	09:00	09:00	09:00	09:00	09:00	09:00
09:15	09:15	09:15	09:15	09:15	09:15	09:15	09:15
09:30	09:30	09:30	09:30	09:30	09:30	09:30	09:30
09:45	09:45	09:45	09:45	09:45	09:45	09:45	09:45
10:00	10:00	10:00	10:00	10:00	10:00	10:00	10:00
10:15	10:15	10:15	10:15	10:15	10:15	10:15	10:15
10:30	10:30	10:30	10:30	10:30	10:30	10:30	10:30
10:45	10:45	10:45	10:45	10:45	10:45	10:45	10:45
11:00	11:00	11:00	11:00	11:00	11:00	11:00	11:00
11:15	11:15	11:15	11:15	11:15	11:15	11:15	11:15
11:30	11:30	11:30	11:30	11:30	11:30	11:30	11:30
11:45	11:45	11:45	11:45	11:45	11:45	11:45	11:45
12:00	12:00	12:00	12:00	12:00	12:00	12:00	12:00
12:15	12:15	12:15	12:15	12:15	12:15	12:15	12:15
12:30	12:30	12:30	12:30	12:30	12:30	12:30	12:30
12:45	12:45	12:45	12:45	12:45	12:45	12:45	12:45
13:00	13:00	13:00	13:00	13:00	13:00	13:00	13:00
13:15	13:15	13:15	13:15	13:15	13:15	13:15	13:15
13:30	13:30	13:30	13:30	13:30	13:30	13:30	13:30
13:45	13:45	13:45	13:45	13:45	13:45	13:45	13:45
14:00	14:00	14:00	14:00	14:00	14:00	14:00	14:00
14:15	14:15	14:15	14:15	14:15	14:15	14:15	14:15
14:30	14:30	14:30	14:30	14:30	14:30	14:30	14:30
14:45	14:45	14:45	14:45	14:45	14:45	14:45	14:45
15:00	15:00	15:00	15:00	15:00	15:00	15:00	15:00
15:15	15:15	15:15	15:15	15:15	15:15	15:15	15:15
15:30	15:30	15:30	15:30	15:30	15:30	15:30	15:30
15:45	15:45	15:45	15:45	15:45	15:45	15:45	15:45
16:00	16:00	16:00	16:00	16:00	16:00	16:00	16:00
16:15	16:15	16:15	16:15	16:15	16:15	16:15	16:15
16:30	16:30	16:30	16:30	16:30	16:30	16:30	16:30
16:45	16:45	16:45	16:45	16:45	16:45	16:45	16:45
17:00	17:00	17:00	17:00	17:00	17:00	17:00	17:00
17:15	17:15	17:15	17:15	17:15	17:15	17:15	17:15
17:30	17:30	17:30	17:30	17:30	17:30	17:30	17:30
17:45	17:45	17:45	17:45	17:45	17:45	17:45	17:45
18:00	18:00	18:00	18:00	18:00	18:00	18:00	18:00
18:15	18:15	18:15	18:15	18:15	18:15	18:15	18:15

Пленарное заседание
Актуальные проблемы педиатрии и
детской хирургии. Все для яркого
Председатели: Резулюков А.Ю., Кучина
В.Р., Осанов И.И.

IV Научно-практическая конференция
Общества детских гастроэнтерологов,
гепатологов и нутрициологов
«Актуальные проблемы детской
гастроэнтерологии» на педатрическом съезде. Секция 1
Воспалительные заболевания
кишечника. Вершина эсбегга.
Председатели: Никитов Е.Г.,
Свирцова Г.А., Хавкина А.И.

Симпозиум
Скорая и неотложная медицинская
помощь детскому населению в условиях
негатива. Организационные
аспекты работы и актуальные вопросы
диагностики.
Председатели: Плавнов Н.Ф., Кадышев
В.А., Анисимова С.Н.

II Научно-практическая
конференция «Неврологические
и реабилитационные аспекты
в современной педиатрической
практике». Секция 1.
Реабилитация в педиатрии:
комплексность, преемственность,
инновации.
Председатели: Батышева Т.Т.,
Зыков В.П.

Симпозиум
Детская онкология в Москве: проблемы
и пути решения.
Председатели: Шарова Т.А.,
Писанова О.А., Иванова Н.И.

Симпозиум
Лучевая диагностика в педиатрии.
Рентгенолог и педиатр – шаг навстречу
друг другу. Часть 1. Некоторые вопросы
лучевой диагностики травмы опорно-
двигательной системы и эмпиоси
у детей.
Председатели: Ахатов Т.А.,
Мельников И.А.

Интерактивный мастер-класс
Современный взгляд на аллергию
и профилактику аллергических
заболеваний в педиатрической практике.
Встреча с профессором
Председатели: Вильмура Н., Кучина
В.Р., Зайцева О.В.

IV Научно-практическая конференция
Общества детских гастроэнтерологов,
гепатологов и нутрициологов
«Актуальные проблемы детской
гастроэнтерологии» на педатрическом съезде. Секция 2
Семинар Европейского общества
детской гастроэнтерологии, гепатологии
и нутрициологии «Нутрициальная поддержка
при воспалительных заболеваниях кишечника
у детей – настоящее и будущее»
Председатели: Никитов Е.Г., Хавкина А.И.

II Научно-практическая
конференция «Неврологические
аспекты в современной
педиатрической практике». Секция 2
Неврологические заболевания в
практике педиатра: ранняя диагностика
и особенности сопровождения.
Председатели: Мухин К.Ю.,
Щедеркина И.О.

К 115-летию ГБУЗ «Морозовская
ДТКБ ДЗМ» IV Научно-
практическая конференция
«Актуальные вопросы
ревматологии в педиатрической
практике». Секция 1.
Вопросы детской ревматологии.
Председатели: Жолдобова Е.С.,
Валеева С.И., Никишина И.П.

Симпозиум
Геморрагические и тромбогемические
проявления, диагностика, терапия,
клинические разборы.
Председатели: Кондратьев К.А.,
Донош Е.К.

Симпозиум
Лучевая диагностика в педиатрии.
Рентгенолог и педиатр – шаг навстречу
друг другу. Часть 2.
Некоторые вопросы лучевой
диагностики заболеваний оторно-
двигательной и нервной систем у детей.
Председатели: Ахатов Т.А., Божко О.В.

Симпозиум
Муковисцидоз как уникальная модель
комплексного подхода к терапии
хронической полиорганной патологии
детского возраста. Часть 1. Клинические
разборы сложных случаев.
Председатели: Малахов А.Б.,
Каширская Н.Ю., Симонова О.И.

IV Научно-практическая конференция
Общества детских гастроэнтерологов,
гепатологов и нутрициологов
«Актуальные проблемы детской
гастроэнтерологии». Кашинские чтения 3
Терапия воспалительных заболеваний кишечника
у детей – настоящее и будущее.
Председатели: Спирцова Л., Дробялова Е.Г.

II Научно-практическая
конференция «Неврологические
аспекты в современной
педиатрической практике». Секция 3
Нейрохирургические аспекты
в нейропедиатрии.
Председатели: Семенов Ж.Б.,
Чумпун Г.Е.

К 115-летию ГБУЗ «Морозовская
ДТКБ ДЗМ» IV Научно-
практическая конференция
«Актуальные вопросы
ревматологии в педиатрической
практике». Секция 2
Вопросы детской ревматологии.
Председатели: Жолдобова Е.С., Валеева
С.И., Никишина И.П.

Симпозиум
Московская модель медицинского
обеспечения обучающихся в школах.
Председатели: Кучина В.Р.,
Картавцева Л.Р., Витковская И.П.

Симпозиум
Лучевая диагностика в педиатрии. Врач
ультразвуковой диагностики и педиатр –
шаг навстречу друг другу. Часть 3.
Некоторые вопросы лучевой диагностики
неотложных состояний у детей.
Возможности лучевой диагностики в
педиатрической гинекологии.
Председатели: Ольшова Е.Б.,
Бытьцова З.К., Солопова А.Е.

Симпозиум
Муковисцидоз как уникальная модель
комплексного подхода к терапии
хронической полиорганной патологии
детского возраста. Часть 2
Перспективы развития медицинской
помощи пациентам с муковисцидозом на
современном этапе.
Председатели: Амелина Е.Л.,
Симонова О.И., Каширская Н.Ю.

IV Научно-практическая
конференция Общества
детских гастроэнтерологов,
гепатологов и нутрициологов
«Актуальные проблемы детской
гастроэнтерологии». Секция 4.
Дифференциальный диагноз
энтеропатий у детей.
Председатели: Осанов И.И.,
Зайцова О.В., Зайцовой А.Л.

Симпозиум
Заболвания органов дыхания и лихорадка
у детей. Вечная клиническая интрига.
Национальные и зарубежные клинические
рекомендации.
Председатели: Зайцева О.В., Малахов А.Г.,
Овсянников Д.Ю.

К 115-летию ГБУЗ «Морозовская
ДТКБ ДЗМ» IV Научно-практическая
конференция «Актуальные вопросы
ревматологии в педиатрической
практике». Секция 3
«Трудный диагноз» в детской кардиологии
и ревматологии.
Председатели: Подчерняева Н.С.,
Кантемирова М.Г., Дестриева Е.А.

Симпозиум
Острые состояния в детской аллергологии.
Председатели: Пашур А.Н.,
Резвякина В.А.

К 115-летию ГБУЗ «Морозовская ДТКБ
ДЗМ» XVII Научно-практическая
конференция «Эндокринные аспекты
в педиатрии» на съезде педиатров.
Часть 1.
Медино-социальные аспекты в педиатрии
и детской эндокринологии.
Председатели: Петеркова В.А.,
Анциферов М.Б., Петрайкина Е.Е.

Симпозиум Памяти профессора
Надежды Николаевны Розинской
Редкие заболевания легких: диагностика
и лечение. Клинико-диагностические и
терапевтические направления тактики
ведения пациентов с хронической
бронхолегочной патологией.
Председатели: Мазерницкий Ю.А.,
Малахов А.Б., Тепле Н.А.

IV Научно-практическая конференция
Общества детских гастроэнтерологов,
гепатологов и нутрициологов
«Актуальные проблемы детской
гастроэнтерологии». Секция 5.
Глютен-зависимые заболевания:
современное состояние проблемы. Синдром
желтухи у детей первых месяцев жизни.
Председатели: Бельмер С.В.,
Зайцовой А.Л., Роставцева Е.А.

Симпозиум
Туберкулез – последние новости. Это
должен знать каждый педиатр. Часть 1.
Председатели: Аксенова В.А.,
Севостьянова Т.А., Симонова О.И.

Круглый стол
Стандарты в лечении детей с патологией
органов мочевой системы. Нужны ли они?
Председатели: Дили В.В., Захарова И.Н.,
Осанов И.И.

Симпозиум
Актуальные вопросы клинической
фармакологии в педиатрии.
Председатели: Журавлева М.В.,
Лобань Н.В.

XVII Научно-практическая
конференция «Эндокринные аспекты
в педиатрии» на съезде педиатров.
Часть 2.
Актуальные вопросы сахарного диабета у
детей и подростков. Председатели: Барбары,
Председатели: Петеркова В.А.,
Самойлова Ю.Г. (Томск), Самсонова Л.Н.

17 октября

Сектор А+С

9:00–11:00

Вступительное слово и приветствие участникам:

Морозов Д.А., Ракова А.В., Хрипун А.И., Мелик-Гусейнов Д.В., Османов И.М., Генне Н.А.

9:30–9:45

Награждение победителей в номинации «Лучший педиатр отделения профилактики 2017 г.» и «Лучшая медицинская сестра отделения профилактики 2017 г.»

9:45–10:05

Проблемы законодательного регулирования охраны здоровья детей.

Морозов Д.А.

10:05–10:20

Достижения и перспективы педиатрии Московского здравоохранения.

Османов И.М.

10:20–10:35

Современные достижения и перспективы развития детской аритмологии в Москве.

Школьникова М.А.

10:35–10:50

Направления работы общества детских врачей Москвы в образовании педиатров и родителей.

Генне Н.А.

10:50–11:00

Детская пульмонология и респираторная медицина Москвы. Приоритет — здоровье детей.

Малахов А.Б.

11:00–11:30

Перерыв. Осмотр выставки

Сектор А

11:30–13:00

Симпозиум при поддержке компании Sanofi

Организация лечебного процесса при аллергии и острых респираторных инфекциях.

Председатели: Смолкин Ю.С., Симонова О.И.

Классификация современных муколитиков.

Симонова О.И. (30 мин.)

Аллергический ринит у детей: насколько это серьезно?

Смолкин Ю.С. (30 мин.)

Острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей.

Малахов А.Б. (30 мин.)

13:00–13:15

Перерыв. Осмотр выставки

13:15–14:45

Симпозиум

Фармакотерапия при острых респираторных инфекциях у детей.

Председатели: Генне Н.А., Савенкова М.С.

Возможность и необходимость противовирусной терапии у детей.

Малахов А.Б. (20 мин.)

Современные подходы к тактике ведения детей с длительным кашлем.

Генне Н.А. (20 мин.)

Роль витамина Д в иммунитете и взгляд на классические и экстраскелетные эффекты.

Подчерняева Н.С. (20 мин.)

Неспецифическая профилактика респираторных инфекций.

Савенкова М.С. (20 мин.)

Рефлюкс-индуцированная бронхообструкция в детском возрасте.

Барденикова С.И., Снитко С.Ю. (10 мин.)

14:45–15:00

Перерыв. Осмотр выставки.

15:00–16:30

Симпозиум

Одностороннее вздутие легкого у детей; что делать?

Председатели: Малахов А.Б., Соколов Ю.Ю., Соколова И.А.

Одностороннее вздутие легкого у ребенка: взгляд пульмонолога/торакального хирурга.

Малахов А.Б., Топилин О.Г., Соколов Ю.Ю. (15 мин.)

Пороки развития легких и возможности хирургического лечения.

Разумовский А.Ю., Алхасов А.Б., Митупов З.Б., Степаненко Н.С., Куликова Н.В., Задвернюк А.С. (15 мин.)

Синдром одностороннего вздутия легкого при инфекционных заболеваниях.

Соколова И.А. (15 мин.)

Синдром одностороннего вздутия при пороках развития легких.

Ильина И.А., (Санкт-Петербург) (15 мин.)

Синдром одностороннего вздутия легкого: врожденные пороки сердца.

Вишнякова М.В. (15 мин.)

Респираторные проблемы у ребенка с множественными пороками развития.

Рычкова Т.И., Куликова Е.В., Довгун О.Б. (15 мин.)

16:30–16:45

Перерыв. Осмотр выставки.

16:45–18:15

Симпозиум

Инфекции нижних дыхательных путей: от диагноза к лечению.

Председатели: Малахов А.Б., Овсянников Д.Ю.

Внебольничная пневмония у детей в Москве. Сезон 2017—2018 гг.: взгляд пульмонолога.

Малахов А.Б., Зинкевич А.П. (20 мин.)

Деструктивные пневмонии у детей: взгляд детского хирурга.

Топилин О.Г., Игнатъев Е.А. (15 мин.)

Лучевая диагностика инфекций нижних дыхательных путей: взгляд рентгенолога.

Соколова И.А. (15 мин.)

Возможности вакцинопрофилактики у детей с заболеваниями органов дыхания.

Ртищев А.Ю. (15 мин.)

Неонатальные пневмонии.

Судакова Н.М., Острейков И.Ф., Подкопаев В.Н., Короид В.В., Мазанкова Л.Н., Самитова Э.Р. (20 мин.)

Дифференциальный диагноз обструктивных состояний нижних дыхательных путей (клинические примеры).

Зайцева С.В., Локшина Э.Э., Зайцева О.В. (5 мин.)

Сектор С

11:30–13:00

Симпозиум к 95-летию ГБУЗ «ДГКБ № 9 имени Г.Н. Сперанского ДЗМ»

Иммунология. Новая реальность.

Председатели: Румянцев А.Г., Корсунский А.А., Продеус А.П.

Новые лабораторные маркеры иммунодефицитных состояний.

Гордукова М.А. (15 мин.)

Современные клинические подходы к выявлению и неонатальный скрининг первичных иммунодефицитных состояний.

Продеус А.П. (20 мин.)

Эпидемиологические и фармакоэкономические аспекты скрининга первичных иммунодефицитных состояний.

Скрининг иммунодефицитных состояний в группе диспансерного наблюдения «часто болеющие дети» в условиях городского амбулаторного центра.

Корсунский И.А. (20 мин.)

Контроль восстановления иммунной системы после тяжелых заболеваний.

Образцов И.В. (15 мин.)

Качество жизни детей с нарушениями иммунитета.

Мунблит Д.Б. (15 мин.)

Дискуссия. Ответы на вопросы. (5 мин.)

13:00–13:15

Перерыв. Осмотр выставки.

13:15–14:45

II Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы питания в педиатрии». Секция 1.

Актуальные вопросы детской нутрициологии и гепатологии.

Председатели: Строкова Т.В., Заплатников А.Л., Захарова И.Н.

Грудное вскармливание — поддержать природу и избежать проблем.

Захарова И.Н., Дмитриева Ю.А. (15 мин.)

Особенности нутритивного статуса у детей с гастроинтестинальной формой пищевой аллергии.

Таран Н.Н., Титова О.Н. (10 мин.)

Наиболее частые ошибки при желтухах у детей первых месяцев жизни.

Заплатников А.Л. (15 мин.)

Дефицит альфа-1-антитрипсина у детей: диагностика, клинические проявления, течение заболевания.

Зубович А.И., Багаева М.Э. (10 мин.)

Хронический криптогенный гепатит: сложности диагностики и алгоритм действий.

Строкова Т.В., Сурков А.Н. (15 мин.)

Болезнь Вильсона: сложности диагностики и лечения.

Багаева М.Э., Зубович А.И. (10 мин.)

Болезни печени с нарушениями углеводного обмена.

Строкова Т.В., Васильева Е.А., Прохорова И.В. (15 мин.)

14:45–15:00

Перерыв. Осмотр выставки.

15:00–16:30

II Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы питания в педиатрии». Секция 2.

Грудное вскармливание: новые решения старых проблем.

Председатели: Ильенко Л.И., Ревякина В.А., Денисова С.Н.

Поддержка грудного вскармливания как профилактика пищевой аллергии.

Ильенко Л.И. (15 мин.)

Иммунозаместительные и иммуномодулирующие свойства грудного молока.

Сенцова Т.Б. (15 мин.)

Роль диетотерапии кормящих матерей в лечении и профилактике пищевой аллергии у детей первого года.

Денисова С.Н. (15 мин.)

Современные тенденции в профилактике пищевой аллергии у детей.

Ревякина В.А. (15 мин.)

Алгоритм выбора молочной смеси при невозможности грудного вскармливания.

Казюкова Т.В. (15 мин.)

Синдром дыхательных расстройств у новорожденных на естественном вскармливании.

Тарасова О.В. (10 мин.)

Дискуссия. (5 мин.)

16:30–16:45

Перерыв. Осмотр выставки.

16:45–18:15

Симпозиум

Анестезиология и реанимация детского возраста.

Знать и не бояться.

Председатели: Острейков И.Ф., Айзенберг В.Л., Бабаев Б.Д.

Оказание реанимационной помощи детям в отделениях реанимации для инфекционных больных Москвы.

Острейков И.Ф. (15 мин.)

Опыт лечения острой ишемии миокарда, осложненной кардиогенным шоком, отеком легких и острым нарушением мозгового кровообращения.

Бабаев Б.Д., Королева А.С., Никитин В.В., Тележникова Н.Д., Трофимов А.А., Ашурова Б.А., Багажков А.М. (15 мин.)

Подготовка к проведению общей анестезии у детей с ЛОР-патологией.

Толасов К.Р., Шишков М.В., Сваринская Т.Б., Бабаев Б.Д., Ивахненко Ю.И. (15 мин.)

Седация в педиатрии.

Бабаев Б.Д., Багашков А.М., Никитин В.В., Надбитова Р.А. (15 мин.)

Роль симуляционного класса в отработке практических навыков у ординаторов первого и второго года обучения.

Ивахненко Ю.И. (15 мин.)

Острое повреждение почек у детей с пероральными отравлениями химической этиологии.

Чугунова О.Л., Амергулова С.Б., Ярошевская О.И. (15 мин.)

Сектор В

11:30–13:00

Симпозиум

Сложности диагностики и ведения кардиальной патологии у детей.

Председатели: Трунина И.И., Абрамян М.А., Дегтярева Е.А.

Оценка дисфункции клапанов сердца в нехирургических случаях.

Шарыкин А.С. (15 мин.)

Нежелательные эффекты пропранолола при лечении младенческих гемангиом.

Константинова Н.К., Котлукова Н.П. (15 мин.)

Сложности диагностики артериальной гипертензии у детей.

Коденко Д.Ф., Трунина И.И. (15 мин.)

Обструктивная болезнь легких или сосудистое кольцо?

Абрамян М.А., Куренков И.В., Шамрин Ю.Н., Бедин А.В. (15 мин.)

Ошибки преемственности детской кардиологии. Последствия для врачей и пациентов.

Дегтярева Е.А. (15 мин.)

Дисплазия соединительной ткани у кардиологических и гастроэнтерологических больных.

Остроухова И.П., Серебровская Н.Б., Куликова Е.В., Чегодаева Н.А. (15 мин.)

13:00–13:15

Перерыв. Осмотр выставки.

13:15–14:45

Симпозиум

«Маски-шоу» в детской кардиологии. Маски инфекционной и соматической патологии в детской кардиологической практике.

Председатели: Школьникова М.А., Корсунский А.А.

Инфекционные и соматические маски кардиоваскулярной патологии у детей и подростков.

Морено И.Г. (20 мин.)

Маски инфекционной патологии в детской кардиоревматологии. Проблемы диагностики и дифференциальной диагностики кардиоревматологической патологии у детей и подростков.

Кондрикова Е.В. (20 мин.)

Дифференциальная диагностика инфекционного и неинфекционного поражения сердца у детей и подростков.

Бондаренко Е.Д. (20 мин.)

Эпилептические маски внезапной смерти.

Школьникова М.А., Ильдарова Р.А., Белоусова Е.Д. (20 мин.)

Дискуссия. Ответы на вопросы. (10 мин.)

14:45–15:00

Перерыв. Осмотр выставки.

15:00–16:30

Симпозиум

Концептуальный взгляд на преморбидную диагностику у детей и подростков школьного возраста. Проблемы репродуктивного здоровья.

Председатели: Панков Д.Д., Казанская И.В., Сибирская Е.В.

Современные подходы к распознаванию патогенеза неverifiedифицированных преморбидных и транзиторных расстройств.

Панков Д.Д. (15 мин.)

Проблема репродуктивного здоровья у девочек и девушек города Москвы.

Сибирская Е.В., Колтунов И.Е., Короткова С.А., Тургунова Г.М., Якушева А.В. (15 мин.)

Современные технологии в ранней диагностике и лечении репродуктивной патологии у мальчиков.

Тарусин Д.И. (15 мин.)

Репродуктивная децелерация. Современная социобиологическая тенденция.

Жидков М.В. (15 мин.)

Возможности применения УЗИ в преморбидной диагностике патологии репродуктивной системы.

Казанская И.В., Петровищева Н.Л. (10 мин.)

Преморбидная нефрология в педиатрии: выявить, вылечить, предотвратить.

Дьяченко И.В. (10 мин.)

Дискуссия. Ответы на вопросы. (10 мин.)

16:30–16:45

Перерыв. Осмотр выставки.

16:45–18:15

Симпозиум

Междисциплинарный взгляд на трудности в интерпретации преморбидных и транзиторных расстройств у детей и подростков школьного возраста.

Председатели: Панков Д.Д., Делягин В.М., Милушкина О.Ю.

Дисплазия соединительной ткани. На позициях доказательной медицины.

Делягин В.М., Аксенова Н.С. (15 мин.)

Преморбидные и транзиторные проявления патологии желудочно-кишечного тракта у детей и подростков школьного возраста, тактика лечебно-профилактических мероприятий.

Харитонова Л.А. (15 мин.)

Гигиенические аспекты профилактики функциональных нарушений у школьников.

Милушкина О.Ю., Лапонова Е.Д. (15 мин.)

Первичные и вторичные вегетативно-гуморальные нарушения у детей и подростков с кардиоваскулярной патологией.

Морено И.Г. (10 мин.)

Педиатр и общий анализ крови: знать и не бояться.

Ковригина Е.С., Кузнецова Ю.В. (10 мин.)

Возможности реабилитации часто болеющих детей в условиях дневного стационара.

Ключникова И.В. (15 мин.)

Дискуссия. Ответы на вопросы. (10 мин.)

Сектор Т

11:30–13:00

Симпозиум

Жизнь после травмы — путь домой.

Председатели: Альбицкий В.Ю., Батышева Т.Т., Валиуллина С.А.

Как справиться с травмой головного и спинного мозга в XXI веке — взгляд педиатра и реабилитолога.

Валиуллина С.А. (15 мин.)

Профилактика костно-мышечных осложнений у детей после тяжелой нейротравмы.

Понина И.В., Новоселова И.Н., Мачалов В.А. (15 мин.)

Что должен знать участковый педиатр о саркопении?

Гусова А.А. (15 мин.)

Физическая реабилитация: от профилактики осложнений к восстановлению двигательных функций.

Новоселова И.В., Мачалов В.А. (15 мин.)

Психолого-психиатрические вопросы при возвращении ребенка в прежнюю среду после тяжелой травмы.

Сиднева Ю.Г., Львова Е.А., Быкова В.И. (15 мин.)

Педагогические основы восстановления ребенка после тяжелой черепно-мозговой травмы.

Закрепина А.В. (15 мин.)

13:00–13:15

Перерыв. Осмотр выставок.

13:15–14:45

Симпозиум

Актуальные вопросы непрерывного профессионального образования врачей-педиатров.

Председатели: Мошетова Л.К., Фисенко А.П., Османов И.М.

Непрерывное профессиональное образование врачей педиатрического профиля: реалии и перспективы.

Мошетова Л.К., Фисенко А.П. (20 мин.)

Успешное сотрудничество кафедры и клинической базы — основа эффективности непрерывного профессионального образования врачей-педиатров.

Сычев Д.А., Османов И.М., Захарова И.Н., Заплатников А.Л. (20 мин.)

Педиатрическое образование сегодня. Роль региональных программ.

Ильенко Л.И. (20 мин.)

Создание школы профессионального роста как важный ресурс развития кадров в педиатрии.

Витковская И.П. (20 мин.)

Дискуссия. Ответы на вопросы. (10 мин.)

14:45–15:00

Перерыв. Осмотр выставок.

15:00–16:30

Симпозиум.

Актуальные вопросы детской нефрологии. Междисциплинарный подход. Часть 1.

Председатели: Османов И.М., Острейков И.Ф., Чугунова О.Л.

Клинический случай острого повреждения почек у новорожденного ребенка с секвестрацией нижней доли левого легкого и развитием коарктационного синдрома.

Разумовский А.Ю., Чугунова О.Л., Шумихина М.В., Куликова Н.В.,

Траубе М.А.,

Селиванова Е.В. (15 мин.)

Цистинурия и цистиновый уролитиаз: сложности диагностики и лечения. Разбор клинического случая.

Шумихина М.В., Захаров А.И., Чугунова О.Л., Павлушкина Л.В. (15 мин.)

Гематурия у подростка: от ошибочного диагноза к верному.

Багирова Н.И., Сорокина Н.В., Богданова Н.А., Никитина С.Ю. (15 мин.)

Быстропрогрессирующий гломерулонефрит в практике диализного центра.

Панкратенко Т.Е. (15 мин.)

Брахи-ото-ренальный синдром как причина хронической болезни почек.

Орлова О.М., Кварцхелия М.В. (15 мин.)

Тромбоэмболия легочной артерии у детей.

Генералова Г.А. (15 мин.)

16:30–16:45

Перерыв. Осмотр выставок.

16:45–18:15

Симпозиум

Актуальные вопросы детской нефрологии. Междисциплинарный подход. Часть 2.

Гемолитико-уремический синдром в практике педиатра: единые проявления, разные формы.

Председатели: Османов И.М., Чугунова О.Л.

Типичный гемолитико-уремический синдром.

Генералова Г.А. (15 мин.)

Атипичный гемолитико-уремический синдром.

Музуров А.Л. (15 мин.)

Пневмококк-ассоциированный гемолитико-уремический синдром.

Орлова О.М. (15 мин.)

Гемолитико-уремический синдром, ассоциированный с дефектным метаболизмом кобаламина.

Абасеева Т.Ю. (15 мин.)

Антикоагулянтная терапия при тромботической микроангиопатии: за и против.

Эмирова Х.М., Музуров А.Л. (15 мин.)

Гемолитико-уремический синдром, ассоциированный с мутацией диацилглицеролкиназы.

Эмирова Х.М. (15 мин.)

Зал Москва

11:30–13:00

Круглый стол

Цифровое здравоохранение.

Модераторы: Найтовзина Н.Б., Воронцова М.В.

13:00–13:15

Перерыв. Осмотр выставки

13:15–14:45

Симпозиум

Первичные иммунодефициты — актуальность для педиатров.

Председатели: Щербина А.Ю., Пампура А.Н.

Как не пропустить иммунодефицит?

Мухина А.А. (15 мин.)

Атипичные инфекции у пациентов с ПИДС.

Родина Ю.А. (15 мин.)

Имунодефициты в лицах.

Дерипапа Е.В. (15 мин.)

Наследственный ангионевротический отек. Симпозиум.

Кузьменко Н.Б. (15 мин.)

Нейтропении: подходы к терапии и вакцинопрофилактике.

Геордиева Е.А. (15 мин.)

Оценка результатов новых технологий генетической диагностики первичных иммунодефицитов.

Кондратьева И.В., Пащенко О.Е. (15 мин.)

14:45–15:00

Перерыв. Осмотр выставки.

15:00–16:30

Симпозиум

Астенический синдром у детей: инфекционные и неинфекционные аспекты.

Председатели: Мазанкова Л.Н., Горюнова А.В.

Астения у детей: междисциплинарная проблема.

Горюнова А.В. (20 мин.)

Инфекционные болезни и астения. Патогенез и способы коррекции.

Чеботарева Т.А. (20 мин.)

Астенический синдром в исходе нейроинфекции у детей.

Мазанкова Л.Н., Гусева Г.Д., Солдатова И.А., Захарова И.В. (20 мин.)

Астенический синдром и субфебрилитет (случай из практики).

Самитова Э.Р., Ермакова М.Н. (20 мин.)

Дискуссия. Ответы на вопросы. (10 мин.)

16:30–16:45

Перерыв. Осмотр выставки.

16:45–18:15

Симпозиум

Актуальные вопросы детской кардиологии

Председатели: Школьникова М.А., Ковалев И.А.

Гибридная терапия нарушений ритма сердца у детей.

Школьникова М.А., Термосесов С.А., Ильдарова Р.А. (15 мин.)

Детская кардиологическая служба — организационно-правовые аспекты работы и взаимодействия со смежными специальностями.

Ковалев И.А., Школьникова М.А. (15 мин.)

Современные аспекты диагностики и лечения миокардитов у детей.

Грознова О.С. (15 мин.)

Диагностика жизнеугрожающих состояний у детей: сложности диагностики и современные возможности.

Полякова Е.Б., Трофимова Т.А., Школьникова М.А. (15 мин.)

Диагностика и лечение гиперхолестеринемии у детей.

Леонтьева И.В. (15 мин.)

Дискуссия. Ответы на вопросы. (15 мин.)

Зал Олимп

11:00–13:00

Круглый стол

К 65-летию создания первого в СССР отделения детской урологии в ГБУЗ «ДГКБ Святого Владимира ДЗМ». Часть 1.

Врублевский С.Г., Казанская И.В., Меновщикова Л.Б., Тарусин Д.И., Николаев С.Н., Паунова С.С., Рудин Ю.Э., Чугунова О.Л., Яцык С.П.

Пузырно-мочеточниковый рефлюкс и рефлюкс-нефропатия у детей. Часть 1.

Модераторы: Врублевский С.Г., Казанская И.В., Меновщикова Л.Б., Рудин Ю.Э., Чугунова О.Л.

Стратегия диагностики и лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса.

Николаев С.Н., Гуревич А.И. (15 мин.)

Безопасность и эффективность эндоскопического лечения детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом с использованием нативного коллагена.

Бабанин И.Л., Казанская И.В., Демидов А.А., Староверов О.В., Шуваев А.В., Матюшина К.М. (10 мин.)

Результаты эндоскопической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса.

Меновщикова Л.Б., Николаев С.Н., Коварский С.Л., Склярова Т.А. (10 мин.)

Современные эндовидеохирургические операции в коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса, показания, результаты.

Врублевский С.Г., Шмыров О.С., Врублевский А.С. (10 мин.)

Эндовидеохирургические операции при лечении осложненной эндоскопической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей.

Рудин Ю.Э., Марухненко Д.В., Лагутин Г.В., Черноскутова К.А., Алиев Д.К., Вардак А.Б. (10 мин.)

Пузырно-мочеточниковый рефлюкс с позиции врача-нефролога.

Шумихина М.В., Чугунова О.Л. (10 мин.)

Дискуссия. Ответы на вопросы. (55 мин.)

13:00–13:15

Перерыв. Осмотр выставки.

13:15–14:45

Круглый стол

К 65-летию создания первого в СССР отделения детской урологии в ГБУЗ «ДГКБ Святого Владимира ДЗМ». Часть 2.

Врублевский С.Г., Казанская И.В., Меновщикова Л.Б., Тарусин Д.И., Николаев С.Н., Паунова С.С., Рудин Ю.Э., Чугунова О.Л., Яцык С.П.

Пузырно-мочеточниковый рефлюкс и рефлюкс-нефропатия у детей.

Модераторы: Врублевский С.Г., Николаев С.Н., Паунова С.С., Яцык С.П.

Механизмы развития рефлюкс-нефропатии.

Морозова О.Л. (15 мин.)

Маркеры нефросклероза при обструктивных уропатиях у детей.

Яцык С.П., Семикина Е.Л., Буркин А.Г., Русаков А.А. (10 мин.)

Роль ультразвуковых исследований в диагностике пузырно-мочеточникового рефлюкса и рефлюкс-нефропатии.

Гуревич А.И. (15 мин.)

Антибактериальная терапия осложненного пузырно-мочеточникового рефлюкса.

Фролова Е.В. (10 мин.)

Сравнительный анализ протоколов антибактериальной терапии и профилактики инфекций мочевой системы у детей с нарушением уродинамики.

Паунова С.С. (10 мин.)

Дискуссия. Ответы на вопросы. (30 мин.)

14:45–15:00

Перерыв. Осмотр выставки.

15:00–16:30

Симпозиум

Синдром удлинённого интервала QT — основная причина внезапной смерти детей и подростков.

Председатели: Балькова Л.А. (Саранск), Макаров Л.М.

Синдром удлинённого интервала QT — основная причина внезапной смерти детей и подростков. Обзор проблемы: что должен знать педиатр?

Макаров Л.М. (30 мин.)

Клинический случай № 1.

Балькова Л.А. (20 мин.)

Клинический случай № 2.

Макаров Л.М. (20 мин.)

Клинический случай № 3.

Комолятова В.Н. (20 мин.)

16:30–16:45

Перерыв. Осмотр выставки.

16:45–18:15

Симпозиум при поддержке компании Гедеон Рихтер

Традиции и ценности национальной медицины в инновационном развитии современной педиатрии.

Председатели: Савенкова М.С., Савенков М.П., Солдатова И.Г.

Этиопатогенетический или эмпирический подход к выбору лечения: противоречия и баланс интересов.

Савенков М.П. (30 мин.)

Респираторные и кишечные инфекции у детей: этиопатогенетическая эволюция лечения.

Савенкова М.С. (30 мин.)

Компетентная преемственность в неонатологии и педиатрии.

Солдатова И.Г. (20 мин.)

Организация лечебного процесса в многопрофильной педиатрической клинике на базе национальных традиций и современных инноваций в медицине.

Петрайкина Е.Е. (10 мин.)

18 октября

Сектор А

9:00–10:30

Пленарное заседание

Актуальные проблемы педиатрии и детской хирургии. Всегда рядом.

Председатели: Разумовский А.Ю., Кучма В.Р., Османов И.М.

Здоровье детей, формирование здорового образа жизни детского населения — основная цель, содержание и ожидаемые результаты Десятилетия детства (2018–2027 гг.).

Кучма В.Р. (30 мин.)

Детская хирургия в Москве: достижения и перспективы.

Разумовский А.Ю. (15 мин.)

Актуальные вопросы реабилитации детей на современном этапе.

Валиуллина С.А. (15 мин.)

Современные возможности рентгенохирургических методов диагностики и лечения в педиатрии.

Разумовский А.Ю., Феоктистова Е.Н., Галибин И.Е., Митупов З.Б.,

Алхасов М.Б. Смолянкин А.А. (15 мин.)

Эффективное решение трудных задач с помощью методов современной пластической и реконструктивной хирургии у детей.

Александров А.В., Александрова Н.Е., Гончарук П.В., Рыбченко В.В.

(15 мин.)

10:30–10:45

Перерыв. Осмотр выставки.

10:45–12:15

Интерактивный мастер-класс.

Современный взгляд на аллергию и профилактику аллергических заболеваний в педиатрической практике.

Встреча с профессором.

Председатели: Пампура А.Н., Ревякина В.А., Зайцева О.В.

Современные проблемы в детской аллергологии: реалии и перспективы решения.

Ревякина В.А. (15 мин.)

Аллергический ринит: взгляд педиатра.

Зайцева О.В., Барденикова С.И. (10 мин.)

Аллергический ринит: взгляд оториноларинголога.

Карпова Е.П., Тулупов Д.А. (10 мин.)

Аллергический ринит: взгляд аллерголога.

Пампура А.Н. (10 мин.)

От чего зависит эффективность небулайзерной терапии?

Следует знать каждому педиатру.

Симонова О.И. (45 мин.)

12:15–12:30

Перерыв. Осмотр выставки.

12:30–14:00

Симпозиум

Муковисцидоз как уникальная модель комплексного подхода к терапии хронической полиорганной патологии детского возраста. Часть 1.

Клинические разборы сложных случаев.

Председатели: Малахов А.Б., Каширская Н.Ю., Симонова О.И.

Муковисцидоз и болезнь Крона: редкое коморбидное состояние. «Трудный диагноз» и как лечить.

Рославцева Е.А., Симонова О.И., Потапов А.С., Сурков А.Н., Кулебина Е.А. (15 мин.)

Проблема длительной интубации для ребенка с тяжелым течением муковисцидоза: за и против.

Игнатова А.С., Мухина М.А., Лившиц М.И., Лобанкин П.В., Харьков А.В. (15 мин.)

Муковисцидоз у близнецов. Загадка природы.

Горина Ю.В., Пушков А.А., Черневич В.П., Попова О.В., Мухина М.А., Лазарева А.В., Воронина О.Л., Жилина С.В. (15 мин.)

Особенности хирургии околоносовых пазух у детей с муковисцидозом. Случай из практики.

Полунин М.М., Солдатский Ю.Л. (15 мин.)

Результаты неонатального скрининга в Москве за 2016–2018 гг. и организация службы медицинской помощи детям с муковисцидозом в Москве.

Шестопалова Е.А., Симонова О.И. (15 мин.)

Что педиатр должен знать про психологические проблемы детей с хроническими заболеваниями легких. Пути преодоления. Мнение психолога.

Герасимова А.М., Свиридова Т.В., Лазуренко С.Б. (15 мин.)

14:00–14:15

Перерыв. Осмотр выставок.

14:15–15:45

Симпозиум.

Муковисцидоз как уникальная модель комплексного подхода к терапии хронической полиорганной патологии детского возраста. Часть 2.

Перспективы развития медицинской помощи пациентам с муковисцидозом на современном этапе.

Председатели: Амелина Е.Л., Симонова О.И., Каширская Н.Ю.

Реальные перспективы лечения пациентов с муковисцидозом на современном этапе.

Каширская Н.Ю., Петрова Н.В. (20 мин.)

Трансплантация легких у детей с муковисцидозом.

Головинский С.В. (15 мин.)

Комплексное лучевое исследование гепатобилиарной системы при муковисцидозе.

Сиденко А.В., Кустова О.В., Комарова Н.Л. (15 мин.)

Современный микробиологический пейзаж у детей с муковисцидозом в Москве: что изменилось?

Жилина С.В., Черневич В.П., Егоров М.С. (15 мин.)

Новости ведения взрослых пациентов с муковисцидозом.

Амелина Е.Л. (20 мин.)

Дискуссия. Ответы на вопросы. (5 мин.)

15:45–16:00

Перерыв. Осмотр выставок.

16:00–17:30

Симпозиум Памяти профессора Надежды Николаевны Розиновой.

Редкие заболевания легких: диагностика и лечение.

Клинико-диагностические и терапевтические направления тактики ведения пациентов с хронической бронхолегочной патологией.

Председатели: Мизерницкий Ю.Л., Малахов А.Б., Генне Н.А.

Профессор Надежда Николаевна Розина — врач, ученый, педагог.

Генне Н.А. (15 мин.)

Редкие заболевания легких в практике педиатра.

Мизерницкий Ю.Л., Дьякова С.Э., Костюченко М.В., Зорина И.Е., Захаров П.П. (15 мин.)

К современной классификации хронических бронхолегочных заболеваний: в фокусе хронический бронхит.

Малахов А.Б. (15 мин.)

Первичная целиарная дигенезия у детей: что должен знать врач первичного звена здравоохранения. Проект клинических рекомендаций.

Богорад А.Е., Дьякова С.Э., Соколова Л.В. (15 мин.)

Комплексный подход к терапии хронических неспецифических заболеваний легких у детей.

Симонова О.И. (10 мин.)

Патогенез хронического бронхита. Интерстициальные заболевания легких у детей.

Лев Н.С. (10 мин.)

Диагностические ошибки в педиатрии: туберкулез и хронический бронхит различной этиологии.

Симонова О.И., Игнатова А.С., Горина Ю.В. (10 мин.)

Сектор С

9:00–10:30

IV Научно-практическая конференция Общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов «Актуальные проблемы детской гастроэнтерологии. Каньшинские чтения на педиатрическом съезде».

Секция 1.

Воспалительные заболевания кишечника: вершина айсберга.

Председатели: Никонов Е.Л., Скворцова Т.А., Хавкин А.И.

Поражение тонкой кишки при болезни Крона.

Цимбалова Е.Г. (30 мин.)

Первичный склерозирующий холангит или ВЗК — что первично?

Волынец Г.В. (30 мин.)

Моногенные формы болезни Крона у детей раннего возраста.

Щиголева Н.Е. (30 мин.)

10:30–10:45

Перерыв. Осмотр выставок.

10:45–12:15

IV Научно-практическая конференция Общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов «Актуальные проблемы детской гастроэнтерологии. Каньшинские чтения на педиатрическом съезде».

Секция 2.

Семинар Европейского общества детской гастроэнтерологии, гепатологии и нутрициологии. Нутритивная поддержка при воспалительных заболеваниях кишечника у детей — настоящее и будущее

Председатели: Никонов Е.Л., Хавкин А.И.

Role of diet in the etiology and treatment of Crohn's Disease in children.

Роль диеты в развитии и лечении болезни Крона у детей.

Sanja Kolacek Санья Колачек, Хорватия, с переводом (45 мин.)

Role of enteral nutrition in CD — current guidelines and own experience.

Роль энтерального питания при болезни Крона — актуальный консенсус и собственный опыт.

Jaroslav Kierkus Ярослав Керкус, Польша, с переводом (45 мин.)

12:15–12:30

Перерыв. Осмотр выставки.

12:30–14:00

IV Научно-практическая конференция Общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов «Актуальные проблемы детской гастроэнтерологии. Каньшинские чтения на педиатрическом съезде». Секция 3.

Терапия воспалительных заболеваний кишечника у детей — настоящее и будущее.

Председатели: Скворцова Т.А., Цымбалова Е.Г.

Аминосалицилаты и гормоны: новое — это хорошо забытое старое?

Скворцова Т.А. (25 мин.)

Биологическая терапия — при ВЗК у детей: что выбирает гастроэнтеролог?

Цымбалова Е.Г. (20 мин.)

Тактика хирурга при болезни Крона у детей.

Щербакова О.В. (20 мин.)

Способы коррекции микробиома у пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника.

Хавкин А.И., Шрайнер Е.В. (20 мин.)

Дискуссия. Ответы на вопросы. (5 мин.)

14:00–14:15

Перерыв. Осмотр выставки.

14:15–15:45

IV Научно-практическая конференция Общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов «Актуальные проблемы детской гастроэнтерологии». Секция 4.

Дифференциальный диагноз энтеропатий у детей.

Председатели: Османов И.М., Захарова И.Н., Заплатников А.Л.

Туберкулез кишечника: трудности диагностики.

Аксенова В.А. (15 мин.)

Поражение кишечника при первичных иммунодефицитных состояниях: трудности диагностики.

Дмитриева Ю.А. (15 мин.)

Аллергологические поражения желудочно-кишечного тракта: демонстрация клинических случаев.

Захарова И.Н., Бережная И.В., Сугян Н.Г. (15 мин.)

Синдром энтероколита, индуцированного пищевыми белками (FPIE-syndrome). Клинический разбор.

Захарова И.Н., Дмитриева Ю.А., Гетманченко Ю.Г., Заплатников А.Л. (15 мин.)

Экссудативная энтеропатия, осложнившаяся вторичной иммунной недостаточностью с развитием генерализованной вирусно-бактериальной инфекцией. Клинический разбор.

Захарова И.Н., Заплатников А.Л., Кузнецова О.А., Радченко Е.Р., Айсанова М.Р., Туманова Е.Л., Кошурникова А.С., Никитин В.В. (15 мин.)

Первичная лимфангиэктазия кишечника. Клинический разбор.

Заплатников А.Л., Дмитриева Ю.А., Кузнецова О.А., Радченко Е.Р., Анцух А.В., Кошурникова А.С., Епифанова Е.И. (15 мин.)

15:45–16:00

Перерыв. Осмотр выставки.

16:00–17:30

IV Научно-практическая конференция Общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов «Актуальные проблемы детской гастроэнтерологии». Секция 5.

Глютен-зависимые заболевания: современное состояние проблемы. Синдром желтухи у детей первых месяцев жизни.

Председатели: Бельмер С.В., Заплатников А.Л., Рославцева Е.А.

Глютен-зависимые заболевания: современная классификация и патогенетические аспекты.

Бельмер С.В. (15 мин.)

Особенности запоров у детей: диагностика и лечение.

Эрдес С.И. (15 мин.)

Синдром прямой гипербилирубинемии у детей первых месяцев жизни: алгоритм диагностики и тактика ведения. Клинический разбор.

Заплатников А.Л., Кузнецова О.А., Карасева Л.Н., Воробьева А.С., Гончарова Л.В., Радченко Е.Р. (15 мин.)

Синдром не прямой гипербилирубинемии у детей первых месяцев жизни: алгоритм диагностики и тактика ведения. Клинический разбор.

Заплатников А.Л., Карасева Л.Н., Кузнецова О.А., Воробьева А.С., Гончарова Л.В., Радченко Е.Р. (15 мин.)

Современные аспекты диагностики целиакии: итоги Европейского исследования ProCeDE.

Дмитриева Ю.А. (15 мин.)

Безглютеновая диета и перспективы медикаментозной терапии целиакии.

Рославцева Е.А. (15 мин.)

Сектор В

9:00–10:30

Симпозиум

Скорая и неотложная медицинская помощь детскому населению в условиях мегаполиса. Организационные аспекты работы и актуальные вопросы диагностики.

Председатели: Плавунов Н.Ф., Кадышев В.А., Анисимова С.Н.

Повышение качества оказания скорой и неотложной медицинской помощи детскому населению — приоритетное

направление в работе Станции скорой и неотложной медицинской помощи имени А.С. Пучкова города Москвы.

Кадышев В.А. (15 мин.)

Организационные аспекты оказания неотложной медицинской помощи детям бригадами отделения неотложной медицинской помощи детскому населению.

Плавунин Н.Ф., Безьянный А.С. (15 мин.)

Роль специализированной выездной экстренной консультативной кардиологической (детям) бригады скорой медицинской помощи в ранней диагностике врожденных пороков сердца.

Абрамян М.А., Ефремов С.О. (15 мин.)

Дистанционный консультативный педиатрический пост Станции скорой и неотложной медицинской помощи имени А.С. Пучкова как важное звено в системе оказания скорой медицинской помощи детям.

Ольшевский А.С., Баятин А.М. (15 мин.)

«Трудный диагноз»: особенности ранней диагностики менингококковой инфекции у детей на этапе оказания скорой медицинской помощи.

Анисимова С.Н., Кадышев В.А., Проскурина Л.Н. (15 мин.)

Основные симптомы психических расстройств у детей. Алгоритм действия бригады скорой медицинской помощи.

Савенко А.В. (15 мин.)

10:30–10:45

Перерыв. Осмотр выставки.

10:45–12:15

II Научно-практическая конференция «Неврологические аспекты в современной педиатрической практике» на педиатрическом съезде. Секция 2.

Неврологические заболевания в практике педиатра: ранняя диагностика и особенности сопровождения.

Председатели: Мухин К.Ю., Щедеркина И.О.

Особенности семейного наблюдения детей с цереброваскулярной патологией и членов их семей.

Щедеркина И.О., Колтунов И.Е., Орлосорова С.Н. (15 мин.)

Дифференциальная диагностика эпилептических и неэпилептических пароксизмальных состояний.

Мухин К.Ю. (15 мин.)

Сложности дифференциальной диагностики демиелинизирующих и ишемических поражений головного мозга.

Кузенкова Л.М. (15 мин.)

FIRES-синдром в практике инфекциониста, педиатра и невролога.

Шахкарян К.А. (10 мин.)

Инфекционный фактор в развитии ишемических поражений головного мозга у детей.

Кессель А.Е., Дроздова И.М., Кузьмина Е.В., Щедеркина И.О. (10 мин.)

Основы диагностики болезней белого вещества у детей.

Быкова О.В. (15 мин.)

Ошибки в диагностике повреждений спинного мозга у детей. SCIWORA и SCIWONA.

Новоселова И.Н., Исхаков О.С., Валиуллина С.А. (10 мин.)

12:15–12:30

Перерыв. Осмотр выставки.

12:30–14:00

II Научно-практическая конференция «Неврологические аспекты в современной педиатрической практике». Секция 3.

Нейрохирургические аспекты в нейропедиатрии.

Председатели: Семенова Ж.Б., Чмутин Г.Е.

Пороки развития церебральных сосудов, особенности диагностики и ведения.

Лившиц М.И., Чмутин Г.Е., Колтунов И.Е., Левов А.В., Умеренков В.Н., Чигбаев М.Ж., Лобанкин П.В. (15 мин.)

Эндоваскулярные методики в лечении аномалий строения церебральных сосудов.

Усачев А.А., Лившиц М.И., Чмутин Г.Е. (15 мин.)

Черепно-мозговая травма у детей. Взгляд рентгенолога.

Тактика педиатра.

Петрайкин А.В., Семенова Ж.Б., Ахадов Т.А. (15 мин.)

Эффективность хирургического лечения эпилепсии у детей и подростков.

Землянский М.Ю., Лившиц М.И., Чмутин Г.Е. (15 мин.)

Особенности диагностики труднокурабельных форм эпилепсии с определением тактики ведения.

Соловьев В.Б., Орлова К.А., Шадрова А.А. (15 мин.)

Алгоритм отбора пациентов с эпилепсией для предхирургического обследования.

Кузнецова А.А., Лившиц М.И., Чмутин Г.Е., Землянский М.Ю., Соловьев В.Б. (15 мин.)

14:00–14:15

Перерыв. Осмотр выставки.

14:15–15:45

Симпозиум

Заболевания органов дыхания и лихорадка у детей.

Вечная клиническая интрига. Национальные и зарубежные клинические рекомендации.

Председатели: Зайцева О.В., Малахов А.Г., Овсянников Д.Ю.

Внебольничная пневмония у подростка с впервые выявленными бронхоэктазами. Клинический случай.

Барденикова С.И., Снитко С.Ю., Довгун О.Б. (10 мин.)

Пневмонии у детей: дифференциальный диагноз. Клинические примеры.

Зайцева С.В. (10 мин.)

Дифференциальный диагноз обструктивных состояний верхних дыхательных путей. Клинические примеры.

Локшина Э.Э., Зайцева О.В. (15 мин.)

Лихорадка у детей. Вечная клиническая интрига. Дифференциальный диагноз. Национальные и зарубежные клинические рекомендации.

Зайцева О.В. (20 мин.)

Буллезный эпидермолиз — междисциплинарный подход в педиатрии.

Гехт М.А. (15 мин.)

Кислородозависимость и длительная домашняя кислородотерапия.

Беляшова М.А., Даниэл-Абу М., Гитинов Ш.А., Овсянников Д.Ю. (10 мин.)

Не связанные с муковисцидозом бронхоэктазы у детей.

Фролов П.А., Топилин О.Г., Нгуен В., Коваленко И.В., Колтунов И.Е. (10 мин.)

15:45–16:00

Перерыв. Осмотр выставки.

16:00–17:30

Симпозиум

Туберкулез — последние новости. Это должен знать каждый педиатр. Часть 1.*Председатели: Аксенова В.А., Севостьянова Т.А., Симонова О.И.*

Туберкулез у детей и подростков в России: современный взгляд на проблему.

Аксенова В.А. (15 мин.)

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу у детей и подростков в Москве.

Севостьянова Т.А. (15 мин.)

Диаскинтест и реакция Манту в сравнении: актуальность, информативность, результативность.

Клевно Н.И. (15 мин.)

Особенности туберкулеза у детей на фоне терапии генно-инженерными биологическими препаратами.

Кавтарашвили С.М. (15 мин.)

Микобактериальные инфекции в детской практике, сложности диагностики.

Клевно В.И. (15 мин.)

Саркоидоз у детей: редко, но возможно. Разбор клинического случая.

Симонова А.Ю., Селимзянова Л.Р., Степанян И.Э., Кустова О.В. (15 мин.)

Сектор Т

9:00–10:30**II Научно-практическая конференция «Неврологические и реабилитационные аспекты в современной педиатрической практике». Секция 1.**

Реабилитация в педиатрии: комплексность, преемственность, инновации.

Председатели: Батышева Т.Т., Зыков В.П.

Расстройства аутистического спектра у детей: от раннего скрининга до диспансерной общепедиатрической курации.

Батышева Т.Т. (15 мин.)

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью в практике педиатра.

Зыков В.П. (15 мин.)

Неврологические маски соматических заболеваний у детей.

Дроздова И.М., Кессель А.Е., Кузьмина Е.В. (15 мин.)

Головные боли у детей и подростков как маски хронической соматической патологии.

Яковлева Ю.К. (10 мин.)

Психологические факторы «трудного диагноза» в педиатрии, или зачем врачу психолог?

Мазурова Н.В. (10 мин.)

Цитомегаловирусная инфекция и перинатальное поражение ЦНС.

Пасхина И.Н., Домонова Э.А., Шатилова Н.Н., Батышева Т.Т. (10 мин.)

Организация диагностики, лечения и реабилитации расстройств мочеиспускания на педиатрическом участке.

*Гусева Н.Б. (15 мин.)***10:30–10:45**

Перерыв. Осмотр выставки.

10:45–12:15

К 115-летию ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ»

IV Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы ревматологии в педиатрической практике». Секция 1.

Вопросы детской ревматологии.

Председатели: Жолобова Е.С., Валиева С.И., Никишина И.П.

Ювенильный идиопатический артрит: клиническая картина, дифференциальная диагностика.

Валиева С.И. (30 мин.)

Терапия ювенильного идиопатического артрита (вчера, сегодня, завтра).

Жолобова Е.С. (30 мин.)

Аксиальный спондилоартрит с ювенильным началом. Диагностика, дифференциальная диагностика, современная фармакотерапия.

*Никишина И.П. (30 мин.)***12:15–12:30**

Перерыв. Осмотр выставки.

12:30–14:00

К 115-летию ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ»

IV Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы ревматологии в педиатрической практике». Секция 2.

Вопросы детской ревматологии.

Председатели: Жолобова Е.С., Валиева С.И., Никишина И.П.

Особенности течения системной красной волчанки у современных подростков.

Валиева С.И. (15 мин.)

Системная красная волчанка с ювенильным дебютом — уроки клинической практики.

Каледа М.И. (15 мин.)

Дифференциальная диагностика моноартритов.

Родионовская М.Р. (15 мин.)

Ортопедический пациент на приеме ревматолога.

Тайбулатов Н.И. (15 мин.)

Синдром Кавасаки — проблема своевременной диагностики в практике педиатра.

Лыскина Г.А., Алексанян К.В. (15 мин.)

Болезнь Кавасаки — клинико-генетические аспекты.

*Глазырина А.А., Курбанова С.Х., Коровина О.А., Кантемирова М.Г. (15 мин.)***14:00–14:15**

Перерыв. Осмотр выставки.

14:15–15:45

К 115-летию ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ»

IV Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы ревматологии в педиатрической практике». Секция 3.

«Трудный диагноз» в детской кардиологии и ревматологии.

Председатели: Подчерняева Н.С., Кантемирова М.Г., Дегтярева Е.А.

Острая ревматическая лихорадка.

Новикова Ю.Ю., Коровина О.А., Кантемирова М.Г., Дегтярева Е.А. (20 мин.)

Инфекционный эндокардит.

Абрамян М.А., Кантемирова М.Г., Дегтярева Е.А., Колтунов И.Е. (20 мин.)

Аутовоспалительные синдромы в педиатрической практике.

Салугина С.О., Федоров Е.С. (20 мин.)

IgG-ассоциированные заболевания у детей.

Подчерняева Н.С., Шпитонкова О.В. (15 мин.)

Онкологические заболевания под маской ревматологической патологии.

Глазырина А.А., Тиганова О.А. (15 мин.)

15:45–16:00

Перерыв. Осмотр выставки.

16:00–17:30

Круглый стол

Стандарты в лечении детей с патологией органов мочевой системы. Нужны ли они?

Председатели: Длин В.В., Захарова И.Н., Османов И.М.

Стандарты в лечении заболеваний органов мочевой системы — международная практика.

Османов И.М. (15 мин.)

Клинические рекомендации для лечения инфекций мочевыводящей системы — нужны ли они?

Захарова И.Н. (15 мин.)

Нефротический синдром — нужна ли стандартизированная терапия?

Длин В.В. (15 мин.)

Альтернативные методы лечения инфекции мочевой системы у детей.

Кириллов В.И., Богданова Н.А. (15 мин.)

Дискуссия с участием Пауновой С.С., Цыгина А.Н., Петросян Э.К. (30 мин.)

Зал Москва

9:00–10:30

Симпозиум

Детская онкология в Москве: проблемы и пути решения.

Председатели: Шароев Т.А., Тиганова О.А., Иванова Н.М.

Маршрутизация детей с подозрением на онкологическое заболевание. Перспективы развития городской службы по профилю «Детская онкология» в Москве.

Тиганова О.А. (15 мин.)

Онкологическая служба ГБУЗ «НПЦ специализированной медицинской помощи детям имени В.Ф. Войно-Ясенецкого ДЗМ»

Иванова Н.М., Петриченко А.В. (15 мин.)

Центр детской онкологии и гематологии ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ».

Тиганова О.А., Кондратчик К.Л., Колтунов И.Е. (15 мин.)

Клинические проявления онкогематологических заболеваний у детей и их неспецифические симптомы.

Шершакова Е.А. (15 мин.)

Клинические проявления солидных опухолей у детей и их неспецифические симптомы.

Петриченко А.В. (15 мин.)

Новообразования кожи. На что следует обращать внимание педиатру?

Рогачева Е.Р. (15 мин.)

10:30–10:45

Перерыв. Осмотр выставки.

10:45–12:15

Симпозиум

Геморрагические и тромботические проявления, диагностика, терапия, клинические разборы.

Председатели: Кондратчик К.Л., Донюш Е.К.

Дифференциальная диагностика тромбоцитопений у детей.

Донюш Е.К. (15 мин.)

Дифференциальная диагностика кожного геморрагического синдрома.

Свирин П.В. (15 мин.)

Лабораторная диагностика нарушений гемостаза в практике врача-педиатра. Взаимодействие клиники и лаборатории в диагностике геморрагических состояний.

Лаврентьева И.Н. (15 мин.)

Болезнь Виллебранда. Псевдоопухоль у пациентки с болезнью Виллебранда.

Шиллер Е.Э. (15 мин.)

Гемофилия А. Особенности течения, подходы к терапии.

Вдовин В.В. (15 мин.)

Трудности диагностики тромботической тромбоцитопенической пурпуры. Синдром Апшоу-Шульмана у пациента 12 лет.

Агеенкова Э.В. (15 мин.)

12:15–12:30

Перерыв. Осмотр выставки.

12:30–14:00

Симпозиум

Московская модель медицинского обеспечения обучающихся в школах.

Председатели: Кучма В.Р., Картавецва Л.Р., Витковская И.П.

Состояние здоровья современных московских школьников и повышение качества профилактических осмотров за счет предварительного скрининг-обследования обучающихся.

Рапопорт И.К. (15 мин.)

Московские школьники: образ жизни и факторы риска формирования хронических неинфекционных и школьно-обусловленных заболеваний.

Соколова С.Б. (15 мин.)

Психическое здоровье московских старшеклассников и студентов колледжей: показатели, проблемы и пути их решения.

Чубаровский В.В., Лабутьева И.С. (15 мин.)

Программные подходы к оптимизации питания обучающихся в образовательных организациях.

Горелова Ж.Ю. (15 мин.)

Современные формы повышения двигательной активности обучающихся в образовательных организациях.

Храмцов П.И. (15 мин.)

Современные технологии обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия детей в образовательных организациях города Москвы.

Иваненко А.В., Молдованов В.В., Сафонкина С.Г. (15 мин.)

14:00–14:15

Перерыв. Осмотр выставки.

14:15–15:45

Симпозиум

Острые состояния в детской аллергологии.

Председатели: Пампура А.Н., Ревякина В.А.

Анафилаксия у детей.

Есакова Н.В. (15 мин.)

Ангиоотек у детей.

Пампура А.Н. (15 мин.)

Острая крапивница у детей.

Варламов Е.Е. (15 мин.)

Прогрессирование атопического дерматита от дебюта до нейродермита.

Кудрявцева А.В. (15 мин.)

Повышение качества жизни ребенка с аллергическим ринитом.

Асманов А.И., Пивнева Н.Д. (15 мин.)

Дифференциальная диагностика и подход к лечению различных форм ринитов у детей.

Зябкин И.В., Богомилский М.Р., Баранов К.К. (15 мин.)

15:45–16:00

Перерыв. Осмотр выставки.

16:00–17:30

Симпозиум

Актуальные вопросы клинической фармакологии в педиатрии.

Председатели: Журавлева М.В., Лобань Н.В.

Современные стратегии фармакотерапии в педиатрии. Возможности службы клинической фармакологии столичного здравоохранения.

Журавлева М.В., Мансурова Э.А., Крысанова В.С. (15 мин.)

Роль биомаркеров в диагностике и лечении актуальных инфекций в детском многопрофильном стационаре.

Корсунский А.А., Кондратенко Н.В., Галеева Е.В., Храмова Е.Н., Гордукова М.А., Камнева Т.Р. (15 мин.)

Гордукова М.А., Камнева Т.Р. (15 мин.)

Осложненное течение острых внебольничных пневмоний у детей.

Корсунский А.А., Грушицкая Е.В., Галеева Е.В., Лопаткина О.А., Гордукова М.А., Молотов Р.С., Кукушкин Г.В. (15 мин.)

Гордукова М.А., Молотов Р.С., Кукушкин Г.В. (15 мин.)

Антибиотикоассоциированные диареи у детей, причины и методы лечения.

Османов И.М., Лобань Н.В., Пичугина Е.Г., Макарова Е.И., Шахова Т.В. (15 мин.)

(15 мин.)

Эпидемиологический статус новорожденного на втором этапе выхаживания.

Журавлева М.В., Дмитриева И.Б., Успенская И.В., Родионов Б.А. (15 мин.)

(15 мин.)

Случай дизентерии Флекснера у новорожденного.

Покатилова А.И. (15 мин.)

Зал Олимп

9:00–10:30

Симпозиум

Лучевая диагностика в педиатрии. Рентгенолог и педиатр — шаг навстречу друг другу. Часть 1.

Некоторые вопросы лучевой диагностики травмы опорно-двигательной системы и эпилепсии у детей.

Председатели: Ахадов Т.А., Мельников И.А.

Особенности перелома костей локтевого сустава у детей.

Костикова Т.Д. (15 мин.)

Диагностика неосложненных компрессионных переломов у детей младшего школьного возраста.

Корнеев И.А. (15 мин.)

Оценка минеральной костной плотности у пациентов с неосложненными компрессионными переломами позвонков с помощью количественной КТ-денситометрии.

Полякова У.А. (15 мин.)

МРТ при травматических повреждениях коленного сустава у детей школьного возраста.

Мельников И.А. (15 мин.)

Спектр повреждений при остром латеральном вывихе надколенника у детей на примере клинических случаев.

Ахлебинина М.И. (15 мин.)

Современные подходы в диагностике потенциально эпилептогенных структурных изменений головного мозга.

Быченко В.Г. (15 мин.)

10:30–10:45

Перерыв. Осмотр выставки.

10:45–12:15

Симпозиум

Лучевая диагностика в педиатрии. Рентгенолог и педиатр — шаг навстречу друг другу. Часть 2.

Некоторые вопросы лучевой диагностики заболеваний опорно-двигательной и нервной систем у детей.

Председатели: Ахадов Т.А., Божко О.В.

Алгоритм лучевой диагностики системных врожденных заболеваний скелета.

Шолохова Н.А. (15 мин.)

КТ-денситометрия у детей.

Полякова У.А. (15 мин.)

Нужна ли МР-спектроскопия педиатрам?

Семенова Н.А. (15 мин.)

Диагностика заболеваний костных структур по данным 1H МР-спектроскопии и КТ-денситометрии.

Иванцова А.С., Меньщиков П.Е., Манжурцев А.В. (15 мин.)

МР-спектроскопия костного мозга.

Куприянов Д.А., Терещенко Г.В., Назарова Э.Э., Струмила Н.А. (15 мин.)

DWI в оценке изменений синовию у детей.

Нестеров А.М., Цыгина Е.Н. (15 мин.)

12:15–12:30

Перерыв. Осмотр выставки.

12:30–14:00

Симпозиум

Лучевая диагностика в педиатрии.

Врач ультразвуковой диагностики и педиатр — шаг навстречу друг другу. Часть 3.

Некоторые вопросы лучевой диагностики неотложных состояний у детей. Возможности лучевой диагностики в педиатрической гинекологии.

Председатели: Ольхова Е.Б., Батырова З.К., Солопова А.Е.

Роль ультразвукового исследования в диагностике пневмоний у детей.

Ольхова Е.Б., Хаспеков Д.В. (15 мин.)

Кистозные образования брюшной полости у новорожденных. Ультразвуковая оценка.

Мукасева Т.В. (10 мин.)

Острый абдоминальный синдром. Алгоритм эхографического поиска.

Ольхова Е.Б. (15 мин.)

Особенности ультразвуковой диагностики пороков развития репродуктивной системы у детей.

Луньков С.С. (15 мин.)

Возможности МРТ в уточняющей диагностике пороков развития репродуктивной системы у девочек.

Солопова А.Е. (15 мин.)

Диагностическая ценность лучевых методов исследования при пороках развития половых органов у девочек.

Батырова З.К. (15 мин.)

Дискуссия. Ответы на вопросы. (5 мин.)

14:00–14:15

Перерыв. Осмотр выставки.

14:15–15:45

К 115-летию ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ»

XVII Научно-практическая конференция «Эндокринные аспекты в педиатрии» на съезде педиатров.

Часть 1.

Медико-социальные аспекты в педиатрии и детской эндокринологии.

Председатели: Петеркова В.А., Анциферов М.Б., Петряйкина Е.Е.

Медико-социальные аспекты в педиатрии и детской эндокринологии. Преимущество при переходе во «взрослые» медицинские организации.

Петеркова В.А. (15 мин.)

Организация медицинской помощи по профилю Детская эндокринология в медицинских организациях Департамента здравоохранения города Москвы.

Петряйкина Е.Е. (15 мин.)

Состояние нутритивного статуса и здоровья детей, родившихся от матерей с сахарным диабетом.

Богомаз Л.В., Богомаз Д.С., Бетц К.В., Папышева О.В. (15 мин.)

Генная и клеточная терапия сахарного диабета: достижения и перспективы.

Тимофеев А.В. (15 мин.)

Роль Leap-технологий в педиатрии.

Самойлова Ю.Г., Сиволобова Т.В. (15 мин.)

Программа дистанционного наблюдения и лечения детей с сахарным диабетом.

Лаптев Д.Н. (15 мин.)

15:45–16:00

Перерыв. Осмотр выставки.

16:00–17:30

XVII Научно-практическая конференция «Эндокринные аспекты в педиатрии» на съезде педиатров.

Часть 2.

Актуальные вопросы сахарного диабета у детей и подростков. Преодолевая барьеры.

Председатели: Петеркова В.А., Самойлова Ю.Г. (Томск), Самсонова Л.Н.

Дистанционный мониторинг — новая форма достижения компенсации сахарного диабета и повышения качества жизни пациентов.

Самойлова Ю.Г., Кошмелева М.В. (15 мин.)

Самоконтроль гликемии: вектор на повышение приверженности к лечению.

Рыбкина И.Г. (15 мин.)

Объективная оценка приверженности к самоконтролю сахарного диабета тип 1 у детей.

Латышев О.Ю., Симакова М.А., Окминян Г.Ф., Киселева Е.В., Самсонова Л.Н. (15 мин.)

Особенности инсулинотерапии у пациентов с сахарным диабетом, получающих глюкокортикоиды.

Витебская А.В. (10 мин.)

Парциальный липоатрофический диабет. Клинический пример.

Князева Т.Т. (10 мин.)

Лабораторные ошибки в детской диабетологии.

Тимофеев А.В. (15 мин.)

Неонатальный сахарный диабет, обусловленный дефектами гена инсулина.

Тихонович Ю.В., Киселев С.Л., Тюльпаков А.Н. (10 мин.)

19 октября

Сектор А

9:00–10:30

Симпозиум

Реализация федерального проекта «Единой России» «Здоровое будущее» и Указа Президента РФ от 29 мая 2017 г. № 240 «Об объявлении в РФ Десятилетия детства (2018—2027 гг.)». Охрана здоровья детей при занятии спортом и физкультурой.

Председатели: Морозов Д.А., Кучма В.Р., Погонин А.В., Картавцева Л.Р., Гаращенко М.В.

Круглый стол — обсуждение профильных проблем.

Законодательное регулирование медицинского обеспечения занятий физической культурой, спортом и туризмом детей (Комитет по охране здоровья Государственной думы РФ, Первый МГМУ имени И.М. Сеченова).

Морозов Д.А. (15 мин.)

Медицинское обеспечение занятий физической культурой в образовательных организациях.

Кучма В.Р., Храмцов П.И., Седова А.С. (15 мин.)

Значение медицинских осмотров детей при занятиях физической культурой и спортом.

Рапопорт И.К. (15 мин.)

Медицинское обеспечение физической активности в организациях отдыха детей и их оздоровления.

Седова А.С. (15 мин.)

Дискуссия. Ответы на вопросы. (15 мин.)

10:30–10:45

Перерыв. Осмотр выставки.

10:45–12:15

I Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы неотложных состояний у детей». Секция 1.

Председатель: Блохин Б.М., Острейков И.Ф.

Диагностика, тактика и лечение острых состояний при заболеваниях верхних дыхательных путей у детей.

Блохин Б.М. (25 мин.)

Современные подходы к лечению аспирационного синдрома у детей.

Лобушкова И.П. (20 мин.)

Пароксизмальные состояния дыхания у детей. Концепция безопасного сна.

Полуэкттов М.Г. (20 мин.)

Острая бронхиальная обструкция, дифференциальная диагностика и лечение. Проблема кашля у детей.

Блохин Б.М. (25 мин.)

12:15–12:30

Перерыв. Осмотр выставки.

12:30–14:00

I Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы неотложных состояний у детей». Секция 2.

Председатель: Блохин Б.М.

Неотложные состояния в детской эндокринологии.

Петрайкина Е.Е. (15 мин.)

Прогностические возможности проведения сердечно-легочной реанимации. Новые практические рекомендации.

Гаврютина И.В. (20 мин.)

Острые аллергические состояния у детей.

Блохин Б.М., Королев А.В. (20 мин.)

Острое почечное повреждение и острая почечная недостаточность в практике педиатра.

Чугунова О.Л. (20 мин.)

Современные подходы лечения гипертонического криза у детей.

Морено И.Г. (15 мин.)

14:00–14:15

Перерыв. Осмотр выставки.

14:15–15:45

I Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы неотложных состояний у детей». Секция 3.

Председатель: Блохин Б.М.

Междисциплинарные подходы к проблеме острых заболеваний респираторного тракта у детей.

Блохин Б.М. (20 мин.)

Реальная угроза инвазивной стрептококковой инфекции.

Гордиенко Г.И. (20 мин.)

Диагностическая и лечебная тактика при острой глистной инвазии.

Прохорова А.Д. (15 мин.)

Неотложная помощь детям с осложнениями от укусов животных и насекомых.

Стешин В.Ю. (15 мин.)

Диагностическая и лечебная тактика острого гастроэнтерита и гиповолемического шока у детей.

Блохин Б.М. (20 мин.)

15:45–16:00

Перерыв. Осмотр выставки

16:00–17:30

Симпозиум

Актуальные вопросы клинической фармакологии и рациональная фармакотерапия в педиатрии.

Председатели: Блохин Б.М., Ильенко Л.И., Журавлева М.В.

Полипрагмазия в педиатрии. Можно ли ее избежать?

Блохин Б.М. (20 мин.)

Дифференцированная фармакотерапия у новорожденных.

Ильенко Л.И. (20 мин.)

Актуальные вопросы клинической фармакологии в педиатрии: возможности службы клинической фармакологии столичного здравоохранения.

Журавлева М.В. (20 мин.)

Прогноз пищевой аллергии с позиций нутригеномики и нутригенетики.

Сенцова Т.Б. (15 мин.)

Особенности клинической фармакологии в педиатрии.

Романов Б.К. (15 мин.)

Сектор С

9:00–10:30

Симпозиум при поддержке компании Sanofi

От матери — к ребенку: связь неврологических нарушений у детей с внешними факторами. Пути превенции и коррекции.

Председатель: Акарачкова Е.С.

Картина нарушений у новорожденных детей в отделении неонатологии – проблемы могут быть предотвращены?

Зубков В.В. (30 мин.)

Такой «безобидный» стресс: как переживания отражаются на психологическом и соматическом здоровье ребенка.

Акарачкова Е.С. (30 мин.)

Анализ структуры заболеваемости неврологической патологии у детей и тактика их коррекции.

Нестеровский Ю.Е. (30 мин.)

10:30–10:45

Перерыв. Осмотр выставки

10:45–12:15

К 175-летию ГБУЗ «ДГКБ имени Н.Ф. Филатова ДЗМ»

IV Научно-практическая конференция Общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов «Актуальные проблемы детской гастроэнтерологии». Секция 6.

Междисциплинарный подход в детской гастроэнтерологии.

Председатели: Османов И.М., Чубарова А.И., Харитонов Л.А., Разумовский А.Ю.

Диагностика врожденных диарей

Чубарова А.И., Костомарова Е.А. (15 мин.)

Желчнокаменная болезнь и коморбидные состояния пищеварительного тракта у детей. Когда зовем хирурга?

Харитонов Л.А., Скоробогатова Е.В., Бостанджян В.Р. (15 мин.)

Лапароскопическая фундопликация — разумная альтернатива при лечении гастроэзофагального рефлюкса.

Разумовский А.Ю., Алхасов А.Б., Митупов Э.Б., Степаненко Н.С., Куликова Н.В., Задвернюк А.С. (15 мин.)

Паразитозы билиарного тракта у детей — мифы и реальность. Мнение гастроэнтеролога и паразитолога.

Кучеря Т.В., Керемли Н.Э. (15 мин.)

Функциональные нарушения кишечника у детей в период реконвалесценции острых кишечных инфекций. Взаимодействие инфекциониста и педиатра.

Солодовникова О.Н. (15 мин.)

Синдром хронической диареи у детей. Диагностический алгоритм.

Взгляд педиатра и инфекциониста.

Бочарова Т.И., Борзакова С.Н. (15 мин.)

12:15–12:30

Перерыв. Осмотр выставки

12:30–14:00

Симпозиум К 175-летию ГБУЗ «ДГКБ имени Н.Ф. Филатова ДЗМ»

IV Научно-практическая конференция Общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов «Актуальные проблемы детской гастроэнтерологии». Секция 7.

Междисциплинарный подход в детской гастроэнтерологии и гематологии.

Председатели: Чубарова А.И., Харитонов Л.А., Захарова Е.Ю.

Диагностика редких заболеваний с поражением печени.

Захарова Е.Ю. (15 мин.)

Влияние внешних факторов на изменения лабораторных показателей печени.

Павлушкина Л.В., Потапова Т.В. (15 мин.)

Трудности дифференциальной диагностики наследственных заболеваний печени у детей первого года жизни.

Семенова Н.А., Ипатова М.Г., Строкова Т.В., Захарова Е.Ю. (15 мин.)

Печень и парацетамол: современные представления о механизме гепатотоксичности.

Ипатова М.Г., Коваленко Л.А., Долгинов Д.М., Чубарова А.И. (15 мин.)

Нарушение гемостаза печени у новорожденных детей при патологии печени.

Черкасова С.В., Чубарова А.И. (15 мин.)

Роль морфолога в диагностике обменных нарушений печени.

Туманова Е.Л., Корчагина Н.С., Гришина А.Н. (15 мин.)

14:00–14:15

Перерыв. Осмотр выставки

14:15–15:45

II Школа московского специалиста на педиатрическом съезде.

«Проверяем на себе». Часть 1.

Актуальные аспекты амбулаторной медицинской помощи детям.

Председатели: Картавец Л.Р., Гаращенко М.В., Витковская И.П.

Проект «Московский врач» по специальности «Педиатрия».

Картавец Л.Р. (20 мин.)

Опыт организации кол-центра по приему «вызовов на дом».

Каширина Э.А. (10 мин.)

Организация работы кабинета здорового ребенка в рамках Московского стандарта детской поликлиники на территориях «Новой Москвы».

Герасименко Ж.А. (10 мин.)

Организация проведения патронажей на дому детям первого месяца жизни.

Лазарева С.И. (10 мин.)

Описание клинического случая наблюдения редкого заболевания в детской поликлинике. Наследственная семейная энцефалопатия.

Сазонова Н.Н. (10 мин.)

Туберозный склероз в практике неонатолога. Возможности ранней диагностики.

Беленович Е.В. (10 мин.)

Дискуссия. Ответы на вопросы. (20 мин.)

15:45–16:00

Перерыв. Осмотр выставки.

16:00–17:30

II Школа московского специалиста на педиатрическом съезде.

«Проверяем на себе». Часть 2.

Нормативно-правовые основы оказания медицинской помощи детям в медицинских и образовательных организациях.

Председатели: Витковская И.П., Гаращенко М.В., Мансурова Э.А.

Особенности вакцинации детей в образовательных организациях.

Малахов А.Б. (15 мин.)

Основы соблюдения санитарно-противоэпидемического режима в образовательных организациях.

Воскобойник С.В. (15 мин.)

Вопросы правовой безопасности медицинских работников при обеспечении медицинского сопровождения образовательного процесса.

Уткин С.А. (15 мин.)

Кто имеет право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг. Что входит в набор социальных услуг и как его получить?

Витковская И.П. (15 мин.)

Особенности работы подкомиссии врачебной комиссии медицинской организации по лекарственному обеспечению.

Кечина О.В. (15 мин.)

Механизм оформления документов для индивидуальной закупки лекарственных препаратов детям.

Мансурова Э.А. (15 мин.)

Сектор В

9:00–10:30

Образовательный семинар Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом.

ВИЧ-инфекция и дети: пути решения.*Председатели: Мазус А.И., Ольшанский А.А.*

Организация медицинской помощи ВИЧ-инфицированным детям в Москве.

Мазус А.И. (20 мин.)

Особенности лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции у детей.

Ольшанский А.А., Гейне М.Д. (20 мин.)

Перинатальная профилактика ВИЧ-инфекции в практике педиатра.

Набиуллина Д.Р. (15 мин.)

Клинические маски ВИЧ-инфекции в практике педиатра.

Михалинова Е.П., Цыганова Е.В. (15 мин.)

Антиретровирусная терапия у детей.

Вербилова А.С. (15 мин.)

Дискуссия. Ответы на вопросы. (5 мин.)

10:30–10:45

Перерыв. Осмотр выставки.

10:45–12:15

Симпозиум

Респираторный синдром и пневмония. Перекрестное внимание педиатра, аллерголога, инфекциониста и реаниматолога.*Председатели: Айзенберг В.Л., Чебуркин А.А., Чеботарева Т.А.*

Современные аспекты интенсивной терапии пневмоний в педиатрической практике.

Айзенберг В.Л. (30 мин.)

Респираторный синдром у коморбидного пациента.

Чеботарева Т.А. (15 мин.)

Бронхообструктивный синдром: инфекция или аллергия?

Чебукин А.А., Смирнова М.О. (15 мин.)

Рекуррентные инфекции: взгляд аллерголога.

Ревякина В.А. (15 мин.)

Алгоритм диагностики бронхиальной астмы у детей с повторными ОРВИ (случай из практики).

*Смирнова М.О., Майкова И.Д. (15 мин.)***12:15–12:30**

Перерыв. Осмотр выставки.

12:30–14:00

Симпозиум

Современные направления решения проблем аллергопатологии у детей и подростков.*Председатели: Геппе Н.А., Ревякина В.А., Кудрявцева А.В.*

Бронхиальная астма у детей: новое в клинических рекомендациях.

Геппе Н.А. (20 мин.)

Алгоритм неотложной помощи при бронхиальной астме на догоспитальном этапе.

Малахов А.Б. (15 мин.)

Фенотипы атопического дерматита у детей.

Кудрявцева А.В., Менгалиев Р.А. (15 мин.)

Особенности функционального состояния цилиарного эпителия у детей с бронхиальной астмой, аллергическим ринитом, рекуррентными и хроническими заболеваниями бронхов.

Озерская И.В. (15 мин.)

Комбинированная ингаляционная терапия при бронхиальной астме.

Денисова А.Р., Денисова В.Д. (15 мин.)

Хронический риносинусит у детей. Междисциплинарный подход.

Асманов А.И. (15 мин.)

Эпидермальная аллергия: динамика уровня сенсибилизации у детей с аллергическими заболеваниями за последние 25 лет.

*Барденикова С.И., Довгун О.Б. (10 мин.)***14:00–14:15**

Перерыв. Осмотр выставки.

14:15–15:45

Симпозиум

Актуальные вопросы оказания паллиативной помощи детям.*Председатели: Савва Н.Н., Кумирова Э.В., Тысячная Е.М.*

Актуальность организации перинатальной паллиативной помощи детям.

Савва Н.Н. (10 мин.)

Переход во взрослую службу паллиативной помощи и помощь молодым взрослым.

Коновалова Т. (10 мин.)

Маршрутизация пациентов для получения сильнодействующих наркотических средств и психотропных веществ.

Габова Е. (10 мин.)

Ботулинотерапия как метод коррекции спастичности у паллиативных пациентов.

Маслова Н.А., Кумирова Э.В., Щедеркина И.О., Колтунов И.Е., Мальцева С.А. (10 мин.)

Открытый вопрос «открытой» реанимации.

Лазарев В.В. (10 мин.)

Принципы ухода за детьми — хроническими канюленосителями.

Борисов А.С. (10 мин.)

Опыт оказания паллиативной медицинской помощи детям с аномалиями развития центральной нервной системы в условиях ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ».

Лаврова В.С., Кумирова Э.В., Тысячная Е.М. (10 мин.)

Алгоритм ведения хронического болевого синдрома у детей.

Кумирова Э.В. (15 мин.)

Дискуссия. Ответы на вопросы. (5 мин.)

15:45–16:00

Перерыв. Осмотр выставки.

16:00–17:30

Симпозиум

Природные и преформированные физические факторы, лечебная физическая культура в медицинской реабилитации детей: проблемы и перспективы развития.

Председатели: Погонченкова И.В., Хан М.А.

Актуальные проблемы применения природных и преформированных физических факторов, лечебной физической культуры в медицинской реабилитации детей.

Погонченкова И.В., Хан М.А. (15 мин.)

Методы физической реабилитации в коррекции двигательных нарушений у детей с перинатальным поражением ЦНС.

Хан М.А., Чубарова А.И., Румянцева М.В., Микитченко Н.А. (15 мин.)

Принципы и методы физической реабилитации детей с бронхиальной астмой.

Лян Н.А., Филатова Т.А., Калиновская И.И. (15 мин.)

Дифференцированное применение современных технологий медицинской реабилитации детей с болезнью Легга-Кальве-Пертеса.

Подгорная О.В., Лозовая Ю.И. (15 мин.)

Немедикаментозные технологии медицинской реабилитации детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Хан М.А., Куянцева Л.В. (15 мин.)

Новые технологии физио-, кинезотерапии в медицинской реабилитации детей с травмой конечностей.

Вахова Е.Л., Крестьяшин В.М., Крестьяшин И.В. (15 мин.)

Сектор Т

9:00–10:30

Симпозиум. К 175-летию ГБУЗ «ДГКБ имени Н.Ф. Филатова ДЗМ»

IV Научно-практическая конференция Общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов «Актуальные проблемы детской гастроэнтерологии». Секция 5.

Междисциплинарный подход в детской гастроэнтерологии.

Председатели: Чубарова А.И., Мокрушина О.Г., Соколов Ю.Ю.

Пороки развития желудка и 12-перстной кишки у новорожденных: диагностика и возможности современной хирургии.

Мокрушина О.Г., Разумовский А.Ю., Шумихин В.С., Халафов Р.В., Петрова Л.В., Кошко О.В., Эмирбекова С.К. (15 мин.)

Острый панкреатит и его осложнения у детей и подростков.

Соколов Ю.Ю., Ефременков А.М., Аюбян М.К., Шувалов М.Э., Вилесов А.В., Стоногин С.В. (15 мин.)

Хирургическое лечение перфоративных гастродуоденальных язв у детей.

Коровин С.А., Аюбян М.К., Дзядчик А.В., Шувалов М.Э., Вилесов А.В., Соколов Ю.Ю. (15 мин.)

О работе Центра хирургии пороков развития печени, желчных путей и поджелудочной железы.

Разумовский А.Ю., Алхасов А.Б., Митупов З.Б., Степаненко Н.С., Куликова Н.В., Задвернюк А.С. (15 мин.)

Рецидивные, осложненные и редкие варианты инвагинации кишечника у детей.

Соколов Ю.Ю., Аюбян М.К., Шувалов М.Э., Аллахвердиев И.С., Вилесов А.В. (15 мин.)

Острый мезаденит. Взгляд педиатра.

Шавлохова Л.А., Шувалов М.Э. (15 мин.)

10:30–10:45

Перерыв. Осмотр выставки.

10:45–12:15

Симпозиум

Актуальные вопросы патологии глотки детского возраста с позиции участкового педиатра.

Председатели: Богомильский М.Р., Ивойлов А.Ю., Юнусов А.С., Солдатский Ю.Л.

Боль в горле у детей.

Карпова Е.П. (15 мин.)

Аденотомия: за и против.

Ивойлов А.Ю. (15 мин.)

Хронический аденоидит в детском возрасте.

Мачулин А.И. (15 мин.)

Небные миндалины: быть или не быть?

Гуров А.В. (15 мин.)

Абсцессы глотки у детей.

Солдатский Ю.Л., Денисова О.А., Булышко С.А. (15 мин.)

Клинические «маски» острых шейных лимфаденитов у детей.

Стрига Е.А., Комелягин Д.Ю. (15 мин.)

12:15–12:30

Перерыв. Осмотр выставки.

12:30–14:00

IV Научно-практическая конференция «Репродуктивное здоровье детей и подростков» Круглый стол.

Актуальные вопросы репродуктивного здоровья детей и подростков Москвы. Проблемы и пути решения.

Председатели: Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Врублевский С.Г., Тарусин Д.И.

Репродуктивное здоровье девочек и девушек в Москве. Что изменилось?

Сибирская Е.В., Адамян Л.В., Колтунов И.Е., Петряйкина Е.Е., Якушева А.В. (15 мин.)

Заболевания органов репродуктивной системы у мальчиков в Москве.

Шарков С.М., Колтунов И.Е., Врублевский С.Г., Петряйкина Е.Е., Файзуллин А.К., Шмыров О.С. (15 мин.)

Работа Центра репродуктивного здоровья детей и подростков Москвы. Данные за 2017 г.

Врублевский С.Г., Колтунов И.Е., Петряйкина Е.Е., Поддубный И.В., Шарков С.М., Сибирская Е.В., Полякова Е.И. (15 мин.)

Идеология, стратегия и перспективы Школ репродуктивного здоровья в московской агломерации.

Тарусин Д.И. (15 мин.)

Скрининг и вакцинация в профилактике ВПЧ-инфекции и рака шейки матки.

Адамян Л.В., Сибирская Е.В. (15 мин.)

Воспалительные и вирусные поражения наружных гениталий у детей и подростков.

Тарусин Д.И. (15 мин.)

14:00–14:15

Перерыв. Осмотр выставки.

14:15–15:45

Симпозиум

Как решаются вопросы «трудного диагноза» в неонатологии, педиатрии и детской хирургии на педиатрическом участке.

Ребенок родился путем кесарева сечения: что педиатр может ожидать от него?

Председатели: Захарова И.Н., Османов И.М., Крестьяшин В.М.

Сложности в диагностике врожденной ортопедической патологии у детей раннего возраста.

Крестьяшин В.М., Крестьяшин И.В., Домарев А.О., Зимица О.Ю. (10 мин.)

Особенности диагностики и лечения дакриоциститов у детей.

Баранов К.К., Богомильский М.Р., Зябкин И.В., Чиненов И.М. (10 мин.)

Головная боль и аномалия Киммерли.

Халфян В.А., Жолковская М.В. (10 мин.)

Магнитно-резонансная томография в диагностике перинатальных поражений головного мозга.

Горбунов А.В., Колтунов И.Е., Выхристюк О.Ф., Рябкова М.Г. (15 мин.)

Кесарево сечение — проблема не только акушерская, но и педиатрическая.

Захарова И.Н. (15 мин.)

Формирование микробиоты у детей, родившихся путем кесарева сечения.

Захарова И.Н., Бережная И.В., Сугян Н.Г., Кусина А.Е., Сазанова Ю.О. (15 мин.)

Особенности ведения детей, родившихся путем кесарева сечения, на педиатрическом участке.

Захарова И.Н. (15 мин.)

15:45–16:00

Перерыв. Осмотр выставки.

16:00–17:30

Симпозиум

Реабилитация детей и подростков, перенесших злокачественные новообразования.

Председатели: Карелин А.Ф., Касаткин В.Н.

Коррекция когнитивных нарушений у детей и подростков после окончания противоопухолевой терапии.

Глебова Е.В., Касаткин В.Н. (15 мин.)

Генетические аспекты онкологической патологии в педиатрии.

Наседкина Т.В. (15 мин.)

Коморбидная патология у реконвалесцентов злокачественных новообразований.

Жуковская Е.В., Карелин А.Ф. (15 мин.)

Значение физических методов реабилитации у пациентов со злокачественными новообразованиями.

Чечельницкая С.М. (15 мин.)

Качество жизни детей с онкологическими заболеваниями и членов их семей на этапе реабилитации, после окончания противоопухолевой терапии.

Цейтлин Г.Я., Карелин А.Ф., Кокорева М.Е., Никитина Т.П., Ионова Т.И., Румянцев А.Г. (15 мин.)

Поведенческие и эмоциональные проблемы у детей, закончивших лечение злокачественных опухолей, и их коррекция.

Гусева М.А. (15 мин.)

Зал Москва**9:00–10:30**

Симпозиум

«Трудный диагноз» в пульмонологии и педиатрии детского возраста.

Председатели: Геппе Н.А., Овсянников Д.Ю., Мизерницкий Ю.Л.

Врожденный порок легкого. Мультимедийный клинический разбор.

Мизерницкий Ю.Л., Дьякова С.Э., Костюченко М.В., Зорина И.Е., Захаров П.П. (15 мин.)

Легочная гипертензия у детей с бронхолегочной дисплазией.

Овсянников Д.Ю., Дегтярева Е.А. (15 мин.)

Стратегия предупреждения резистентности к антибактериальной терапии на основе международных и российских исследований.

Геппе Н.А. (20 мин.)

Противовирусные средства в терапии острых респираторных инфекций у детей с позиции доказательной медицины.

Кондюрина Е.Г., (Новосибирск) (15 мин.)

Неотложная терапия обструкции дыхательных путей у детей.

Локшина Э.Э., Хмелькова И.И., Зайцева О.В. (15 мин.)

Безглютеновая диета: социальные аспекты.

Абуталыбова Д.Э. (10 мин.)

10:30–10:45

Перерыв. Осмотр выставки.

10:45–12:15

Симпозиум

XVII Научно-практическая конференция «Эндокринные аспекты в педиатрии» на съезде педиатров. Часть 4.

«Трудный диагноз» в детской эндокринологии.

Председатели: Тюльпаков А.Н., Самсонова Л.Н., Самойлова Ю.Г.

Информационно-коммуникационная концепция здоровьесберегающего поведения детей и подростков с ожирением на основе принципов микротаргетинга.

Самойлова Ю.Г., Олейник О.А., Подчиненнова Д.В. (15 мин.)

Нефрогенный синдром неадекватного антидиуреза.

Зубкова Н.А., Тюльпаков А.Н. (15 мин.)

Редкие формы сахарного диабета у детей.

Зильберман Л.И. (15 мин.)

Синдром мнимого избытка минералкортикоидов.

Макреция Н.А., Тюльпаков А.Н. (15 мин.)

Альтернативный подход к феминизирующей пластике при ВДКН.

Аникеев А.В., Даниленко О.С., Бровин Д.Н., Окулов А.Б. (15 мин.)

Микробиоценоз желудка у детей с ожирением. Характеристики эндоскопического забора материала из желудка для микробиологического исследования.

Кошурникова А.С., Бокова Т.А. (15 мин.)

12:15–12:30

Перерыв. Осмотр выставки.

12:30–14:00

XVII Научно-практическая конференция «Эндокринные аспекты в педиатрии» на съезде педиатров. Часть 5.

«Трудный диагноз» в детской эндокринологии. Инновационные технологии и клинические примеры.

Председатели: Петеркова В.А., Карева М.А.

Flash-мониторинг глюкозы: преимущества для врача-эндокринолога и его пациентов.

Рыбкина И.Г. (15 мин.)

Роль сцинтиграфии скелета у пациентов с синдромом МакКьюна-Олбрайта-Брайцева: показания и радиационная безопасность.

Маказан Н.В. (10 мин.)

Протоколы наблюдения детей с гипопитуитаризмом, развившимся после лечения объемных образований ЦНС.

Калинин А.Л., Стребков (10 мин.)

Неэндокринные компоненты в дебюте аутоиммунного полигландулярного синдрома I типа: подходы в диагностике.

Созаева Л.С. (10 мин.)

Клинические варианты и подходы к терапии у детей с синдромом Клайнфельтера.

Чугунов И.С. (15 мин.)

Эффективность и безопасность пролонгированных форм соматостатина в терапии врожденного гиперинсулинизма.

Губаева Д.Н., Меликян М.А. (15 мин.)

Клинические варианты дебюта синдрома МЭН1, подходы к лечению и скринингу.

Карева М.А. (15 мин.)

14:00–14:15

Перерыв. Осмотр выставки.

14:15–15:45

XVI Научно-практическая конференция «Эндокринные аспекты в педиатрии» на съезде педиатров. Часть 6.

«Трудный диагноз» в детской эндокринологии.

Председатели: Безлепкина О.Б., Тюльпаков А.Н., Петрайкина Е.Е.

Коварство синдрома Беквита-Видемана.

Каширина Э.А., Югай Н.М., Карабанова О.Б., Загидуллина С.Г. (15 мин.)

Дефицит 1,6 фруктозобифосфатазы. Клинический пример.

Гаряева И.В. (10 мин.)

АКТГ-эктопированный синдром. Клинический пример.

Шимарова А.Б. (10 мин.)

Гипераммониемия, клиническое значение и врачебная тактика.

Полякова С.И. (15 мин.)

Эндокринные ДАЙСЕРопатии.

Колодкина А.А., Бабинская С.А., Тюльпаков А.Н. (10 мин.)

Бронхиальная астма у детей с ожирением.

Жуковская А.В., Петрайкина Е.Е., Зайцева О.В. (10 мин.)

Коморбидная патология при ожирении у детей: подводная часть айсберга.

Павловская Е.В., Шавкина М.И. (15 мин.)

Дискуссия. (5 мин.)

15:45–16:00

Перерыв. Осмотр выставки.

16:00–17:30

Симпозиум

Конкурс молодых ученых имени А.В. Мазурина на съезде педиатров. Финал. Подведение итогов.

Жюри: Османов И.М., Колтунов И.Е., Петрайкина Е.Е.,

Дегтярева Е.А., Моисеев А.Б., Ларина Л.Е.

Дефенсины как биологические маркеры нарушения барьерной функции кожи при атопическом дерматите.

Богуславская Ю.А., Кочанова В.В., Кудрявцева А.В., Свитич О.А.,

Жигалкина П.В. (10 мин.)

Стремительное развитие некротизирующего энтероколита у новорожденного.

Борисенко А.А., Дмитриева К.В., Старостина Л.С., Мелешкина А.В. (10 мин.)

Дистанционный мониторинг — новая форма достижения компенсации сахарного диабета и повышения качества жизни пациентов.

Кошмелева М.В., Самойлова Ю.Г., Олейник О.А., Кобякова О.С. (Томск) (10 мин.)

Опыт оказания паллиативной медицинской помощи детям с аномалиями развития центральной нервной системы в условиях ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ».

Лаврова В.С., Кумирова Э.В., Тысячная Е.М. (10 мин.)

Композиционный состав тела детей и подростков с ожирением.

Олейник О.А., Подчиненнова Д.В., Самойлова Ю.Г. (Томск) (10 мин.)

Оценка обеспеченности витамином D детей раннего возраста, проживающих в городе Гомеле.

Козловский А.А. (Белоруссия) (10 мин.)

Суицидальное поведение и иные жизнеугрожающие состояния детей и подростков в практике врача-педиатра.

Буромская Н.И., Абрамов А.В. (10 мин.)

Возбудители инфекции мочевой системы у детей Гомельской области и их чувствительность к антимикробным препаратам.

Козловский А.А. (Гомель) (10 мин.)

Подведение итогов конкурса молодых ученых имени Мазурина А.В. — Моисеева А.Б.

Заккрытие съезда. (10 мин.)

Зал Олимп

9:00–10:30

XVII Научно-практическая конференция «Эндокринные аспекты в педиатрии» на съезде педиатров.

Часть 3.

«Трудный диагноз» в детской эндокринологии.

Председатели: Безлепкина О.Б., Самсонова Л.Н., Карева М.А.

Нетипичные случаи синдрома тиреотоксикоза у детей.

Евсюкова Е.А., Букин С.С., Коломина И.Г., Киселева Е.В., Окминян Г.Ф., Латышев О.Ю., Самсонова Л.Н. (15 мин.)

Инфантильная гиперкальциемия, обусловленная мутацией гена CYP24A1, как причина медуллярного нефрокальциноза у детей. Принципы диагностики и динамического наблюдения пациентов.

Шумихина М.В., Гуревич А.И., Чугунова О.Л., Чугунов И.С., Тюльпаков А.Н. (15 мин.)

Современные алгоритмы управления СД у детей и подростков

Рыбкина И.Г. (30 мин.)

Клинические случаи редких наследственных вариантов надпочечниковой недостаточности у детей.

Букин С.С., Евсякля Е.А., Коломина И.Г., Окминян Г.Ф., Киселева Е.В., Латышев О.Ю., Самсонова Л.Н. (15 мин.)

Интракраниальная эктопия тимуса: проблема и перспектива изучения.

Окминян Г.Ф., Пыков М.И., Рогова О.С., Ткачева Т.А., Квашнина-Самарина Т.Б., Киселева Е.В., Латышев О.В., Самсонова Л.Н. (15 мин.)

10:30–10:45

Перерыв. Осмотр выставки.

10:45–12:15

Симпозиум

Инфекции и/или соматическая патология: трудности дифференциальной диагностики у детей.

Председатели: Мазанкова Л.Н., Чеботарева Т.А.

Острый диссеминированный энцефаломиелит при гриппе (случай из практики).

Чеботарева Т.А., Османов И.М., Анцупова М.А., Белая А.В. (15 мин.)

Врожденный гепатит или обменные заболевания? Алгоритм дифференциальной диагностики.

Мазанкова Л.Н., Самитова Э.Р., Анцух А.В., Анцупова М.А., Ермакова М.Н. (15 мин.)

Герпесвирусы и кардиопатология.

Трунина И.И., Чеботарева Т.А., Мазанкова Л.Н. (15 мин.)

Бартонеллез у детей. Трудный путь к диагнозу.

Самитова Э.Р., Мазанкова Л.Н., Шпак Л.Н., Османов И.М., Анцупова М.А. (15 мин.)

Способы диагностики инфекционного процесса у новорожденных при хирургической патологии.

Мельникова Н.И., Острейков И.Ф., Бабаев Б.Д., Штатнов И.К. (15 мин.)

Аутоиммунный энцефалит (диагностика и лечение).

Анцупова М.А., Гетманченко Ю.Г., Чурносова М.А., Коройд В.В., Мазанкова Л.Н., Самитова Э.Р. (15 мин.)

12:15–12:30

Перерыв. Осмотр выставки.

12:30–14:00

Симпозиум

Современные представления об эндоскопии в педиатрии.

Данные Европейского общества гастроинтестинальной эндоскопии и Европейского общества детских гастроэнтерологов об эндоскопии в педиатрии. Состояние и перспективы развития.

Председатели: Терещенко С.Г., Щербиков П.Л., Машков А.Е., Плоткин А.В., Кошурникова А.С.

Современные представления Европейского общества гастроинтестинальной эндоскопии и Европейского общества детских гастроэнтерологов об эндоскопии в педиатрии.

Терещенко С.Г. (15 мин.)

Эндоскопические исследования толстой кишки у детей.

Щербиков П.Л. (15 мин.)

Инородные тела дыхательных путей у детей.

Ермилова Е.А. (15 мин.)

Диагностика и лечение инородных тел верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей.

Кошурникова А.С. (15 мин.)

Доброкачественные стенозы пищевода у детей. Возможности эндоскопии.

Ермилова Е.А. (15 мин.)

Инородные тела желудочно-кишечного тракта у детей.

Ионов Д.В., Донской Д.В., Соловова В.П., Вилесов А.В., Аллахвердиев И.С. (15 мин.)

14:00–14:15

Перерыв. Осмотр выставки.

14:15–15:45

Симпозиум

Трансплантация гемопоэтических стволовых клеток.

Мифы и реальность.

Опыт Российской детской клинической больницы.

Председатели: Бологов А.А., Скоробогатова Е.В.

Организация и логистика трансплантаций гемопоэтических стволовых клеток.

Скоробогатова Е.В. (15 мин.)

Аспекты трансплантаций гемопоэтических стволовых клеток при остеопетрозе.

Бурия А.Е. (15 мин.)

Опыт проведения трансплантаций гемопоэтических стволовых клеток при первичных иммунодефицитных состояниях в РДКБ.

Скоробогатова Е.В. (15 мин.)

Трансплантация гемопоэтических стволовых клеток в терапии детей с вторично-прогрессирующей формой рассеянного склероза.

Киргизов К.И. (15 мин.)

Трансплантация гемопоэтических стволовых клеток в терапии нейродегенеративных заболеваний: опыт РДКБ.

Пристанская Е.А. (15 мин.)

Помощь пациентам с первичными иммунодефицитами в многопрофильной клинике.

Бологов А.А., Вахлярская С.С. (15 мин.)

15:45–16:00

Перерыв. Осмотр выставки.

16:00–17:30

Симпозиум

Неотложная абдоминальная хирургия в практике педиатра.

Председатели: Карасева О.В., Харитоновна Л.А., Григорьев К.И.

Острый аппендицит: современное состояние проблемы.

Уткина К.Е. (10 мин.)

Аномалии развития билиарного тракта как причина развития абдоминального болевого синдрома у детей. Алгоритмы диагностического и терапевтического подходов.

Куницына А.Ю., Григорьев К.И., Полякова Ж.В. (15 мин.)

Инвагинация кишок у детей: современные особенности и возможности.

Голиков Д.Е. (10 мин.)

Ущемленная грыжа. Что должен знать педиатр?

Тимофеева А.В. (10 мин.)

Желчнокаменная болезнь у детей: лечить или оперировать?

Горелик А.Л. (10 мин.)

Соматические причины «острого живота» в клинике неотложной хирургии.

Сологуб Э.А. (10 мин.)

Внутрипросветная эндоскопия в неотложной абдоминальной хирургии: профилактика, диагностика, лечение.

Харитоновна А.Ю. (10 мин.)

«Неожиданные находки» в неотложной абдоминальной хирургии.

Карасева О.В. (10 мин.)

Дискуссия. Ответы на вопросы. (5 мин.)

В ПРОДОЛЖЕНИЕ РАБОТЫ
IV МОСКОВСКОГО СЪЕЗДА ПЕДИАТРОВ
ПРИГЛАШАЕМ ВСЕХ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ ВРАЧЕЙ СПЕЦИАЛИСТОВ
НА ШКОЛУ ПРАКТИЧЕСКОГО ПЕДИАТРА 22 ОКТЯБРЯ 2018 Г.

Место проведения:

Научно-образовательный центр Неотложные состояния в педиатрии
РНИМУ имени Н.И. Пирогова (руководитель – профессор Б.М. Блохин).

Адрес: Москва, улица Островитянова, дом 1

Школа проводится по предварительной записи – 35 слушателей

Ответственный – ассистент А.Д. Прохорова,
контактный телефон для дополнительной
информации: +79166895038.

Иммерсивный симуляционный тренинг/мастер класс – 6 часов.

Тема: УРГЕНТНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПЕДИАТРИИ

Руководитель Школы практического педиатра

Борис Моисеевич Блохин – профессор, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ, главный консультант педиатр ГМУ Управления делами Президента РФ, научный руководитель Детского медицинского центра Управления делами Президента РФ, заведующий кафедрой поликлинической и неотложной педиатрии, руководитель научно-образовательного центра «Неотложные состояния в педиатрии» ФГБОУ ВО РНИМУ имени Н.И. Пирогова Минздрава России.

Модераторы:

И.В. Гаврютина, Е.Ю. Овчаренко, В.Ю. Шешин, Г.И. Гордиенко, И.П. Лобушкова, А.Д. Прохорова.

ПРОГРАММА МЕРОПРИЯТИЯ:

Мастер-класс 1

Базисная и расширенная сердечно-легочная реанимация в педиатрии (ILCOR 2017)

Мастер-класс 2

Диагностика, тактика и ведение пациентов с ургентными состояниями (BLS, PALS)

1. Брифинг-лекция.
2. Практические навыки оказания ургентной помощи.
3. Разбор кейсов.
4. Симуляционный тренинг.
5. Дебрифинг.

Каталог выставки

АО «АКВИОН»

123317, Москва, Пресненская набережная, д. 8, стр. 1,
Москва-Сити, МФК «Город Столиц»
телефон: +7 (495) 780-72-34
www.akvion.ru



Фармацевтическая компания АКВИОН основана в 2002 г. Одно из приоритетных направлений работы – создание препаратов для защиты здоровья детей. Среди наших продуктов медицинские изделия, БАДы, косметические средства.

- Линейка натуральных и безопасных средств «Дыши» поможет сохранить здоровье в сезон простуд.
- Серия «Жидкий уголь» – эффективные, безопасные и вкусные сорбенты на основе пектина.

ООО «Актелион Фармасьютикалз РУС»

127055, Москва, ул. Новослободская, д. 23, офис 750
телефон: +7 (495) 258-35-94
факс: +7 (495) 258-35-95
www.actelion.com



Компания «Актелион Фармасьютикалз» является биофармацевтической компанией, которая сфокусирована на создании и развитии инновационных методов лечения.

Компания предлагает современные методы терапии таких серьезнейших патологий, как болезнь Ниманна-Пика типа С, болезнь Гоше 1 типа и Легочная Артериальная Гипертензия (ЛАГ). В настоящее время компания «Актелион Фармасьютикалз» входит в группу компаний «Джонсон&Джонсон»

ООО «Алексион Фарма»

143421, Московская обл., Красногорский р-н,
БЦ «Рига-Ленд»,
строение 5, подъезд 1, этаж 2.
телефон: +7 (495) 280-17-01
электронная почта: medinfo.russia@alxn.com
www.alexionpharma.eu

Спонсор



«Алексион» – международная биофармацевтическая компания, специализирующаяся на разработке инновационных препаратов для лечения пациентов с редкими заболеваниями. В перечень одобренных метаболитических препаратов компании «Алексион» входит препарат Канума™ (себелипаза альфа, предназначенный для ферментозаместительной терапии для пациентов с дефицитом лизосомной кислой липазы (ДЛКЛ) – редким хроническим заболеванием, которое характеризуется прогрессирующей полиорганной недостаточностью и может привести к преждевременной смерти. Компания «Алексион» также разработала и выпустила на рынок препарат Солирис® (экулизумаб), являющийся первым и единственным ингибитором системы комплемента, одобренным для лечения пациентов с типичным гемолитико-уремическим синдромом (аГУС), пароксизмальной ночной гемоглобинурией (ПНГ).

Используя собственный опыт изучения системы комплемента, компания «Алексион» расширяет свою научно-исследовательскую деятельность в таких терапевтических областях, как гематология, нефрология, неврология и нарушения обмена веществ.

ООО «Альпен Фарма»

117513, Москва, ул. Островитянова, д. 6. тел. 8 (495) 609 65 72.
электронная почта: Info.russia@alpenpharma.com
www.alpenpharma.ru



Группа компаний «Альпен Фарма» (Alpen Pharma Group) берет свое начало в 1997 году и представляет собой объединение компаний, основным профилем которых является промоционно-дистрибьюторская деятельность, а также производство и продвижение лекарственных средств. Сфера ее влияния распространяется на территорию стран Азии, Западной и Восточной Европы. Главный офис находится в столице Швейцарии г. Берн. Каждая из компаний, входящих в группу, относится к ведущим на фармацевтическом рынке своей страны и предоставляет своим деловым партнерам полный спектр услуг по продвижению и дистрибуции фармацевтических препаратов, включая их регистрацию. Также одним из важных направлений деятельности группы является организация и проведение клинических исследований лекарственных средств по международным стандартам GCP, которые значительно расширяют перечень предлагаемых услуг. «Альпен Фарма» успешно сотрудничает с учреждениями здравоохранения, национальными оптовыми фармацевтическими компаниями, аптеками и аптечными сетями, конечными потребителями; активно поддерживает проведение научно-практических конференций и семинаров, способствующих обмену опытом; организывает образовательные программы по повышению квалификации врачей. Потребности пациентов всегда были и остаются приоритетом для наших сотрудников. Поэтому «Альпен Фарма» заботится о качестве и безопасности применения препаратов. С этой целью в компании внедрена система фармаконадзора для наблюдения за проявлениями возможных побочных реакций.

АО «БАЙЕР»

Ведущий спонсор

107113, Москва, 3-я Рыбинская ул., д. 18, строение 2.
телефон: +7 (495) 231-12-00
факс: +7 (495) 231-12-02
www.bayer.ru



Bayer: Science For A Better Life

Bayer – международный концерн с экспертизой в области естественных наук: здравоохранения и сельского хозяйства. Продукты и решения компании направлены на улучшение качества жизни людей. Коммерческая деятельность концерна построена на основе внедрения инноваций, экономического роста и высокой доходности. Bayer придерживается принципов устойчивого развития и выступает в качестве социально и этически ответственной компании. В 2017 финансовом году численность сотрудников концерна составила приблизительно 99 800 человек, объем продаж – 35 млрд евро. Капитальные затраты составили 2,4 млрд евро, инвестиции в исследования и разработки – 4,5 млрд евро. Более подробная информация доступна на сайте www.bayer.ru.

ООО «Торговый дом Беллакт»

121069, Москва, Новинский бульвар, д. 20 А, стр. 1-2, подъезд 3
телефон/факс: +7 (495) 632 02 86
электронная почта: v.gobeeva@bellakt.com
www.bellakt.ru



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.

Тридерм®



СПОСОБСТВУЕТ УМЕНЬШЕНИЮ ГИПЕРЕМИИ, ЗУДА И ОТЕКА ПРИ ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕРМАТИТАХ. ОТМЕЧЕНО С ПЕРВЫХ ДНЕЙ ПРИМЕНЕНИЯ*



РЕКЛАМА

**ВОЗДЕЙСТВУЕТ
на источник воспаления**



АО «БАЙЕР», 107113, Москва, 3-я Рыбинская ул., д. 18, стр. 2.
Тел. 8 (495) 231-12-00, факс 8 (495) 231-12-02

* К 3-му дню лечения препаратом Тридерм отмечались исчезновение отека, угасание эритемы, инфильтрации, прекращение экссудации, значительное уменьшение зуда, по данным Анисимова Л. А., Сидоренко О. А. Топические стероидные препараты элоком и Тридерм в терапии atopического дерматита у детей // РМЖ. – 2000. – Том 8, № 6. – С. 570–571. Данилов С. И., Пирятинская В. А. Топические глюкокортикостероиды нового поколения в наружной терапии дерматозов // РМЖ. – 2006. – Том 8, № 13–14. – С. 257–260.

Тридерм®. Мазь/крем для наружного применения. МНН, или группировочное название: бетаметазон + гентамицин + клотримазол. Показания к применению: дерматозы, осложненные инфекциями, или при подозрении на такие инфекции, в том числе простой и аллергический дерматит, atopический дерматит (в том числе диффузный нейродермит), ограниченный нейродермит, экзема, дерматомикозы (дерматофитии, кандидоз, разноцветный лишай), особенно при локализации в паховой области и крупных складках кожи; простой хронический лишай. Способ применения и дозы: наносить тонким слоем на всю пораженную поверхность кожи и окружающую ткань два раза в день. Продолжительность терапии зависит от размера и локализации поражения, а также реакции пациента. Если клиническое улучшение не наступает после трех-четырех недель лечения, необходимо уточнение диагноза. Противопоказания: детский возраст до двух лет, повышенная чувствительность к какому-либо из компонентов препарата, туберкулез кожи, кожные проявления сифилиса, ветряная оспа, простой герпес, кожные поствакцинальные реакции, мазь – также для открытых ран. Побочное действие: очень редко – чувство жжения, эритема, экссудация, нарушение пигментации и зуд; побочные эффекты, встречающиеся при применении местных ГКС, клотримазола и гентамицина. Применение во время беременности и лактации: с осторожностью (особенно в первом триместре), только в случае, когда предполагаемая польза для матери превосходит потенциальный риск для плода. При назначении в период лактации следует решить вопрос о прекращении грудного кормления. Особые указания: детям назначают только по строгим показаниям и под врачебным контролем. Наблюдались перекрестные аллергические реакции с аминогликозидными антибиотиками. Любые побочные эффекты, встречающиеся при применении системных ГКС, могут отмечаться и при местном применении ГКС, в особенности у детей. Использование окклюзионных повязок и нанесение на поврежденные кожные покровы способствует усилению абсорбции активных действующих веществ и повышает риск развития системных побочных эффектов. При длительном использовании отмену препарата рекомендуется проводить постепенно. Рег. номер – мазь: П N013503/01, инструкция по применению от 30.05.2016; крем: П N013502/01, инструкция по применению от 19.05.2016. Полную информацию смотрите в инструкции по применению. АО «БАЙЕР», Россия, 107113, г. Москва, 3-я Рыбинская ул., д. 18, стр. 2.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

L.RU.MKT.CC.08.2017.1919

«БИБИКОЛЬ РУС», ООО

141006, г. Мытищи, Олимпийский пр-т, вл.29, стр.2, БЦ «Формат», офис 179Е
телефон: +7 (495) 926-06-26
факс: +7 (495) 926-06-45
электронная почта: marketing@bibicall.org
www.bibicall.ru



Компания «БИБИКОЛЬ» 18 лет является эксклюзивным поставщиком на российский рынок адаптированной сухой смеси «НЭННИ» на основе цельного козьего молока.

Продолжая традицию производства экологически безопасного и низкоаллергенного питания для детей раннего возраста, компания «БИБИКОЛЬ» выпустила на российский рынок детские каши на основе козьего молока «БИБИКАША», а также эксклюзивный продукт – козий творожок «БИБИКОЛЬ» с фруктами, ягодами и овощами.

ЗАО «БиоХимМак»

119192, Москва, Ломоносовский пр., д. 29, корп. 1
телефон: +7 (495) 647-27-40
электронный адрес: info@biochemmack.ru
факс: +7 (495) 939-09-97



«БиоХимМак» является уникальной компанией для российского рынка, представляя продукцию более 70 производителей США и Европы. Компания занимается поставкой реагентов и оборудования, охватывая практически все направления современной лабораторной диагностики.

В портфеле компании: Тест-системы для иммуноферментного анализа (около 3000 наименований) по различным направлениям для клинических и научных исследований; полный комплект оборудования для ИФА; экспресс-диагностика. Оборудования для определения липидного профиля – Cholestech LDX, анализаторы Hba1c – Afinion, D10, Variant Turbo II. Диагностика латентного туберкулеза QuantiFERON-TB Gold (QFT). Биохимический экспресс-анализатор DriChemNX 5000. Оценка окислительного стресса FormOx, FormPlus. Ридер Quntum Blue для экспресс-определения кальпротектина; оборудование и реагенты для мониторинга системы свертывания; оборудование и реагенты для биохимических исследований, гематологические анализаторы и анализаторы мочи производства Beckman Coulter; оборудование и реагенты для иммунохимических анализаторов системы Access2/Dxl производства Beckman Coulter; клиническая проточная цитофлуориметрия – цитофлуориметры Navios, Cytomics FC500 (Beckman Coulter) и широкий спектр качественных реагентов; оборудование и реагенты для решения задач трансплантационной и молекулярной диагностики.

АО «Валента Фарм»

121471, Москва, ул. Рябиновая, д.26, стр.10
телефон: +7 (495) 933 60 80
факс: +7 (495) 933 60 81
электронная почта: info@valentapharm.com
www.valentapharm.com



АО «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.

30 ноября,
1,2 декабря 2018



СЫГРАННЫЙ ОРКЕСТР СПЕЦИАЛИСТОВ – ГАРМОНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИНЫ

КОНГРЕСС «PRO9» КОНГРЕСС БЕРЕМЕННЫХ 2018



Национальный Медицинский исследовательский центр Акушерства, Гинекологии и Перинатологии имени академика В.И. Кулакова, г. Москва, ул. Академика Опарина, 4

Организаторы

- ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова».
- Российское общество акушеров-гинекологов.
- Лига Акушеров России.

Формат участия

Пленарное заседание, дискуссионные панели, экспертные диалоги. В рамках конгресса пройдет специализированная выставка, на которой ведущие компании-производители лекарств и медицинского оборудования представят свои последние разработки в области репродуктивного здоровья, акушерства и гинекологии.

Основные тематики

- Актуальные вопросы акушерско-гинекологической службы.
- Маммология в репродукции.
- Текущее состояние неонатологии и педиатрии.
- Московская педиатрия – вчера, сегодня, завтра.
- Приоритет – здоровье детей.
- ЭКО. Проблема XXI века.
- Анестезия и реанимация в неонатологии.
- Пластическая хирургия и эстетическая косметология на стыке специальностей.
- Неврология и эндокринология в фокусе акушерства и гинекологии.
- Онкогинекология – особенности современной диагностики и терапии.

РЕКЛАМА

Конгресс-оператор

KST
INTERFORUM

+7 (495) 419-08-68
info@kstinterforum.ru

PRO9.RU

АО «Фармцентр ВИЛАР»

123458, Москва, ул. Маршала Прошлякова, д. 30, эт. 2, офис 206
телефон: +7 (499) 519-30-88
электронная почта: info@vilar-farmcenter.ru
www.vilar.ru



АО «Фармцентр ВИЛАР» создан в 1959 году на базе Всероссийского научно-исследовательского института лекарственных и ароматических растений (ВИЛАР) для промышленного получения новых лекарственных препаратов из растительного сырья. Сегодня это современное фармацевтическое предприятие, обеспечивающее Россию лекарственными препаратами европейского качества из растительного сырья. На протяжении многих лет лекарственные препараты АО «Фармцентр ВИЛАР» широко применяются педиатрами, терапевтами, гастроэнтерологами, кардиологами, неврологами. Все препараты являются лекарственными, т.е. прошли все стадии клинических исследований и имеют регистрационные удостоверения Минздрава РФ. Информация по основным направлениям представлена на наших сайтах:

www.allapinin.ru – лечение нарушений ритма сердца

www.bellataminal.ru – лечение мигрени и вегето-сосудистой дистонии

www.silimar.ru – защита и лечение печени

www.bezrecepta.ru – защита от вирусов и микробов

www.marena.ru – лечение мочекаменной болезни

www.alpizarin.ru – лечение герпеса и ОРВИ

www.ammifurin.ru – лечение псориаза и атопического дерматита

Гедеон Рихтер

Ведущий спонсор

Представительство ОАО «Гедеон Рихтер» (Венгрия), г. Москва
119049, Москва, 4-й Добрынинский переулок, д. 8
телефон: +7 (495) 987-15-55
факс: +7 (495) 987-15-56
электронная почта: centr@g-richter.ru
www.g-richter.ru



ГЕДЕОН РИХТЕР

«Гедеон Рихтер» – венгерская фармацевтическая компания, крупнейший в Восточной Европе производитель лекарственных препаратов (производит около 100 генерических и оригинальных препаратов в более чем 170 формах). Компания, чья миссия лежит в обеспечении высокого качества лечения на протяжении поколений, имеет экспертизу во многих терапевтических областях. Однако особое внимание уделяет исследованиям в области центральной нервной системы и женского репродуктивного здоровья. В активах компании 9 производственных и исследовательских предприятий, завод в России был открыт более 20 лет назад и стал первой иностранной производственной площадкой компании. Продажи «Гедеон Рихтер» в России составляют около 21% от общего объема продаж в странах присутствия компании. По данным IMS Health, входит в ТОП-10 иностранных фармацевтических компаний, работающих на территории РФ.

АО «Дельта Медикел Промоушнз АГ»

123001, Москва, Трехпрудный пер., д. 4, стр. 1
телефон: +7 (495) 981-53-54
электронная почта: info@delta-medical.ru



Представительство в Российской Федерации «Дельта Медикел Промоушнз АГ» (Швейцария).

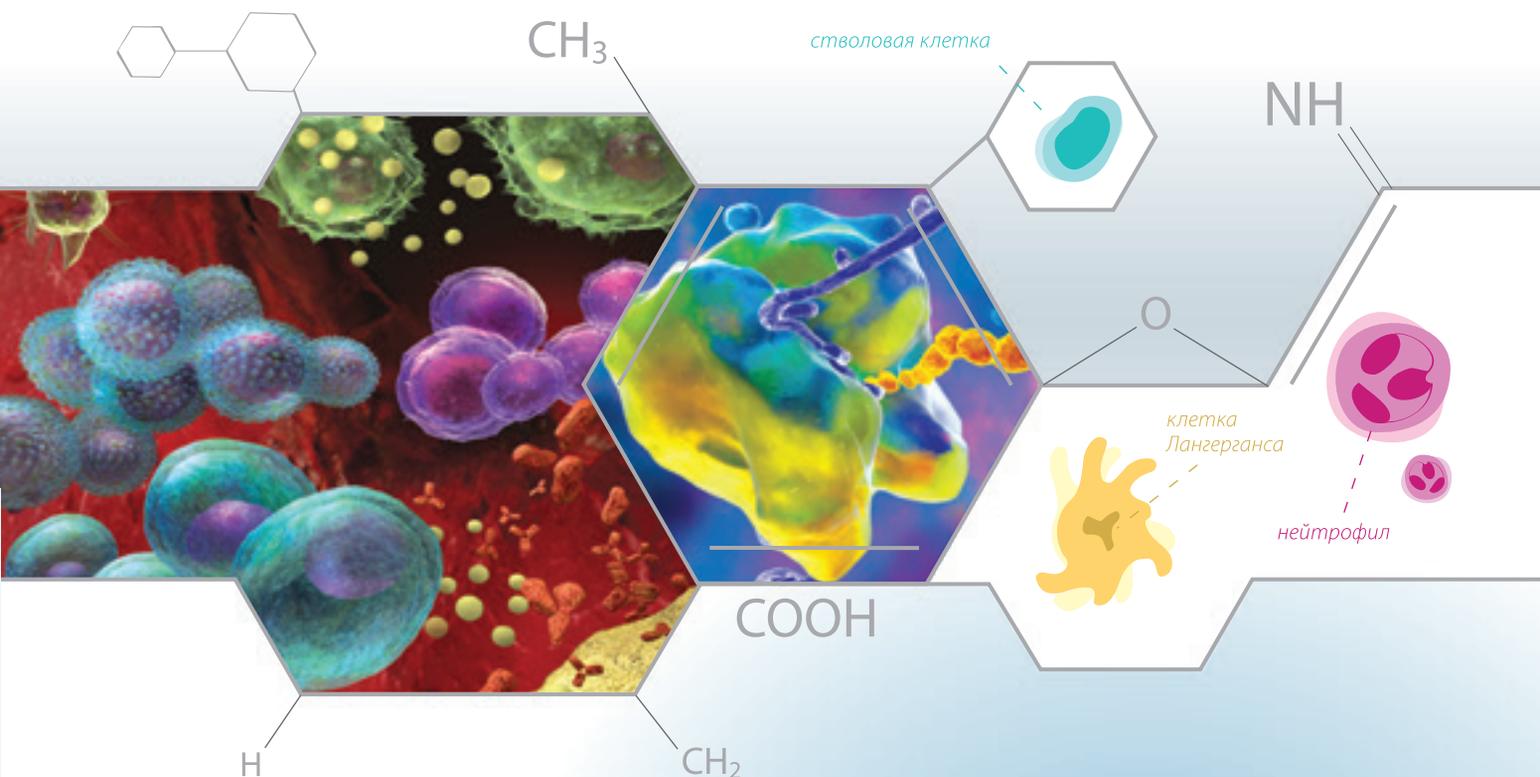
Компания оказывает полный цикл услуг по регистрации и продвижению рецептурных и безрецептурных препаратов, изделий медицинского назначения, биологически активных добавок. Партнерами «Дельта Медикел» являются несколько десятков ведущих компаний-производителей из ЕС, США, Австралии и стран СНГ.

Основные бренды компании: Дип Рилиф, Дип Хит, Флекситол, Хисамицу, Геримакс Энерджи, Ринорин, Ремо-вакс, линейка пробиотических препаратов Шонен и БиоГая, Норвежский рыбий жир Moller's.

ГРОПРИНОСИН®

Инозин пранобекс, таблетки 500 мг № 20, № 30 и № 50

Борется с вирусами в любое время года!¹



Иммуностимулирующий препарат с противовирусной активностью для комплексной терапии вирусных инфекций у взрослых и детей¹

- Блокирует размножение вирусов¹
- Активирует противовирусный иммунитет¹

1. Инструкция по применению препарата Гроприносин.



ГЕДЕОН РИХТЕР

Представительство ОАО «Гедеон Рихтер» (Венгрия): г. Москва 119049, 4-й Добрынинский пер., д. 8
Тел.: (495) 987-15-55, Факс: (495) 987-15-56 e-mail: centr@g-richter.ru www.g-richter.ru

ООО «Джонсон & Джонсон»

Спонсор

121614, Москва, ул. Крылатская, д. 17, стр. 2
телефон: +7 (495) 580-77-77
www.jnj.ru
www.lifescan.ru



ООО «Джонсон & Джонсон», направление «Диабет» – один из ведущих производителей систем контроля уровня глюкозы в крови, качеству и точности которых доверяют пациенты и специалисты сферы здравоохранения по всему миру. Понимая свою ответственность перед пациентами, направление «Диабет» предлагает инновационные решения для улучшения качества жизни людей с диабетом.

В 2017 году компания представила глюкометр OneTouch Select® Plus – первый на российском рынке глюкометр с цветовым индикатором диапазона, позволяющий пациентам лучше понимать свои результаты. В этом году серия приборов с цветовым кодированием дополнилась еще одним глюкометром – OneTouch Select Plus Flex®. В линейку продукции также входят модели глюкометров OneTouch SelectSimple®, OneTouch Verio® IQ и OneTouch Verio® Pro+. Помимо глюкометров компания производит тест-полоски, контрольные растворы, ланцеты и ручки для прокалывания.

ООО «Лилли Фарма»

123317, Москва, Пресненская набережная,
д. 10, БЦ «Башня на набережной», Блок-А
телефон: +7 (495) 258 50 01
факс: +7 (495) 258 50 05
электронная почта: moscow_reception@lilly.com
www.lilly.ru



«Лилли» — ведущая инновационная фармацевтическая корпорация, основанная в 1876 г. Компания развивает партнерские отношения с крупнейшими научными организациями по всему миру, что позволяет ей находить ответы на наиболее острые вопросы здравоохранения и удовлетворять самые неотложные медицинские нужды людей. Компания проводит клинические исследования в 50 странах мира, имеет научно-исследовательские лаборатории в 8 странах, производственные предприятия в 13 странах.

Сегодня в России представлено более 20 препаратов компании, направленных на борьбу с такими серьезными заболеваниями, как сахарный диабет, рак, остеопороз и психические расстройства. В течение 25 лет своего присутствия в России «Лилли» вносит свой вклад в развитие российского здравоохранения, в соответствии с государственной стратегией «Фарма 2020». Компания реализует инвестиции в исследования и научные разработки, поддержку образования медицинских специалистов и пациентов, передачу производственных технологий.

Дерматологическая лаборатория La Roche-Posay

119180, Москва, 4-й Голутвинский пер., д.1/8, стр. 12
телефон: +7 (495) 258-31-91
факс: +7 495 7256332
www.loreal.com.ru
www.laroche-posay.ru



Дерматологическая Лаборатория La Roche-Posay тесно сотрудничает более чем с 25 000 дерматологов во всем мире и является маркой №1 по рекомендации дерматологов в России*. Средства марки созданы на основе Термальной воды La Roche-Posay с уникально высоким содержанием Селена (60мг/л), отвечают высоким требованиям эффективности и безопасности и позволяют улучшить качество жизни пациентов. Тщательно отобранные компоненты повышают эффективность медикаментозной терапии различных заболеваний кожи. Минималистичные формулы обеспечивают высокую переносимость средств даже у пациентов с очень чувствительной кожей.

*Среди косметических средств для ухода за кожей на основании проведенного АО «Астон Консалтинг» опроса врачей-дерматологов в период с 19 июня по 17 июля 2018 г. в городах Москва, Санкт-Петербург, Воронеж, Нижний Новгород, Самара, Казань, Краснодар, Ростов-на-Дону, Екатеринбург, Челябинск, Новосибирск, Красноярск, Уфа. Размер выборки: 439 дерматологов

АО «Мединторг»

123103, Москва, пр-т Маршала Жукова, д. 74, корп. 2

телефон: +7 (495) 921-25-15

электронная почта: mail@medintorg.ru

www.medintorg.ru



АО «Мединторг» осуществляет полный комплекс услуг по регистрации и дистрибуции фармацевтической продукции и иммунобиологических препаратов.

- поставки лекарственных препаратов, в том числе применяемых в гинекологии и ВРТ, психиатрии и неврологии, кардиохирургии, трансплантологии и пульмонологии;
- поставки иммунобиологических препаратов;
- активное продвижение и поставки лечебного питания;
- поставки медицинского оборудования и расходных материалов;
- поставки и продвижение косметических средств;
- регистрация препаратов в России и странах СНГ;
- организация клинических испытаний

АНО «Научное общество «МИКРОБИОТА», Россия

141306, г. Сергиев Посад-6, Московская обл., ул. Октябрьская, 19-3

телефон (496) 547-53-00, 547-05-00

электронная почта: microbiota2012@mail.ru

www.disbak.ru



Цели создания Автономной некоммерческой организации «Научное общество «Микробиота»:

1. Объединение ученых и врачей для всестороннего изучения научных и клинических аспектов функционирования микробиоценоза кишечника;
2. Анализ мирового научного опыта по изучению и выявлению факторов, влияющих на микроэкологическое благополучие желудочно-кишечного тракта животных и человека;
3. Научно-экспериментальная разработка методов оценки дисбиотических нарушений кишечника;
4. Создание моделей для изучения деятельности микробиоты человека;
5. Поиск наиболее эффективных путей, воздействующих на кишечную микрофлору, сформированную в процессе онтогенеза;
6. Участие в научно-исследовательской работе на базе российских и зарубежных научных центров, лечебных клиник и институтов по созданию новых лекарственных и биологически активных препаратов, способствующих поддержанию и восстановлению кишечной микрофлоры человека при различных патологических состояниях;
7. Организация и участие в проведении отечественных и зарубежных выставок, круглых столов, конференций и научных симпозиумов с целью обобщения накопленного научного опыта по изучению микробиоты животных и человека.

Nestlé Health Science

115054, Москва, Павелецкая пл., д. 2, стр. 1

телефон: +7 800-200-20-55

www.nestlehealthscience.ru



Nestlé Health Science – подразделение компании НЕСТЛЕ, мирового лидера в производстве продуктов питания для широкого круга потребителей.

Сегодня Nestlé Health Science – это наукоемкая компания, которая занимается изучением роли нутриционной терапии в кардинальном улучшении здоровья людей, пациентов и, соответственно, влияния специализированного лечебного питания на систему здравоохранения в целом.

Благодаря инвестированию в инновации и использованию передовой науки Nestlé Health Science стремится создать новую отрасль, основанную на неотъемлемо безопасных продуктах с доказанной клинической и экономической значимостью, предназначенных для повышения качества жизни людей.

В России Nestlé Health Science представляет широкий ассортимент лечебного и лечебно-профилактического питания для детей и взрослых. В их числе лечебно-профилактическое питание для детей от 1 до 10 лет – Clinutren® Junior, и специализированное лечебное питание для детей с патологией желудочно-кишечного тракта: Peptamen® Junior и Modulen® IBD.

Ведущий спонсор

ООО «Ново Нордиск»

121614, Москва, ул. Крылатская, д. 15, офис 41
телефон: +7 (495) 956-11-32
факс: +7 (495) 956-50-13

электронная почта: russia_info@novonordisk.com
www.novonordisk.ru • www.novonordisk.com



«Ново Нордиск» — глобальная фармацевтическая компания с более чем 90-летним опытом инноваций и лидерства в области лечения сахарного диабета. Это наследие расширяет наши возможности в области лечения других серьезных хронических заболеваний: гемофилии, нарушений роста и ожирения. Штаб-квартира «Ново Нордиск» расположена в Дании, более 41 400 сотрудников трудятся в 77 филиалах компании, а продукция поставляется в более чем 165 стран.

Акции компании «Ново Нордиск» типа «Б» котируются на фондовой бирже NASDAQ OMX Копенгаген (Novo-B). Американские депозитарные расписки (ADR) обращаются на Нью-Йоркской фондовой бирже (NVO). Более подробная информация доступна на novonordisk.ru, novonordisk.com, Facebook, Twitter, LinkedIn, YouTube

Завод «Ново Нордиск» в России

В 2015 году компания ООО «Ново Нордиск» открыла высокотехнологичный завод по производству полного портфеля современных инсулинов, построенный с «нулевого» цикла в технопарке «Грабцево» в Калужской области. Все стадии фармацевтического производства осуществляются в соответствии с требованиями стандарта GMP. В проекте реализованы передовые энергосберегающие технологии. На предприятии создано более 260 рабочих мест. Общий объем инвестиций составил более 100 млн долларов США.

ООО «ПАРИ синергия в медицине»

Спонсор

117418, Москва, ул. Новочеремушкинская, д. 49, а/я 16
телефон: +7 (495) 981-88-60
факс: +7 (495) 981-88-60

электронная почта: sales@parinebuliser.ru
www.parinebuliser.ru



«ПАРИ синергия в медицине» – уполномоченный представитель производителя ингаляционного оборудования PARI GmbH, ФРГ в Российской Федерации.

Смыслом и целью нашей работы является стремление помочь людям, страдающим заболеваниями дыхательных путей, и всем тем, кто заботится о таких пациентах.

PARI GmbH, известный по всему миру разработчик и производитель ингаляционного оборудования, в 2016 году отметил 110 лет со дня основания компании.

Современная линия продуктов предназначена для ингаляционной терапии заболеваний респираторного тракта. Ингаляторы компрессорного типа оснащены различными распылителями для доставки медикаментов в разные отделы дыхательных путей при лечении ларингитов, бронхитов, бронхиальной астмы, муковисцидоза. Прибор ПАРИ Синус имеет функцию пульсирующей подачи аэрозоля в придаточные пазухи носа для безболезненного неинвазивного лечения риносинуситов. Электронно-сетчатый небулайзер со спейсером накопителем VELOX позволяет провести целенаправленную доставку медикамента в мелкие бронхи за короткое время и с минимальными потерями аэрозоля в окружающую среду. Приборы предназначены для всех возрастных групп пациентов, включая новорожденных.

ТРЕСИБА®
ЕДИНСТВЕННЫЙ^{3,4} ИНСУЛИН
СВЕРХДИТЕЛЬНОГО⁵ ДЕЙСТВИЯ
БОЛЕЕ 42 ЧАСОВ¹

НОВОРАПИД®
САМЫЙ НАЗНАЧАЕМЫЙ
УЛЬТРАКОРОТКИЙ
ИНСУЛИН^{6,7}

Тресибан® + НовоРапид®

ДЛЯ **ЛЮБОГО*** ПАЦИЕНТА
НА ИНСУЛИНОТЕРАПИИ,
ДАЖЕ ДЛЯ САМЫХ
МАЛЕНЬКИХ



**НАЧИНАЯ
С 1 ГОДА**^{1,2}

1. <http://grls.rosminzdrav.ru/default.aspx>. Инструкция по применению лекарственного препарата Тресибан® ФлексТач®. 2. <http://grls.rosminzdrav.ru/default.aspx>. Инструкция по применению лекарственного препарата НовоРапид® ФлексПен®. 3. <http://grls.rosminzdrav.ru/default.aspx>. 4. «Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом». Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова, 8-й выпуск, 2017 год. 5. Дедов И.И., Шестакова М.В., Инсулин деглудек – новый аналог инсулина сверхдлительного действия, Сахарный диабет. 2014;(2):91–104. 6. Russia IMS data от 08.11.2017. 7. IMS Health database, ATC Class 4, MAT Sep 2017 version.

КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ

Регистрационный номер: ЛП-002234. **Торговое наименование:** Тресибан® ФлексТач®. **Международное непатентованное наименование:** инсулин деглудек. **Фармакотерапевтическая группа:** Гипогликемическое средство, аналог инсулина длительного действия. **Код АТХ A10AE06. Показания к применению:** Сахарный диабет у взрослых, подростков и детей старше 1 года. **Противопоказания:** Гиперчувствительность к действующему веществу или любому из вспомогательных веществ препарата. Период беременности и грудного вскармливания (клинический опыт применения препарата у женщин во время беременности и грудного вскармливания отсутствует). Детский возраст до 1 года (ввиду отсутствия данных по эффективности и безопасности инсулина деглудек в данной возрастной группе). **Применение в период беременности и грудного вскармливания.** Применение препарата Тресибан® ФлексТач® в период беременности и в период грудного вскармливания противопоказано. **Способ применения и дозы.** Препарат вводится подкожно 1 раз в день в любое время суток, но предпочтительнее вводить препарат в одно и то же время каждый день. Доза препарата Тресибан® ФлексТач® должна определяться индивидуально в соответствии с потребностями пациента. Препарат Тресибан® ФлексТач® предназначен только для подкожного введения. Препарат нельзя вводить внутривенно и внутримышечно. Препарат нельзя использовать в инсулиновых насосах. **Побочное действие.** Наиболее частой нежелательной реакцией, о которой сообщалось во время лечения инсулином деглудек, является гипогликемия. **Передозировка.** Определённой дозы, необходимой для передозировки инсулина не установлено, однако гипогликемия может развиваться постепенно, если была введена слишком высокая по сравнению с потребностью пациента доза препарата. **Особые указания.** Одновременное применение препаратов группы

Регистрационный номер: П N016171/01. **Торговое наименование:** НовоРапид® ФлексПен®. **Международное непатентованное наименование:** Инсулин аспарт. **Фармакотерапевтическая группа:** Гипогликемическое средство, аналог человеческого инсулина короткого действия. **Код АТХ A10AB05. Показания к применению:** Сахарный диабет у взрослых, подростков и детей старше 1 года. **Противопоказания:** Повышенная чувствительность к инсулину аспарт или любому из вспомогательных компонентов препарата. Не рекомендуется применять препарат НовоРапид® ФлексПен® детям до 1 года, т.к. клинические исследования у детей младше 1 года не проводились. **Применение при беременности и в период грудного вскармливания.** Препарат НовоРапид® ФлексПен® (инсулин аспарт) можно применять при беременности и в период грудного вскармливания. **Способ применения и дозы.** Доза препарата определяется врачом индивидуально в соответствии с потребностями пациента. Препарат вводится подкожно в область передней брюшной стенки, бедро, плечо, дельтовидную или ягодичную область. Препарат может применяться для ППИИ в инсулиновых насосах, разработанных для инфузий инсулина. При необходимости, препарат может вводиться внутривенно. **Побочное действие.** Наиболее частым побочным эффектом, о котором сообщалось во время лечения, является гипогликемия. **Передозировка.** Определённой дозы, необходимой для передозировки инсулина не установлено, однако гипогликемия может развиваться постепенно, если была введена слишком высокая по сравнению с потребностью пациента доза препарата. **Особые указания.** Одновременное применение препаратов группы

*За исключением периода беременности и грудного вскармливания, детей до 1 года.

пациента доза препарата. **Особые указания.** Одновременное применение препаратов группы тиазолидиндиона и препаратов инсулина. Сообщалось о случаях развития хронической сердечной недостаточности при лечении пациентов тиазолидиндионом в комбинации с препаратами инсулина, особенно при наличии у таких пациентов факторов риска развития хронической сердечной недостаточности. Следует учитывать данный факт при назначении пациентам комбинированной терапии тиазолидиндионом и препаратом Тресибан® ФлексТач®. При назначении такой комбинированной терапии необходимо проводить медицинские обследования пациентов на предмет выявления у них признаков и симптомов хронической сердечной недостаточности, увеличения массы тела и наличия периферических отеков. В случае ухудшения у пациентов симптоматики сердечной недостаточности, лечение тиазолидиндионом необходимо прекратить. **Предотвращение случайного введения инсулина другого вида.** Следует проинструктировать пациента о необходимости перед каждой инъекцией проверять маркировку на этикетке шприц-ручки во избежание случайного введения другой дозы или другого инсулина. **Антитела к инсулину.** При применении инсулина возможно образование антител. В редких случаях при образовании антител может потребоваться коррекция дозы инсулина для предотвращения случаев гипергликемии или гипогликемии. **Форма выпуска.** Раствор для подкожного введения 100 ЕД/мл в предварительно заполненных шприц-ручках ФлексТач® 3 мл №5. **Срок годности.** 30 месяцев. **Условия отпуска.** По рецепту. **Для более полной информации см. инструкцию по медицинскому применению лекарственного препарата.**

Тиазолидиндион и препаратов инсулина. Сообщалось о случаях развития хронической сердечной недостаточности при лечении пациентов тиазолидиндионом в комбинации с препаратами инсулина, особенно при наличии у таких пациентов факторов риска развития хронической сердечной недостаточности. Следует учитывать данный факт при назначении пациентам комбинированной терапии тиазолидиндионом и препаратами инсулина. При назначении такой комбинированной терапии необходимо проводить медицинские обследования пациентов на предмет выявления у них признаков и симптомов хронической сердечной недостаточности, увеличения массы тела и наличия отеков. В случае ухудшения у пациентов симптоматики сердечной недостаточности лечение тиазолидиндионом необходимо прекратить. **Предотвращение случайного перепутывания препаратов инсулина.** Следует проинструктировать пациента о необходимости перед каждой инъекцией проверять маркировку на этикетке во избежание случайного перепутывания препарата НовоРапид® ФлексПен® с другим инсулином. **Антитела к инсулину.** При применении инсулина возможно образование антител. В редких случаях при образовании антител может потребоваться коррекция дозы инсулина для предотвращения случаев гипергликемии или гипогликемии. **Форма выпуска.** Раствор для подкожного и внутривенного введения 100 ЕД/мл, шприц-ручки ФлексПен® 3 мл №5. **Срок годности.** 30 месяцев. **Условия отпуска.** По рецепту. **Для более полной информации см. инструкцию по медицинскому применению лекарственного препарата.**

Только для специалистов здравоохранения



ООО «Ново Нордиск»
Россия, 121614, Москва, ул. Крылатская, д. 15, офис 41
Тел.: +7 (495) 956-11-32, факс: +7 (495) 956-50-13
www.novonordisk.ru • www.novonordisk.com



ООО «ПИК-ФАРМА»

125047, Москва, Оружейный пер., д. 25, стр. 1.
телефон/факс: +7 (495) 925-57-00
электронная почта: info@pikfarma.ru
www.pikfarma.ru



ПИК-ФАРМА – одна из первых инновационных российских фармацевтических компаний. В состав компании входят подразделения по разработке, регистрации, производству, продвижению и реализации современных, эффективных лекарственных препаратов.

Выпуск продукции компании осуществляется на собственных производственных мощностях, отвечающих стандартам качества в сфере фармацевтического производства.

ПИК-ФАРМА выпускает метаболические, сердечно-сосудистые и ноотропные лекарственные средства, которые на практике доказали свою эффективность при лечении и профилактике широкого спектра заболеваний. Среди наиболее известных препаратов компании Пантогам® и Элькар®

ООО «Рош Диабетес Кеа Рус»

Спонсор

115114, Москва, Летниковская ул., д. 2 стр. 2, БЦ «Вивальди Плаза»
телефон: +7 (495) 229-69-95
факс: +7 (495) 229-62-64
www.accu-chek.ru



АККУ-ЧЕК®

Компания ООО «Рош Диабетес Кеа Рус» – импортер продукции Акку-Чек и уполномоченный представитель производителя изделий Акку-Чек в России. Бренд Акку-Чек включает в себя полный спектр средств самоконтроля для людей с сахарным диабетом: последнее поколение глюкометров, тест-полоски, устройства для прокалывания кожи, ланцеты, программное обеспечение для анализа данных, а также инсулиновые помпы и инфузионные наборы.

Стратегия Акку-Чек, направленная на развитие персонализированной медицины, позволяет разрабатывать продукты, учитывающие индивидуальные потребности различных групп пациентов: детей, подростков, взрослых. 40-летний опыт работы в области создания систем для измерения уровня глюкозы крови и контроля диабета помогает Акку-Чек создавать инновационные и современные глюкометры и инсулиновые помпы, которые значительно улучшают качество жизни пациентов с диабетом.

Для получения дополнительной информации о продукции Акку-Чек, представленной в России, пожалуйста, посетите сайт www.accu-chek.ru

ООО «Русский Доктор»

123298, Москва ул. Маршала Бирюзова 1 корп. 1 А
телефон: +7 (495) 212-07-07
электронная почта: shop@russiandoc.ru
www.russiandoc.ru



Компания «Русский Доктор» – первый мультибрендовый бутик медицинской одежды, обуви и аксессуаров. Лучшие бренды из США, Канады, Европы на всей территории России и СНГ! Широкий ассортимент, разнообразие тканей, доступные цены и высокое качество – отличительные особенности нашей компании. В числе наших брендов: KOI /США/, Cherokee /США/, Dickies /США/, Healing Hands /США/, Maevn /США/, Med Couture /США/, BARCO Uniforms /США/, IguanaMED /США/, WonderWink /США/, White Cross /Канада/ и др. Собственная линейка медицинской одежды Enigma и аксессуаров. Розничные магазины «Русский Доктор» представлены в Москве, Санкт-Петербурге, Казани, Сочи, Новосибирске и в США. Наша миссия: все самое лучшее – в одном месте!

ЗОДАК® — СЧАСТЛИВЫЕ МОМЕНТЫ БЕЗ АЛЛЕРГИИ!



ДЕЙСТВИЕ МОЖЕТ НАЧАТЬСЯ ЧЕРЕЗ
20 МИНУТ²



1 ТАБЛЕТКА¹
В СУТКИ

SANOFI

цетиризин
ЗОДАК
от аллергии

Согласно инструкции по медицинскому применению Зодак® таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 10 мг, рег. зб. П 8013867/01: 1 - В дополнение к антигистаминному эффекту цетиризин предупреждает развитие и облегчает течение аллергических реакций. 2 - Цетиризин начинает действовать через 20 минут после приема, его эффект сохраняется до 24 часов. 3 - Взрослым и детям в возрасте старше 12 лет препарат Зодак® обычно назначают по 1 таблетке (=10 мг цетиризина), один раз в сутки. Это информационная реклама. АО «Санофи Россия» 125009, Москва, ул. Верская, 22. Тел: (495) 725-1400, факс: (495) 721-3411, www.sanofi.ru SANRU2008.18.04.0803

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, НЕОБХОДИМО
ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Санофи

Генеральный спонсор

125009, Москва, ул. Тверская,
д. 22 БЦ «Саммит» 8 этаж
телефон: +7 (495) 721-14-00
факс: +7 (495) 721-14-11
www.sanofi.ru



«Санофи» – глобальная биофармацевтическая компания, миссия которой – оказывать поддержку тем, кто сталкивается с различными проблемами со здоровьем.

С помощью наших вакцин мы стремимся защищать людей от болезней, а наши препараты помогают облегчить течение многих заболеваний и повысить качество жизни как пациентов как с редкими, так и распространенными хроническими заболеваниями.

Более 100 тысяч сотрудников «Санофи» в 100 странах мира ежедневно работают для того, чтобы превращать научные инновации в конкретные решения в области здравоохранения.

Санофи, Empowering Life («Санофи: придавая жизни энергию»)

Teva

115054, Москва, ул. Валовая, д.35, БЦ «Wall Street»
телефон +7 (495) 644-22-34
www.teva.ru



Teva Pharmaceutical Industries Ltd. — один из лидеров мировой фармацевтической отрасли. Компания, штаб-квартира которой расположена в Израиле, ежедневно предлагает высококачественные, ориентированные на потребности пациента решения для миллионов людей по всему миру.

Teva — мировой эксперт в сфере воспроизведенных лекарственных препаратов. Продуктовый портфель компании включает более 1000 молекул: этот широкий спектр позволяет предлагать потребителям воспроизведенные лекарства практически для всех областей медицины.

АО «Фармамед»

123290, Москва, Шелепихинская наб., д.8, к. 1
телефон: +7 (495)744-06-18
факс: +7 (495) 707-24-01
электронная почта: info@pharmamed.ru
www.pharmamed.ru



Компания «PharmaMed» с 1995 года успешно представляет на российском рынке высококачественные продукты, разработанные совместно с ведущими лабораториями Канады, США и Великобритании. В 2014 г. компания вывела на рынок мульти-пробиотики нового поколения Бак-Сет беби и Бак-Сет форте, созданные в Великобритании. Бак-Сет беби – единственный мульти-пробиотик, содержащий 7 штаммов живых бактерий и пребиотик с клинически доказанной эффективностью, одобренный к применению у детей с рождения*. Бак-Сет форте – уникальный мульти-пробиотик для взрослых и детей с 3 лет, содержащий 14 штаммов живых бактерий*. Благодаря усовершенствованной технологии производства, пробиотические бактерии сохраняют высокую жизнеспособность и кислотоустойчивость в течение всего срока годности при комнатной температуре.

* на территории РФ

Лазолван®

ЛАЗОЛВАН® – КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОДУКТИВНОГО КАШЛЯ С РОЖДЕНИЯ!

✓ Анти-раздражение

✓ Анти-мокрота

✓ Анти-кашель



АО «Санофи Россия»,
125009, Москва, ул. Тверская, 22.
Тел.: (495) 721-14-00

SARU.MUCO.18.09.1758a
Per. уа. П № 014992/03



МАТЕРИАЛ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ
ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ

КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ДЛЯ МЕДИЦИНСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗОЛВАН® (АМБРОКСОЛ), СИРОП 15 МГ/5 МЛ. РУ П №014992/03. ПОКАЗАНИЯ: Острые и хронические заболевания дыхательных путей с выделением вязкой мокроты: острый и хронический бронхит, пневмония, хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиальная астма с затруднением отхождения мокроты, бронхоэктатическая болезнь. **СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ:** внутрь. Взрослым и детям старше 12 лет: по 10 мл 3 раза/сут.; детям от 6 до 12 лет: по 5 мл 2-3 раза/сут.; детям от 2 до 6 лет: по 2,5 мл 3 раза/сут.; детям до 2 лет: по 2,5 мл 2 раза/сут. Можно применять независимо от приема пищи. В случае сохранения симптомов в течение 4-5 дней от начала приема рекомендуется обратиться к врачу. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** Повышенная чувствительность к амброксолу или другим компонентам препарата, беременность (I триместр), период лактации, наследственная непереносимость фруктозы. **МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ:** II-III триместр беременности, почечная и/или печеночная недостаточность. Не следует комбинировать с противокашлевыми средствами, затрудняющими выведение мокроты. **ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ:** тошнота, снижение чувствительности в полости рта или глотке, нарушение вкусовых ощущений, анафилактические реакции (включая анафилактический шок), ангионевротический отек. С полным списком побочных эффектов, возникающих нечасто, редко и с неизвестной частотой, ознакомьтесь в официальной инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата.

ООО «ФИЛИПС»

123022, Москва, ул. Сергея Макеева, дом 13
телефон: 8-800-200-08-81
электронная почта: HS.RCA@PHILIPS.COM
www.philips.ru



Philips – это ведущая технологическая компания, нацеленная на улучшение качества жизни людей на всех этапах континуума здоровья – от ведения здорового образа жизни, профилактики и ранней диагностики до лечения и ухода на дому.

Philips Respironics более 30 лет производит устройства и создает решения для терапии заболеваний органов дыхания, помогающие эффективнее бороться с недугами.

ООО «Шайер Биотех Рус»

125171, Москва, Ленинградское ш., д. 16а, стр. 1, пом. 32
телефон: +7 (495) 787-04-77
факс: +7 (495) 787-04-78
www.shire.com



«Шайер» (Shire) — ведущая международная биофармацевтическая компания, деятельность которой сфокусирована на единственной цели – помочь людям с заболеваниями, разрушающими привычный мир, изменить жизнь к лучшему.

Компания «Шайер» специализируется на разработке и внедрении инновационных методов лечения, которые потенциально могут изменить жизнь людей во всем мире, страдающих редкими заболеваниями, включая болезнь Фабри, Синдром Хантера, болезнь Гоше, наследственный ангионевротический отек (НАО), Синдром короткой кишки (СКК), Гемофилии и др. Препараты компании широко представлены на международном рынке и зарегистрированы более чем в 100 странах. Компания «Шайер» стремится повышать осведомленность и предоставлять поддержку пациентам с редкими и другими заболеваниями. Штаб-квартиры базируются в Лексингтоне (Массачусетс, США) и Цуге (Швейцария).

STADA CIS

Московское представительство STADA CIS
119017, 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



Компания STADA в России и СНГ — крупнейшая составляющая бизнеса международного фармацевтического концерна STADA Arzneimittel AG со штаб-квартирой в Германии. Концерн основан в 1895 году и входит в ТОП-5 дженериковых компаний мира.

Компания STADA осуществляет деятельность в трех основных направлениях: разработка, производство и продвижение лекарственных средств.

В производственных компаниях STADA в России – НИЖФАРМ (г. Нижний Новгород) и Хемофарм (г. Обнинск) – создана и успешно функционирует одна из лучших среди российских фармпроизводителей систем менеджмента качества. Все производственные площадки соответствуют международным стандартам GMP. Специалистам хорошо известны препараты, используемые в педиатрии: Аквалор, Исмиген, Хемомицин, Камистад Бэби.



Спонсор

ООО «Эбботт Лэбораториз»

125171, Москва, Ленинградское шоссе,
д. 16а, строение 1, БЦ «Метрополис»
телефон: +7 (495) 258-42-80
факс: +7 (495) 258-42-81
www.abbott.com
www.abbott-russia.ru



В Abbott мы работаем для того, чтобы люди могли жить здоровой и полной жизнью. Более 125 лет мы создаем новые технологии в области детского и лечебного питания, диагностики, медицинских устройств и фармацевтических препаратов. Благодаря нашей продукции люди разных возрастов обретают новые возможности – на каждом этапе жизни.

Сегодня 73 000 наших сотрудников помогают людям более чем в 150 странах, где представлена наша компания, жить не только дольше, но лучше.

Abbott работает в России с конца 1970-х годов, предлагая российским пациентам и потребителям надежную и высококачественную продукцию для сохранения и укрепления здоровья. В 2014 году в состав Abbott вошла компания «Верофарм» – один из ведущих российских производителей фармацевтической продукции.

В российском филиале компании Abbott трудятся более 3 500 сотрудников (включая «Верофарм») в отделах по исследованиям и разработкам, производству, логистике, продажам, маркетингу. Помимо производственных предприятий, расположенных в Воронеже, Белгороде и Покрове, компания Abbott имеет офисы в Москве, Санкт-Петербурге, Краснодаре, Екатеринбурге, Самаре и Новосибирске.

Компания «ЭЛТА»

124460, Москва, Зеленоград, ул. Конструктора Гуськова, д. 3, стр. 4.
телефон: +7 (499) 995-25-47
электронная почта: mail@eltald.ru
www.eltald.ru



ООО «Компания «ЭЛТА» — признанный лидер на отечественном рынке медицинского оборудования. Благодаря «Компании «ЭЛТА» каждый россиянин независимо от места жительства и технической подкованности может воспользоваться высокотехнологичным медицинским оборудованием для контроля над состоянием здоровья. «ЭЛТА» — разработчик и производитель первого отечественного экспресс-измерителя концентрации глюкозы в крови «Сателлит»®. Мы улучшаем качество жизни наших потребителей, предоставляя им возможность самостоятельного мониторинга уровня сахара в крови в домашних условиях. Компания «ЭЛТА» — вертикально-интегрированная компания, что позволяет производить высококачественную продукцию на протяжении длительного времени по доступным ценам. В основе положительной репутации — проверенное потребителями качество товаров, производимых на высокотехнологичном оборудовании из современных материалов и комплектующих.

Средства профессиональной информации и коммуникации

ГЕНЕРАЛЬНЫЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ ПАРТНЕРЫ

Журнал «Фарматека»

117420, Москва, ул. Обручева, д. 30/1, стр. 2
телефон: +7 (495) 786-25-57
факс: +7 (495) 334-22-55
электронная почта: reklama@bionika-media.ru
pharmateca.ru

ФАРМАТЕКА

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.

Газета «Фармацевтический вестник»

117420, Москва, ул. Обручева, д. 30/1, стр. 2
телефон: 7(495) 786-2557, 786-2543
электронная почта: reklama@bionika-media.ru
pharmvestnik.ru

Фармацевтический ВЕСТНИК

Газета «Фармацевтический вестник» – ведущее информационно-аналитическое издание и интернет-портал для специалистов российского фармрынка и смежных отраслей. Полноцветный еженедельник объемом 24–48 полос формата А3 выходит 42 раза в год тиражом 16 200 экземпляров; распространяется по подписке. Газета издается с 1994 г.

Портал www.pharmvestnik.ru помимо электронного архива газеты содержит ежедневно обновляемую ленту новостей, калькулятор надбавок, сервисы для первостольников и других работников фармотрасли. Посещаемость сайта – более 100 000 уникальных пользователей и более 400 000 просмотров в месяц.

В ноябре 2014 года запущен видеопроjekt «Фармвестник-ТВ», в рамках которого еженедельно публикуются обзоры главных новостей с комментариями экспертов, видеointервью с ключевыми персонaми отрасли, репортажи со значимых мероприятий.

Среди постоянных читателей газеты – не только руководители крупнейших предприятий фармотрасли, государственные служащие всех рангов, но и директора и заведующие аптеками, работники первого стола, а также специалисты по управлению персоналом. «Фармацевтический вестник» предоставляет читателям возможность ознакомиться с мнениями ведущих экспертов, представителей органов власти, общественных организаций и лидеров рынка.

Портал российского врача WWW.MEDVESTNIK.RU

117420, Москва, ул. Обручева, д. 30/1, стр. 2

телефон: 7 (495) 786-25-57

электронная почта: reklama@bionika-media.ru

WWW.MEDVESTNIK.RU



MEDVESTNIK.RU – специализированный портал для практикующих врачей, медицинского персонала и работников системы здравоохранения. Вся необходимая информация на одном сайте: новости, научно-медицинские статьи, интервью, аналитика, видеолекции и многое другое только для специалистов здравоохранения.

АО «Видадь Русс»

107078, Москва, Красноворотский пр-д, д. 3, стр.1

телефон: 7 (499) 975-1253

электронная почта: vidal@ Vidal.ru

www.vidal.ru



Справочник VIDAL признан во всем мире авторитетным источником информации для специалистов в области здравоохранения. VIDAL имеет вековую историю. Выпуск первой книги состоялся во Франции в 1914 году.

В России VIDAL представлен компанией ЗАО «Видадь Русс», входящей в состав международной VIDAL GROUP. Мы работаем также в Беларуси и Казахстане.

Наряду со справочниками по лекарствам компания успешно реализует выпуск эксклюзивных обучающих материалов для пациентов в сотрудничестве с американской корпорацией Krames.

Мы также активно развиваем digital-сервисы:

- сайт www.vidal.ru
- БД в составе медицинских информационных систем для лечебных учреждений и аптек
- справочники для персональных компьютеров и мобильных устройств.

Журнал «Акушерство и Гинекология»

117420, Москва, ул. Профсоюзная, д. 57

телефон: +7 (495) 786-25-57

факс: +7 (495) 334-22-55

электронная почта: reklama@bionika-media.ru

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.

РЕГУЛЯРНЫЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ ПАРТНЕРЫ

Consilium Medicum

115054, Москва, Жуков пр-д, д. 19
телефон: +7 (495) 926-29-83
электронная почта: media@con-med.ru
www.con-med.ru

CONSILIUM
MEDICUM

Издание: Consilium medicum

Тираж: 55 000 экз.

Периодичность: 12 номеров в год

Тип издания: общемедицинский журнал, базирующийся на принципах медицины, основанной на доказательствах

Целевая аудитория: врачи-специалисты стационаров и поликлиник, интересующиеся новейшими достижениями общей практики (терапевты)

Особенности издания:

- моно- или битематическое издание с четко очерченной группой специалистов, интересующихся вопросами, обсуждаемыми в журнале
- национальные и зарубежные рекомендации, обзоры, лекции, оригинальные работы по наиболее актуальным клиническим проблемам современной медицины
- авторы – ведущие российские эксперты, работающие в клинических научно-исследовательских институтах, медицинских вузах, крупнейших клиниках страны

Стиль подачи материала:

– журнал рассчитан на врачей с высоким уровнем профессиональной подготовки, склонных к постоянному совершенствованию. Характерна высокая степень повторного обращения в течение нескольких лет

Тематика номеров:

№1, 5 и 10 кардиология

№ 2 и 9 ревматология и неврология

№ 3 и 11 пульмонология и оториноларингология

№ 4 инфекции и антимикробная терапия

№ 6 женское репродуктивное здоровье

№ 7 урология и нефрология

№ 8 гастроэнтерология и хирургия

№ 12 эндокринология

Газета «Участковый педиатр»

115054, Москва, Жуков пр-д, д. 19
телефон: (495) 926-29-83
электронная почта: media@con-med.ru
www.con-med.ru

УЧАСТКОВЫЙ
ПЕДИАТР 

Газета «Участковый педиатр» рассчитана на педиатров поликлиник.

Особенности издания: алгоритм диагностики и лечения, статьи по неотложной помощи и дифференциальной диагностике, лекции, клинические разборы и результаты клинических исследований, актуальных для акушеров-гинекологов, интервью с ведущими российскими учеными.

Группа Компаний «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



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.

«Кто есть Кто в медицине», Федеральный специализированный журнал

107023, Москва, пл. Журавлева, д. 10, стр. 1

телефон: 7 (499) 704-04-24

электронная почта: journal@kto-kto.ru

www.kto-kto.ru



Журнал обеспечивает многосторонний диалог по вопросам реализации программ здравоохранения, развития современных медицинских технологий, совершенствования организационной деятельности, поиска эффективных инновационных решений, служит инструментом в кадровой политике, укрепляющим репутацию и стимулирующим лучших сотрудников, обеспечивающих прогресс и профессиональный успех отечественной медицины.

Журнал "РМЖ"

105066, Москва, ул. Спартаковская, д. 16, стр.1

телефон: 8 (495) 545-09-80

факс: 8 (499) 267 31 55

электронная почта: postmaster@doctormedia.ru

www.rmj.ru



Журнал РМЖ – научное издание для практикующих врачей различных специальностей. Издается с 1995 года. Входит в перечень изданий ВАК.

Авторы статей – ведущие специалисты в своих областях. Периодичность – 36 выпусков в год. Распространяется бесплатно по России среди специалистов и медучреждений, а также по подписке в РФ и странах СНГ. Более подробная информация на сайте <http://www.rmj.ru>

ООО «Медицинское Маркетинговое Агентство «МедиаМедика»

115054, Москва, Жуков пр-д, д. 19
телефон: +7 (495) 926-29-83
электронная почта: media@con-med.ru
www.con-med.ru



ООО «Медицинское Маркетинговое Агентство «МедиаМедика» выпускает периодические издания для последипломного образования врачей различных специальностей: журнал «Consilium Medicum», приложения «Consilium Medicum» – «Неврология», «Педиатрия», «Хирургия», «Гастроэнтерология», «Болезни органов дыхания», «Дерматология»; журналы «Справочник поликлинического врача», «Системные гипертензии», «Кардиосоматика», «Гинекология», «Современная Онкология», «Психиатрия и психофармакотерапия», «Психические расстройства в общей медицине», «Справочник провизора», «Инфекции в хирургии»; газеты «Участковый терапевт», «Участковый педиатр», «Газета Невролога», «Дневник психиатра», «Кардиогазета», «ЖКТ», «Женская консультация», «Первостольник», «Dental Tribune»; а также книги, справочники и методические руководства. Все специализированные издания распространяются бесплатно.

Агентство Медицинской Информации «МЕДФОРУМ»

127422, Москва, ул. Тимирязевская,
д.1, стр.3, 5 этаж, оф. 3518
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 «Ni+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.

«Доктор.Ру», научно-практический медицинский рецензируемый журнал

107078, Москва, ул. Новая Басманная, д. 23, стр. 1а, а/я 52.

телефон: (495) 580-09-96

электронная почта: pr@rusmg.ru

www.rusmg.ru

Доктор.Ру
медицинский журнал

«Доктор.Ру» — специализированное профессиональное издание для врачей. Выходит с 2002 г. Включен в Перечень ВАК и базу РИНЦ.

Импакт-фактор 2016 — 0,376, место в рейтинге SCIENCE INDEX за 2017 год по тематике «Медицина и здравоохранение» — 76 из 515.

Периодичность: 11 номеров по 8 тематическим направлениям: Гастроэнтерология, Гинекология, Кардиология, Неврология, Педиатрия, Психиатрия, Терапия, Эндокринология. Тираж — 10 000 экземпляров. Электронные версии статей доступны в научной электронной библиотеке eLIBRARY.RU

и на сайте www.rusmg.ru

Подписка на печатную версию журнала «Доктор.Ру» — fin@rusmg.ru

Медицинское Издательство «ДИНАСТИЯ»

Москва, Каширское ш., д. 21

телефон: 7 (495) 660 60 04

электронная почта: red@mm-agency.ru;

podpiska@mm-agency.ru

www.phdynasty.ru



Медицинское Издательство «ДИНАСТИЯ» специализируется на выпуске профессиональной медицинской литературы для врачей, студентов, организаторов здравоохранения.

Издательство выпускает научно-практические журналы:

«Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии»

«Вопросы практической педиатрии»

«Вопросы детской диетологии»

«Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии»

«Вопросы диетологии»

«Инфекционные болезни»

Журналы Издательства «Династия» включены в ВАК, «Scopus», Ulrich`sPeriodicalsDirectory, РИНЦ.

Журнал «Альманах клинической медицины», Россия

129110, Москва, ул. Щепкина, д. 61/2, корп. 8
телефон: +7 (495) 688-32-41
электронная почта: o_papara@monikiweb.ru
www.monikiweb.ru/node/15

«Альманах клинической медицины» освещает вопросы развития актуальных научных направлений диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний, создания и внедрения в практическую медицину новых технологий, приборов и фармпрепаратов, а также проблемы организации здравоохранения. Публикации журнала отражают перспективные разработки современной медицинской науки более чем по 45 направлениям.

Журнал публикует статьи по всем аспектам клинической медицины: результаты оригинальных, специальных, фундаментальных исследований с клинической значимостью; обзорные статьи по актуальным проблемам медицины; описания клинических наблюдений; клинические рекомендации.

«Альманах клинической медицины» входит в перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук (перечень ВАК). Индексируется в системе Российского индекса научного цитирования (РИНЦ). Пятилетний импакт-фактор РИНЦ 1,894 (2014).

Учредитель: ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского. Основан в 1998 г. Периодичность: 8 выпусков в год. Объем: 120–150 полос.

ИНТЕРНЕТ-ПАРТНЕРЫ ИНФОРМАЦИОННЫЕ ПАРТНЕРЫ

Medsovet.info

197342, Санкт-Петербург, ул. Сердобольская,
д. 64, корп. 1, литер. А, офис 521
телефон: +7(812) 380-71-88
электронная почта: kontakt@medsovet.info
www.medsovet.info/



Medsovet.info – федеральный медицинский информационный интернет-портал с ежемесячной посещаемостью более

2 000 000 человек. Посетители приходят для поиска информации по разделам:

- Врачей
- Пациентов
- Медицинских учреждений
- Лекарств и МНН

Medsovet.info предоставляет:

- Полную базу по лекарственным препаратам с возможностью поиска по МНН
- Форум для врачей и пациентов
- Календарь медицинских мероприятий по всей РФ
- Сервис онлайн обучения для врачей
- Медицинские статьи и новости

И многое другое.

Медицинский портал Medego.ru

телефон: +7 (495) 979-72-17

электронная почта: info@medego.ru

www.medego.ru



МЕДИЦИНСКИЙ
ПОРТАЛ

Деятельность портала Medego.ru направлена на предоставление максимально подробной информации о медицинских мероприятиях, проводимых в России, странах СНГ и по всему миру, и новостях мира медицинского оборудования. Одним из стратегических направлений развития сайта является создание наиболее полного каталога медицинского оборудования отечественного и импортного производства, а также каталога компаний и лечебных учреждений.

Общероссийская социальная сеть «Врачи РФ»

123007, г. Москва, 5-я Магистральная ул., д. 12

телефон: +7 (495) 258-97-03

электронная почта: info@vrachirf.ru

www.vrachirf.ru



«Врачи РФ» – первая Российская система e-Дитейлинг 2.0, объединяющая более 470 тыс. профессионалов в медицине и фармацевтике с наибольшими одноименными группами в популярных соц. сетях, а также крупнейшей именной базой e-mail контактов. Сообщество «Врачи РФ» входит в состав инновационного фонда «Сколково». <http://vrachirf.ru>

Социальная сеть и образовательный портал для врачей «Врачи вместе» Vrachivmeste.ru, Россия

127006, Москва, ул. Тверская, д. 18/1, офис 642

телефон: 8–495–650–61–50

электронная почта: vrvm.redaktor@gmail.com

www.vrachivmeste.ru



Медицинский образовательный сайт, социальная сеть для врачей «Врачи вместе» <https://vrachivmeste.ru/> представляет собой закрытый сайт, на котором на данный момент зарегистрировано более 115 000 врачей всех медицинских специальностей.

На базе этого сайта мы проводим обучающие вебинары, интернет-конференций, онлайн-трансляции с крупнейших конгрессов Москвы, а также аккредитованные мероприятия (заявки по учебным мероприятиям представляются в Комиссию по оценке учебных мероприятий и материалов для НМО на соответствие установленным требованиям).

Подробнее: <https://vrachivmeste.ru/>

Москва, ул. Красная Пресня, д. 28, пом. 4, офис № 9
телефон: 7 (495) 668-10-55
электронная почта: info@yellmed.ru
www.yellmed.ru



Yellmed – это:

- каталог медицинских учреждений России и зарубежья с актуальной и достоверной информацией;
- медицинские новости страны и мира, материалы про спорт и красоту, интервью со специалистами;
- афиша медицинских мероприятий и конференций;
- медицинский справочник с распространенными заболеваниями, симптомами болезней, способами диагностирования и лечения.

На нашем портале вы найдете о медицине все и даже больше.

Клуб практикующих врачей iVrach.com

109012, Москва, ул. Ильинка, д.4, Гостиный Двор, БЦ «Деловой», офис 2102
телефон: +7 (495) 249 90 35
электронная почта: info@ivrach.com
www.ivrach.com



Клуб практикующих врачей iVrach – это профессиональная врачебная сеть, объединяющая элиту практической медицины из ближнего и дальнего зарубежья. С 2012 года входит в международный альянс врачебных сетей NetworksInHealth.

Основные задачи Клуба – способствовать профессиональному общению и повышению качества информационного обеспечения докторов. На сайте публикуется информация по безопасности лекарств, клинические разборы, в рамках «Журнального Клуба» обсуждаются научные публикации. Также врачам предлагается бесплатный курс изучения медицинского английского.

Портал AptekaMos.ru

телефон: +7 (495) 775-79-57
электронная почта: office@aptekamos.ru
www.aptekamos.ru



AptekaMos.ru – первый и один из самых успешных интернет-порталов для поиска и помощи в покупке лекарств в аптеках. Число посещений в месяц – около 1 млн пользователей. Индекс доверия – 8 (из 10). Сервисы для врачей и населения:

- Поиск минимальных цен на список лекарств. Выбор ближайшей аптеки на карте по округу, метро, улице и аптечной сети.
- Справочник лекарств. Инструкции по применению лекарств. Справочник заболеваний.
- Служба лекарственного обеспечения населения АптекаМос: 8 (495) 775-79-57, 8 (800) 555-62-65 – консультации провизоров, подбор замены, заказ лекарств по Москве и ближайшему Подмосковию.
- Приложение АптекаМос – для iOS и Android.

Сервисы для аптек и фармкомпаний:

- Публикация прайс-листов.
- Информация по изъятию медикаментов.
- Нормативные документы.
- Мониторинг розничного рынка лекарств (АПИ).
- Проведение комплексных рекламных кампаний.

Интернет-портал РЛС RLSNET.RU, Россия

www.rlsnet.ru



RLSNET.RU – главная энциклопедия лекарств и товаров аптечного ассортимента российского интернета. На сайте размещена база данных «Регистр лекарственных средств России» (РЛС), описания лекарственных препаратов, БАД и изделий медицинского назначения, полные тексты книг и учебных пособий для врачей, научные статьи по фармакотерапии, система мониторинга информационного спроса на лекарственные средства «Индекс Вышковского», система мониторинга цен на ЖНВЛП и цены на лекарственные средства в аптеках Москвы и других городов России. Месячная аудитория сайта RLSNET.RU – более 9 миллионов уникальных пользователей, которые ежемесячно делают более 20 миллионов запросов. RLSNET.RU – самый посещаемый специализированный медико-фармацевтический сайт российского интернета.

ДИАГНОСТИКА УРИНОКОЛЬПОСА У РЕБЕНКА 11 ЛЕТ

Адамян Л.В., Колтунов И.Е., Сибирская Е.В., Полякова Е.И., Короткова С.А., Моксякова Е.Г.

Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Резюме: Описан клинический случай с ошибками диагностики и ведения пациентки 11 лет, который представляет интерес в плане дифференциальной диагностики для врачей всех специальностей. Актуальность: Уринокольпос – это периодическое затекание мочи во влагалище (уретровагинальный рефлюкс). Самыми распространенными причинами данного состояния являются: диссинергия детрузора и уретрального сфинктера, гипоспадия и уретральная эктопия устья мочеоточника, когда оно открывается в уретре дистальнее сфинктера. Данная патология достаточно редка и встречается не более чем 1 случай на 20 тысяч девочек. В отделение гинекологии Морозовской детской городской клинической больницы в экстренном порядке поступила девочка К., 11 лет, с диагнозом «маточное кровотечение пубертатного периода» с жалобами при поступлении на боли в животе и достаточно длительные кровянистые выделения из половых путей – в течение 2 недель. При выполнении УЗИ органов малого таза трансабдоминальным способом с наполненным мочевым пузырем были выявлены эхо-признаки гематокольпоса диаметром до 8 см, что не соответствовало данным клинической картины. После опорожнения мочевого пузыря при ректоабдоминальном исследовании на высоте пальца патологических объемных образований обнаружено не было. Проведена вагиноскопия – без патологии. При повторном проведении УЗИ органов малого таза на следующий день с наполненным мочевым пузырем также было выявлено объемное образование до 8 см, с опорожненным мочевым пузырем – данных за объемное образование в проекции влагалища выявлено не было. Данное образование во влагалище, изначально принятое за гематокольпос, после сопоставления фактов было расценено как затекание мочи во влагалище при наполненном мочевом пузыре, связанное с диссинергией детрузора. Был выставлен окончательный диагноз – маточное кровотечение пубертатного периода, транзиторный уринокольпос.

Заключение: Знание данной патологии важно в практике врачей всех специальностей для постановки правильного диагноза и дифференциальной диагностики.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕКРОТИЗИРОВАННОГО ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ И ИЗОЛИРОВАННОГО ПЕРЕКРУТА МАТОЧНОЙ ТРУБЫ

Адамян Л.В., Колтунов И.Е., Сибирская Е.В., Шарков С.М., Короткова С.А., Осипова Г.Т.

Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Диагностика при изолированном перекруте маточной трубы представляет определенные сложности, т. к. болевой синдром может быть неярко выражен, и при УЗИ малого таза также может не визуализироваться некротизированная маточная труба. Изолированный перекрут маточной трубы обычно приводит к увеличению ее диаметра, она приобретает веретенообразную форму, кроме того, в просвете начинает определяться гипозоногенное содержимое. В некоторых случаях наблюдается утолщение стенок трубы.

Отсутствующий или реверсивный диастолический кровоток обычно связан с гангренозными изменениями в стенке. Веретенообразное объемное образование, представляющее собой перекрученную маточную трубу, может визуализироваться отдельно от нормального яичника. Частота встречаемости дивертикула Меккеля, по данным разных авторов, составляет 2% от все пороков развития, соотношение мальчиков и девочек примерно 2:1, в случае осложнений даже 5:1. В 50% случаев – заболевание манифестирует у детей до 10 лет. В 12% случаев дивертикул Меккеля сочетается с другими врожденными пороками развития. В экстренном порядке в приемное отделение МДГКБ поступил ребенок с жалобами на боли в нижних отделах живота и правой подвздошной области. В анамнезе также отмечен жидкий стул до 3 раз в сутки. Тошноты, рвоты не было. Температура не повышалась. При осмотре живот резко болезненный в правой подвздошной области и над лоном, не вздут, пассивно напряжен. Перитонеальные симптомы сомнительные. По данным лабораторной диагностики повышение уровня маркеров воспаления (лейкоциты, СОЭ, С-реактивный белок) не выявлены. При УЗИ органов брюшной полости и малого таза имеются признаки свободной жидкости в незначительном количестве, параовариального кистозного образования слева, расцененного как маточная труба или параовариальная киста. Девочка госпитализирована в оксигенированное педиатрическое отделение с направляющим диагнозом: кишечная инфекция. При повторном УЗИ органов брюшной полости, выполненном через сутки, выявлено параовариальное образование до 7 см справа с признаками инфильтративных изменений, расцененное как воспалительно измененная маточная труба. Девочка переведена в отделение гинекологии с диагнозом: изолированный перекрут маточной трубы справа. Принято решение о проведении диагностической лапароскопии. Интраоперационно выявлено: матка и придатки без признаков воспаления, нормальных размеров. Выявлена не измененная фиброма правого яичника размером до 1 см, удалена с использованием биполярной коагуляции. При дальнейшей ревизии органов брюшной полости отмечается гиперемия и незначительный отек червеобразного отростка, расположенного в правой подвздошной ямке. При осмотре дистального отдела подвздошной кишки на расстоянии 30 см от илеоцекального угла по противобрыжеечному краю выявлен гангренозно измененный дивертикул Меккеля на узком основании длиной до 7 см. Брыжейка дивертикула лигирована и пересечена с использованием биполярного коагулятора. На основании мобилизованного дивертикула наложены две лигатуры, дивертикул отсечен и удален из брюшной полости через 10 мм троакар. Брюшная полость тщательно санирована и ушита. В послеоперационном периоде девочке проводилась антибактериальная, инфузионная, десенсибилизирующая терапия в течение 5 дней. На фоне проводимого лечения состояние ребенка улучшилось, по данным контрольного УЗИ органов брюшной полости и малого таза признаков воспалительных изменений не выявлено. Ребенок выписан домой в удовлетворительном состоянии на 6-е послеоперационные сутки.

Заключение: Таким образом, всем девочкам с клинической картиной «острого живота» показано выполнение диагностической лапароскопии независимо от результатов лабораторной диагностики и УЗИ, что соответствует общепринятым канонам в практике детских гинекологов и федеральным рекомендациям Российской ассоциации детских хирургов. При проведении лапароскопии необходима тщательная ревизия органов брюшной полости для исключения

сопутствующей патологии. В большинстве случаев, по нашему опыту, возможно выполнение лечебного этапа лапароскопии без перехода на открытую операцию.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ДИСМНОРЕИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Геворгян А.П., Тарбая Н.О., Осипова Г.Т.

Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Цель исследования: Разработка дифференцированного лечения первичной дисменореи у подростков.

Материалы и методы исследования: Под нашим наблюдением на базе гинекологического отделения Морозовской детской городской клинической больницы в 2015-2016 гг. находились 35 девочек-подростков в возрасте от 12 до 17 лет 1 месяца и 29 дней с проявлениями ДСТ и без таковых. В 1-ю группу входили 25 девушек с первичной дисменореей, у которых была выявлена умеренно-выраженная НДСТ. Во 2-ю группу вошли 10 девушек с первичной дисменореей, без клинических признаков НДСТ. Признаки НДСТ оценивали согласно классификации Смольновой Т.Ю. Степень тяжести болевого синдрома выявлялась путем оценки болевых ощущений по опроснику МакГилла. Состояние соединительной ткани изучали по определению оксипролина и магния в крови. Пациенткам 1-й группы назначали препараты магния (магния лактата дигидрат+пиридоксина гидрохлорид) по 100 мг (1 таблетке) 3 раза в день, во вторую фазу менструального цикла в течение 15 дней; венотоники и ангиопротекторы (флавоноиды) по 1 таблетке 2 раза в сутки ежедневно; антиоксиданты (токоферол) 200 мг ежедневно; витамин С (аскорбиновая кислота) 1 г 1 раз в день во вторую фазу цикла; курс лечения составлял 3 месяца. Пациенткам 2-й группы назначали препараты НПВП – Нимесулид 1 таблетка 3 раза в день за 3 дня до менструаций и в дни менструаций и/или свечи Диклофенака натрия 1 свеча 2 раза в день в прямую кишку – 3 месяца. Статистическая обработка и проверка результатов была основана на определении равенства математических ожиданий случайных величин посредством оценки критерия Стьюдента. Результаты. В 1-й группе девушек в возрасте 12-14 лет было 10 пациенток (40%), 15-16 лет – 8 пациенток (32%) и 17 лет – 7 обследуемых (28%), а среди девушек 2-й группы в возрасте 12-14 лет было 6 пациенток (60%), 15-16 лет – 3 пациентки (30%) и 17 лет – 1 обследуемая (10%) соответственно. Первичная дисменорея легкой степени выявлена у 3 девушек (12%) 1-й группы, средней у 13 девушек (52%) и тяжелой степени у 9 пациенток (36%), а во 2-й группе соответственно 5 (50%); 3 (30%); 2 (20%). Таким образом, в группе девушек с первичной дисменореей и наличием признаков умеренной и выраженной НДСТ превалировало число девушек с дисменореей средней и тяжелой степени тяжести, а у девушек без признаков НДСТ большинство девушек было с легкой и средней степенью тяжести дисменореи. Из соматического анамнеза выяснено, что 13 пациенток (52%) перенесли детские инфекции, 6 девушек (24%) – тонзиллит, 6 пациенток (24%) – заболевания ЖКТ. Дефицит массы тела отмечался у 7 девушек (28%) 1-й группы по результатам карт обследования, а во 2-й группе – у 2 обследуемых (20%). В группе девушек с дисменореей и явлениями НДСТ выявлено уменьшение содержания магния в плазме от $0,7 \pm 0,2$ до $0,5 \pm 0,2$ мкг/л ($p < 0,05$), тогда как во второй группе содержание магния оставалась в пределах нормальных значений от $0,9 \pm 0,2$ до $0,7 \pm 0,1$ мкг/л ($p < 0,05$). Следовательно, у девушек с дисменореей изменение магния в плазме крови изменялось в зависимости от наличия или отсутствия признаков НДСТ. Уровень оксипролина в крови до лечения составил $47,96 \pm 15,37$ ммоль/л, после лече-

ния – $21,63 \pm 3,1$ ммоль/л. Следовательно, у девушек с дисменореей и наличием признаков НДСТ отмечалось повышение оксипролина в крови, связанное с повышенным распадом коллагена, что также свидетельствует о НДСТ. Среди пациенток с НДСТ (1-я группа) после проведения одного курса комплексного лечения зарегистрированы 3 девушки (12%) ($p < 0,05$) с тяжелой дисменореей, что указывает на уменьшение числа девушек с этой патологией на 33%, процент девушек со среднетяжелой дисменореей уменьшился на 53,8% (7 девушек), процент пациенток с легкой степенью (4%, 1 пациентка) был меньше на 46%, чем во 2-й группе, что отражалось и на содержании оксипролина в крови $28,7 \pm 7,52$ ммоль/л.

Выводы: Таким образом, НДСТ играет определенную роль в патогенезе первичной дисменореи, а недооценка состояния соединительной ткани приводит к увеличению частоты рецидивов заболевания с нарушением репродуктивной функции. При наличии НДСТ у девочек-подростков с первичной дисменореей необходимо применение дифференцированного подхода к профилактике, лечению и ведению таких пациенток, направленного на улучшение качества жизни и профилактику репродуктивных нарушений в будущем у данной категории больных.

АНОМАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ И ФАКТОРЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К ИХ РАЗВИТИЮ

Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Короткова С.А., Осипова Г.Т., Моксякова Е.Г.

Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

На сегодняшний день наиболее часто встречающейся патологией женской репродуктивной системы в пубертатном периоде являются аномальные маточные кровотечения, приводящие зачастую к стойким нарушениям менструальной и генеративной функций, гормонально обусловленным заболеваниям. Это связано с ухудшением окружающей среды в некоторых регионах нашей страны, с неблагоприятными социально-бытовыми и материальными условиями жизни некоторых групп населения, а также с увеличением числа больных, имеющих врожденные и хронические инфекционные и соматические заболевания. Целью исследования было проведение анализа факторов риска для возникновения аномальных маточных кровотечений пубертатного периода (АМКПП). В работе для выявления возможных причин АМКПП проводился анализ жалоб, анамнеза, уточнялось течение антенатального и постнатального периодов развития, влияние генетических факторов, наследственной предрасположенности, экстрагенитальной и генитальной патологии, социально-экономических факторов, жилищно-бытовых условий. Нами обследовано 53 пациентки с МКПП в возрасте от 10 до 18 лет, среди них 72% составили девочки от 12 до 16 лет, 16,3% – 17- и 18-летние пациентки, 11,6% – девочки 10-12 лет.

Результаты исследования: Проведя анализ здоровья матерей девочек с АМКПП, нами было выявлено: нарушения менструального цикла имели место у 6 из них (13,90%), в то время как хроническими воспалительными заболеваниями гениталий страдали 47,0% матерей, гормонально-зависимыми заболеваниями женских половых органов и молочных желез (миома матки, эндометриоз, мастопатия) – 27,9% опрошенных. По нашим наблюдениям, течение беременности у матерей обследованных девочек осложнялось ранним токсикозом в 34% случаев, угрозой прерывания беременности – в 17,3%, гестозом – в 29%, гестационной анемией – в 36,45% случаев. Преждевременные роды имели место в 3 случаях (из 45 опрошенных женщин). У 64,5% матерей больных девочек имели место быстрые роды (продолжительностью от 3 до 6 часов). При изучении течения постнатального периода развития пациенток с АМКПП выявлено,

что большинство из них перенесли острые и хронические инфекционные заболевания верхних и нижних дыхательных путей: от 0 до 1 года жизни ОРВИ перенесли 23,8% обследуемых, от 1 года до 7 лет частые ОРВИ отмечено у 40,7% девочек, детские инфекции – у 24%, хронический тонзиллит – у 17,9% опрошенных. От 7 лет до наступления менархе частые ОРВИ отметили 29% пациенток, хронический тонзиллит имел место у 48,4% обследуемых девочек, причем в 2 случаях выполнялась тонзилэктомия. Хронический пиелонефрит выявлен у 19,6% больных. При анализе социально-экономических факторов и жилищно-бытовых условий выявлено, что большинство девочек с АМКПП проживали в хороших условиях, однако проблемы в семье отметили 28% пациенток, плохие отношения со сверстниками – 18,7%, не справляются с нагрузкой в школе – 60,9% девочек.

Выводы: Проведенный анализ факторов, влияющих на становление менструальной функции, обосновывает необходимость нового комплексного метода этапной реабилитации гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы у девочек, перенесших АМКПП.

АБДОМИНАЛЬНЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ У ДЕВОЧЕК, ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Короткова С.А., Тарбая Н.О., Осипова Г.Т., Геворгян А.П.

Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Резюме: Описывается клинический случай с ошибками диагностики и ведения пациентки 14 лет, который представляет интерес в плане дифференциальной диагностики гинекологической и хирургической патологии.

Актуальность: Ошибки при проведении дифференциальной диагностики гинекологических и хирургических заболеваний встречаются достаточно часто и обусловлены в основном схожестью клинической симптоматики. В экстренном порядке в отделение гинекологии Морозовской ДГКБ поступила девочка М., 14 лет. Из анамнеза известно, что у девочки появились боли в животе, повышение температуры тела до 38 С. В связи с тем, что боли в животе не уменьшались, обратились в частный медицинский центр, где при УЗ-исследовании органов малого таза было выявлено объемное образование правого яичника диаметром до 6 см, расцененное как эндометриоидная киста, гинекологом назначена гормональная терапия. Несмотря на проводимую терапию, боли в животе не уменьшались, сохранялась повышенная температура тела. Мама с ребенком обратились в другой медицинский центр, где состояние девочки было расценено как проявления кишечной инфекции, назначена противовоспалительная терапия. Несмотря на проводимую противовоспалительную терапию, боли в животе у девочки лишь усиливались, появилась слабость, чувство тошноты, озноб. Температура тела на протяжении всего времени держалась от 37,8 С до 38,6 С, в связи с чем мама с девочкой решили обратиться в ГКБ одного из городов МО, где было проведено УЗ-исследование органов малого таза, заподозрен перекрут правых придатков матки и направлена в отделение гинекологии МДГКБ для оперативного лечения в экстренном порядке. Состояние при поступлении средней степени тяжести, жалобы на выраженные боли внизу живота, слабость, чувство тошноты. В приемном отделении МДГКБ осмотрена хирургом, гинекологом, взят общий анализ крови, выявлен выраженный лейкоцитоз, проведено УЗИ органов малого таза: эхографические признаки кистозного образования больших размеров правого яичника с усиленным кровотоком. По итогам клинко-лабораторных исследований и детального изучения анамнестических данных заподозрен аппендикуляр-

но-генитальный синдром, tuboовариальное образование справа, острый аппендицит, перитонит. Принято решение об экстренном оперативном вмешательстве. Выявлено: во всех отделах визуализируется обильный гнойный выпот с наложением фибрина в малом тазу, латеральных каналах, над- и подпеченочном, межпетельном пространстве. Брюшина резко отечна, гиперемирована, с налетом фибрина. Справа яичник грязно-серого цвета, увеличен до 60х50х60 мм, маточная труба справа резко гиперемирована, отечна, спаяна с яичником, париетальной брюшиной и петлями кишечника. При ревизии обнаружен червеобразный отросток, расположенный в нисходящем направлении. Отмечается выраженный спаечный процесс в малом тазу. Верхушка аппендикса располагалась в Дугласовом пространстве, аппендикс некротизирован, грязно-серого цвета, с деструкцией стенки. Выполнена аппендэктомия лигатурным способом. Произведена резекция правого яичника, получен и удален гной в количестве 20 мл, взят посев. Установлены дренажи. Послеоперационный диагноз: Гангренозно-перфоративный аппендицит. Разлитой гнойный перитонит. Пиовар справа. В послеоперационном периоде находилась в отделении реанимации, далее в отделении хирургии и гинекологии. Дренажи удалены на 4-е послеоперационные сутки. На 10-е сутки девочка выписана домой в удовлетворительном состоянии.

Заключение: на протяжении достаточно длительного времени у девочки с абдоминальным болевым синдромом и температурной реакцией организма не был назначен общий анализ крови, консультация хирурга, УЗИ брюшной полости, что помогло бы вовремя диагностировать описанное выше состояние.

АНОМАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, ПРИВОДЯЩИЕ К ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫМ СОСТОЯНИЯМ

Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Осипова Г.Т., Тарбая Н.О., Моксякова Е.Г.

Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Аномальные маточные кровотечения пубертатного периода (АМКПП) являются наиболее часто встречаемой патологией у девочек-подростков. Терапия маточных кровотечений сводится к двум основным задачам: остановке кровотечения, профилактике рецидивов. Рецидивирующие и затяжные кровотечения приводят к развитию основного заболевания – хронической постгеморрагической анемии. На базе гинекологического отделения Морозовской ДГКБ нами было проведено обследование 45 девочек в возрасте от 11 до 15 лет с АМКПП, осложнившимися железодефицитной анемией (ЖДА).

Дизайн исследования включал: сбор анамнеза и оценку клинических и биохимических показателей на протяжении двух месяцев проводимой корректирующей терапии (отделение в сыворотки крови гемоглобина (Hb), эритроцитов (RBC), сывороточного железа (СЖ), гематокрита (Ht), среднего содержания гемоглобина в эритроците (МСН), средней концентрации гемоглобина в одном эритроците (МСНС), среднего объема эритроцита (MCV)). 15 (33.4%) девочкам с постгеморрагической анемией тяжелой степени (гемоглобин (Hb) ниже 70 г/л) в условиях реанимации производилось переливание свежзамороженной плазмы и эритроцитарной массы. Далее коррекция железодефицитных состояний проводилась введением железа (III) гидроксид сахарозный комплекс, через день в течение десяти дней. На фоне проводимой терапии отмечалось значительное повышение уровня гемоглобина до 110 г/л, гематокрита, средней концентрации гемоглобина в одном эритроците, среднего содержания гемоглобина в эритроците и сывороточного железа. Девочкам с постгеморрагической анемией средней степени тяжести (гемоглобин (Hb) от 90 до 70 г/л) коррекция железодефицитных состояний проводилась

инъекционным введением антианемических препаратов в течение 10-12 дней, далее переход на пероральные формы приема. Всем девочкам с постгеморрагической анемией легкой степени тяжести (гемоглобин (Hb) ниже 115 г/л до 90 г/л) терапия проводилась в течение двух месяцев пероральными антианемическими средствами. За время наблюдения у всех девочек отмечались положительные сдвиги в клинических и лабораторных показателях. Достоверный прирост уровня гемоглобина наблюдался в течение суток на фоне введения эритроцитарной массы, через 1-2 недели на фоне внутривенного введения препарата железа и в конце второй, начале третьей недели на фоне перорального приема антианемических средств. Через 8 недель лечения показатель гемоглобина у большинства девочек был в пределах нормы. Таким образом, правильно подобранная и сбалансированная противанемическая терапия приводит к успешному излечению железодефицитных состояний у девочек с АМКПП.

СТРУКТУРА РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

*Акмаева Л.М., Платонова С.Е., Безрукова Д.А., Богданьянц М.В.,
Хазова Г.С.*

*Астраханский государственный медицинский университет,
Детская городская поликлиника №1, Астрахань*

Аутизм – одна из наиболее сложных и серьезных проблем педиатрии. Данный синдром отражает особую форму защиты ребенка от многообразия внешнего мира – защиты патологической, т.е. наносящей ущерб самому защищающемуся за счет приостановки или искажения развития. В последние годы отмечен выраженный рост аутизма, в особенности в раннем детском возрасте, что диктует необходимость изучения причинно-значимых факторов риска, раннего выявления и своевременной коррекции данного заболевания. Цель и задачи исследования: Проанализировать клинико-anamnestические факторы риска, поведенческую активность, изменения на ЭЭГ у детей с ранним детским аутизмом.

Материалы и методы: Из 214 обследованных неврологом детей за период с 2012 по 2015 гг. было выявлено 25 детей в возрасте до 4 лет (18 мальчиков и 7 девочек) с ранним детским аутизмом. У всех детей во сне регистрировалась ЭЭГ, проведен осмотр неврологом. Результаты: У данных детей заболевание формировалось в результате нарушения общения и любых форм социального взаимодействия (вплоть до полного отказа от контакта с социумом), интеллектуальное развитие характеризовалось неравномерностью. У малышек до 1 года формировалось нарушение поведения: у 6 детей (24 %) отмечалось отсутствие или «вялость» комплекса оживления, недостаточная реакция на внешние раздражители, проблемы с речью – отсутствие гуления и звукоподражания. У более старших детей (в возрасте 2-3 лет) в 7 случаях (22%) выявлялась эхолалия. Вместе с тем, у некоторых детей с аутизмом наблюдалось быстрое и раннее развитие речи. 3 ребенка (12%) пересказывали и запоминали целые куски текста, но не могли объяснить переносный смысл речи. В коммуникативной сфере 9 обследованных (36%) не проявляли интереса к детям, окружающим людям, избегали знакомства, игнорировали окружающих, не узнавали себя в зеркале, у 5 детей (20 %) отмечалась повышенная чувствительность к световым, слуховым, тактильным, температурным раздражителям. В эмоциональной сфере у 14 детей (56 %) периодически фиксировались приступы гнева, стереотипные движения. Среди неблагоприятных клинико-anamnestических факторов у 12 детей (48%) с аутизмом отмечено внутриутробное гипоксически-ишемическое поражение ЦНС. У 3 детей (12%) наблюдалась непереносимость казеина, глютенa. По результатам ЭЭГ формирование корковой ритмики у всех детей

с аутизмом соответствовало возрасту. В затылочных областях у всех детей с аутизмом отмечалась пароксизмальная активность, в виде морфологии острая-медленная волна с доброкачественными эпилептиформными паттернами детства и/или преходящее региональное замедление ритма в затылке в форме дельта-волны. У малышек до года выявлялась гипсаритмия, детерминированная в затылочной области (прогностически неблагоприятный синдром по аутизму). Зависимости тяжести течения аутизма от пола ребенка не установлено.

Выводы: Отмечена высокая частота внутриутробного гипоксически-ишемического поражения ЦНС у детей с аутизмом, пароксизмальная активность в затылочных областях с доброкачественными эпилептиформными паттернами детства и/или преходящее региональное замедление ритма в затылочной области в форме дельта волны. У малышек до года в затылочной области выявлялась гипсаритмия.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СИНДРОМА ШТУРГЕ–ВЕБЕРА

*Аникеева Н.А., Грехова Л.П., Горкина Л.Ф., Шумилина М.В.,
Емелькина Е.И.*

*Рязанский государственный медицинский университет, Городская
клиническая больница №11, Рязань*

Введение: Синдром Штурге-Вебера (энцефалотригеминальный ангиоматоз) является спорадическим заболеванием с семейными единичными случаями. Встречается с частотой 1:50000 новорожденных. Характеризуется ангиомами сосудов лица, которые располагаются в зоне иннервации ветвей тройничного нерва, ангиомами мягкой мозговой оболочки, симптоматической эпилепсией, глаукомой, развитием гемипарезов, задержкой нервно-психического развития, изменениями эмоционально-волевой сферы.

Цель исследования: Изучить динамику течения синдрома Штурге-Вебера на примере клинического случая.

Результаты: Пациент N, 14 лет, ребенок от II беременности I родов. I беременность закончилась абортom. Роды физиологические, в срок на 39 неделе. Родился с показателями: Мт-3400 г., Дт-52 см. Наследственность неотягощена. С рождения – ангиома кожи лица с левой стороны в области иннервации I и II ветви тройничного нерва, расцененная как родимое пятно. До 5 месяцев ребенок развивался соответственно возрасту. В 5 месяцев – дебют неврологической симптоматики: приступ тонико-клонических судорог на фоне ОРВИ, развитие правостороннего гемипареза. Госпитализирован в детское неврологическое отделение ГКБ №11 г. Рязани, где впервые установлен диагноз: синдром Штурге-Вебера. Диагноз подтвержден данными МРТ: умеренная гипоплазия левой гемисферы, сосудистые мальформации левого полушария головного мозга. Приступы судорог продолжались до 5 лет, затем до 8-летнего возраста отмечалась стойкая ремиссия на фоне противосудорожной терапии. Последний приступ в 8 лет, спровоцирован травмой. В 4 года ребенок прооперирован по поводу глаукомы. В настоящий момент зрение удовлетворительное. Психиатром выявлена задержка личностного развития, изменение личности по органическому типу. В 13 лет проходил углубленное обследование в сосудистом центре им. А.Н. Бакулева в г. Москве. На МРТ признаки прогрессирующего течения, картина наружной гидроцефалии левого полушария на фоне выраженной гипоплазии левой гемисферы. Множественные сосудистые мальформации правого и левого полушарий головного мозга. По данным МР-ангиографии – гемодинамически значимых стенозов, аневризм интракраниальных артерий не выявлено. Подтверждены признаки артерио-венозных мальформаций в левой лобной доле. Также наблюдается выраженная гипоплазия левого полушария и асимметричность в кровоснабжении полушарий. Проведена кон-

сультация нейрохирурга: оперативное вмешательство не показано. Ежегодно ребенок госпитализируется в детское неврологическое отделение для динамической оценки неврологической симптоматики и коррекции противосудорожной терапии. На видео-ЭЭГ-мониторинге в состоянии бодрствования регистрируется эпилептиформная активность в виде острых волн. У мальчика наблюдается выраженное отставание в нервно-психическом развитии, изменение эмоционально-волевой сферы – ребенок агрессивен, злопамятен, импульсивен, отмечается умеренно выраженный гемипарез справа. Вывод: Представленный случай является классическим примером синдрома Штурге–Вебера. При наличии у пациента характерных фенотипических признаков, врачи различных специальностей должны быть насторожены в плане своевременной диагностики данного синдрома, что позволит вовремя поставить диагноз и определить дальнейшую тактику ведения ребенка, а также обеспечить медико-генетическое консультирование членов семьи.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ СЕПТОПЛАСТИКИ

Асманов А.И., Злобина Н.В., Пивнева Н.Д.

Обособленное структурное подразделение - Научно-исследовательский клинический институт педиатрии им. академика Ю.Е. Вельтищева, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение Высшего образования Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Министерства здравоохранения РФ, Москва

Актуальность: За последние 30 лет частота аллергической патологии в детском возрасте неуклонно растет. На качество жизни пациентов с аллергической патологией дыхательных путей негативное влияние оказывает наличие сопутствующей патологии верхних дыхательных путей: искривление перегородки носа, гипертрофический ринит, полипозные риносинуситы. Наиболее частой патологией, влияющей на течение аллергических процессов, является искривление перегородки носа. Принято считать, что хирургическую коррекцию данной патологии рекомендовано проводить в возрасте от 15 лет и старше. Однако существенное негативное влияние на качество жизни ребенка затруднения носового дыхания, особенно при сопутствующем аллергическом рините, заставляет искать щадящие методики хирургического лечения. Это позволит проводить септопластику детям любого возраста и улучшить качество жизни пациента с аллергической патологией.

Цель: Разработка и оценка качества метода щадящей септопластики у детей с сопутствующей аллергической патологией.

Материалы и методы: На базе отделения оториноларингологии НИКИ педиатрии им. Е.Ю. Вельтищева проведено оперативное лечение 63 пациентам с диагнозом: искривление перегородки носа. В исследование были включены пациенты в возрасте от 5 до 17 лет с жалобами на затруднение/отсутствие носового дыхания, головные боли, отделяемое из носа, ночное апноэ сна, повышенная утомляемость. У всех детей сопутствующие диагнозы были установлены: бронхиальная астма и аллергический ринит. В анамнезе у 32 (50,7%) пациентов были рецидивирующие риносинуситы, неоднократные курсы антибактериальной терапии. Все пациенты находились на диспансерном наблюдении у аллерголога и получали базисную терапию. Всем пациентам проведено рутинное оториноларингологическое обследование, эндоскопия полости носа и носоглотки, что позволило исключить сопутствующую патологию ЛОР-органов. Для объективной оценки носового дыхания всем пациентам проведена передняя активная риноманометрия и акустическая

ринометрия (RHINO производства Happersberger Otopront GmbH). Всем пациентам проведено оперативное вмешательство с применением эндоскопического эндоназального доступа. На слизистой перегородке носа выполнялся разрез параллельно дну полости носа в месте наибольшей деформации, костные фрагменты перегородки удалялись щипцами, четырехугольный хрящ фрагментировался и выполнялась его репозиция. Перегородка фиксировалась силиконовыми сплинтами. На 2-е сутки после оперативного вмешательства производилось удаление тампонов. Пациенты были выписаны из стационара на 5-е сутки после операции. На 10-е сутки производилось удаление сплинтов.

Результаты: Катамнестическое обследование пациентов проводилось через 1 мес., 6 мес. и 12 мес. Все пациенты отмечали улучшение качества жизни, отсутствие постоянного затруднения носового дыхания, снижение ринореи, уменьшилась частота обострений аллергического ринита. При эндоскопическом обследовании у пациентов не отмечалось деформации перегородки носа, при активной риноманометрии отмечено существенное улучшение показателей носового дыхания.

Заключение: Примененный нами метод эндоскопической септопластики позволяет проводить хирургическую коррекцию искривления перегородки носа пациентам любой возрастной группы, что позволяет существенно улучшить качество жизни. Щадящая методика резекции позволяет сократить послеоперационный период, уменьшить послеоперационный отек и риск развития синехий и рубцов слизистой полости носа. Данная методика может быть рекомендована при ведении пациентов с искривлением полости носа и сопутствующей аллергической патологией.

ПОКАЗАТЕЛИ МАССЫ И РОСТА У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА

Бавыкина И.А., Перцева М.В.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, Воронеж

Актуальность: Физическое развитие – один из наиболее важных критериев оценки состояния здоровья детей. Дети с синдромом Дауна (СД) имеют сниженный темп роста, причина которого однозначно не ясна. Существует мнение, что оценивать темпы роста детей с трисомией хромосомы 21 по графикам, разработанным для здоровых детей, не информативно. Для оценки их физического развития необходимо применять специально разработанные таблицы с учетом расово-этнических особенностей конкретного региона.

Цель исследования: Оценить массо-ростовые показатели у детей с синдромом Дауна.

Материалы и методы: В исследовании принимали участие 23 ребенка с синдромом Дауна в возрасте от 2,5 до 15 лет, проживающих на территории Воронежской области. Всем детям проведена оценка физического развития по стандартным перцентильным таблицам РФ. Результаты исследования и их обсуждение: При оценке физического развития детей с синдромом Дауна установлено, что более половины детей имеют средние значения роста 56,6% (13 чел.). Высокий рост (>97 перцентиль) отмечался у 8,7% (2 чел.), сниженный рост наблюдается у 21,7% детей (5 чел.): (3-10 перц. ряды), а 3 ребенка (13%) имеют рост, соответствующий коридору <3 перцентильного ряда. Таким образом, треть детей имеет снижение роста, каждый седьмой- восьмой ребенок имеет низкий рост, а у каждого четвертого-пятого показатель определяется как ниже среднего.

Обратные изменения физического развития диагностированы при оценке массы тела в зависимости от роста, здесь отмечается преобладание высоких показателей. Нормальные показатели массы тела по отношению к росту (25-75 перц. ряды) выявлялись у

каждого третьего обследуемого (30,6%, 7 чел.). Низкая масса тела (<3 перцентильного ряда) отмечалась всего у 1 ребенка (4,3%), а масса тела ниже средних значений (в интервале 10-25 перц. рядов) у 4 человек (17,4%). Промежутку от 75 до 90 перцентильных рядов соответствовала масса тела 21,7% детей (5 чел.), коридору 90-97 перц. рядов 13% исследуемых (3 чел.) и выше 97 – у 3 пациентов (13%). Таким образом, у каждого второго ребенка наблюдается увеличение массы тела в зависимости от роста, что расходится с исследованием Пискун Т.А. с соавторами (2016г.), где установлено, что при оценке по стандартным таблицам для здоровых детей большинство детей с СД имели низкие и ниже среднего показатели веса. Полученные в результате исследования данные свидетельствуют, что дети с синдромом Дауна имеют нарушения физического развития. Это нарушение проявляется в изменении как роста, так и массы тела. Каждый третий ребенок имеет изменение роста с преобладанием низких значений (34,7%), также каждый третий имеет изменение массы тела, главным образом ее увеличение (34,7%). Исследование наглядно отображает необходимость создания отечественных перцентильных таблиц, специализированных для детей с синдромом Дауна, для более объективной оценки и стандартизации результатов. Научная работа выполнена на средства гранта Президента по государственной поддержке молодых российских ученых-кандидатов наук, № гранта МК-114.2017.7

ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ В РАЗВИТИИ РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ И ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ

Балашова Л.М., Кузнецова Ю.Д., Коробова Л.С.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение Высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова» Министерства здравоохранения России, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Морозовская детская клиническая больница» ДЗМЗ, ГБУЗ «городская клиническая больница №15» Департамента здравоохранения Москвы, Некоммерческое партнерство «Международный научно-практический центр пролиферации тканей» России, Москва

Введение: Ретинопатия недоношенных и диабетическая ретинопатия является причиной слепоты и слабозрения как у пожилых больных, так и у людей трудоспособного возраста, а также у детей. Особенно пролиферативные формы заболевания.

Цель исследования – изучение уровней цитокинов при пролиферативном синдроме у детей с ретинопатией недоношенных (РН) и больных диабетической ретинопатией (ДР) пожилого возраста и детей, рожденных в срок и доживших до 16-18 лет.

Материалы и методы исследования: Обследовано 126 пациентов (252 глаза: 186 больных глаз, 66 здоровых парных глаз) в возрасте от 1,5 месяцев до 80 лет. Кровь для исследования из периферической вены взята на операционном столе до операции. Обследованы 34 больных (48 глаз) с пролиферативной диабетической ретинопатией, из них – в возрасте от 16 до 32 лет с сахарным диабетом I типа – 14 пациентов (8 мальчиков, 6 девочек), в возрасте от 59 до 80 лет с сахарным диабетом второго типа – 20 больных и пациентов (14 женщин, 6 мужчин), с IV-V стадиями ретинопатии недоношенных в возрасте от 1,5 месяцев до 1 года – 29 больных (58 глаз) (16 мальчиков, 13 девочек), из них активная стадия – 20 больных (40 глаз), регресс и рубцовая стадия – 9 пациентов (18 глаз). Недоношенные дети имели в анамнезе перинатальное поражение центральной нервной системы II-III степени, анемию недоношенных, внутриутробную пневмонию с дыхательной недостаточностью 1-3 степени, ишемическое поражение перивентри-

кулярной области, внутрижелудочковые кровоизлияния II-III степени, некротизирующий энтероколит, изменение гемодинамики в связи с пороками развития сердечно-сосудистой системы. Исследовано 38 проб стекловидного тела, взятых во время витрэктомии: 12 – у пожилых больных с пролиферативной диабетической ретинопатией, 7 – у взрослых молодых людей с пролиферативной диабетической ретинопатией и 19 – у детей с ретинопатией недоношенных, из них 12 – у больных с активной стадией РН, 7 – у больных с рубцовой стадией РН. Контрольные группы (КГ) составили 20 пожилых здоровых людей (40 глаз) в возрасте от 61 до 79 лет (мужчины и женщины поровну), 12 здоровых молодых людей (24 глаза) в возрасте 16-18 лет (мужчины и женщины поровну), 14 соматически здоровых дети (18 глаз) с катарактой и 12 соматически здоровых детей (17 глаз) с глаукомой в возрасте до 1 года (мальчики и девочки поровну). Исследовано 19 проб жидкости передней камеры, взятых во время операции: 12 – у больных катарактой и 7 – у больных глаукомой. В дополнительную контрольную группу вошли также 5 больных с острыми воспалительными заболеваниями – острый аппендицит, острый артрит, острый аднексит с сопутствующей хирургической патологией, у которых наблюдался в крови лейкоцитоз и которые были прооперированы. Со стороны глаз патологических изменений не было выявлено. Была произведена идентификация физиологически активных веществ – цитокинов IL1b, IL1a, IL6-1, IL6-2, IL7, IL8, IL10, IL12, IL18. TNF, IGF1, IFNg, VEGTA, CSF, HIF, IL1R, ILGR, VEGFR, IFNgR1, IFNgR2, CSFRA, TNFR1A, TNFR18, IGF1R, FGF1R, FGF1 с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР-амплификатор BioRad IQ-5). Оценка уровней цитокинов была произведена по 10-балльной шкале.

Заключение: При исследовании с помощью полимеразной цепной реакции крови и внутриглазных жидкостей ретинопатией недоношенных до года, взрослых и подростков с сахарным диабетом, в качестве контрольных групп и групп сравнения – здоровых пожилых людей и подростков, соматически здоровых детей до года с катарактой и глаукомой и больных с воспалительными заболеваниями организма, сопровождающимися лейкоцитозом, было определено, что наиболее высокие уровни различных цитокинов были выявлены при ретинопатии недоношенных и при диабетической ретинопатии всех возрастов. Наши наблюдения являются основой для разработки новых видов коррекции клинических нарушений при данных заболеваниях.

АЛГОРИТМ НАЗНАЧЕНИЯ МЕТОДОВ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Батышева Т.Т., Платонова А.Н., Шиошвили В.А., Быкова О.В., Глазкова С.В., Исаичева В.В.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-практический центр детской психоневрологии» Департамента здравоохранения Москвы, Москва

Актуальность: Учитывая тот факт, что, согласно современной мировой статистике, происходит постепенное «омоложение» больных с ишемическим инсультом, реабилитация таких пациентов является важной медицинской и социальной проблемой. Среди инвалидирующих постинсультных дефектов ведущая роль принадлежит двигательным нарушениям. Негативное влияние на восстановление движений могут оказывать расстройства мышечно-суставного чувства и артропатии. Скорость и степень восстановления зависят от размеров, локализации очага поражения, этиологического фактора и времени, прошедшего после сосудистой катастрофы.

Цель: Разработать программу физиотерапевтического воздействия у детей с последствиями ишемического инсульта.

Материалы и методы: На основании многолетнего наблюдения и восстановительного лечения детей с последствиями ишемического

инсульта на базе ГБУЗ НПЦ ДПН разработан алгоритм назначения методов физиотерапевтического лечения.

Результаты: Физиотерапевтические процедуры назначаются не ранее чем через 6 недель после инсульта. Рекомендуется применение патогенетических и симптоматических типов физиотерапевтических методик. Патогенетическая физиотерапия: 1. электрофорез растворов вазоактивных препаратов (эуфиллин, никотиновая кислота, но-шпа, новокаин и др.) по воротниковой методике; 2. постоянное и переменное магнитное поле на шейно-воротниковую область; 3. общие морские, хвойные, жемчужные, углекислые ванны (не ранее чем через 6 месяцев после инсульта). Симптоматическая физиотерапия: 1. Лечение мышечной спастичности (парафиновые или озокеритовые аппликации на паретичную конечность в виде носка, чулка и т.п.; постоянное и переменное магнитное поле на спазмированные мышцы и группы мышц; электрофорез растворов спазмолитических препаратов на соответствующие мышцы и группы мышц). Стимулирующая физиотерапия при двигательных и трофических нарушениях (при отсутствии выраженной спастичности). На первом этапе – щадящие методики: вазоактивная электростимуляция на паретичные конечности с помощью аппарата БодиДрейн. На втором этапе – электростимуляция синусоидальными модулированными токами соответствующего нерва и иннервируемых паретичных мышечных групп. На третьем этапе проводится магнитная стимуляция паретичных мышц («Амит» или аналогичные аппараты). В дальнейшем могут проводиться курсы электростимуляции синусоидальными модулированными токами собственно паретичных мышечных групп. Противоболовая физиотерапия (местно на сустав): тепловые процедуры (парафин, озокерит); ультразвук (фонофорез) и электрофорез анальгетиков; постоянное и переменное магнитное поле; диадинамические или синусоидальные модулированные токи; применение токов Дарсонваля. Восстановление речи – применяется электростатическое поле от аппарата «Хивамат» на артикуляционную мускулатуру и дно ротовой полости. Заключение: Важное значение в реабилитации, начиная с раннего восстановительного периода, приобретает степень активного вовлечения молодого пациента в процесс восстановления утраченных функций. Эффективность решения данной задачи зависит как от степени и тяжести поражения, так и от возраста.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РУБРИКИ F 84.8 (ДРУГИЕ ОБЩИЕ РАССТРОЙСТВА РАЗВИТИЯ) В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ДЕТСКИХ ВРАЧЕЙ- ПСИХИАТРОВ И ВРАЧЕЙ-НЕВРОЛОГОВ

Батышева Т.Т., Типсина Н.В., Проскурина Ю.К., Уханова А.Н., Кирсанова Е.Ю.

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Научно-практический центр детской психоневрологии»
Департамента здравоохранения Москвы, Москва*

Актуальность: Клинический диагноз выполняет множество функций, тем не менее основополагающей функцией является прогностическая, которая позволяет врачу порекомендовать эффективное специфическое лечение, а также обеспечить пациента и его семью прогнозом по поводу дальнейшего течения болезни. Если понимание диагноза является достаточно четким, то возможным становится предотвращение осложнений некоторых заболеваний. Некорректная диагностика потенциально может исказить фундаментальные аспекты ее клинического использования, такие как: 1) направление базовых и клинических исследований; 2) подсчет бремени болезни и ее экономического влияния; 3) помощь в принятии решений касательно льгот, компенсирования затрат и судебных аспектов. Материалы и методы: В настоящее время, работая с международной классификацией болезней 10-го пересмотра, врачи-клиницисты

вынуждены устанавливать диагноз в соответствии с имеющейся синдромальной структурой состояния, то есть опираться на конкретные симптомы. В рубрике F8 МКБ-10 описаны те нарушения, которые имеют наибольшее значение в практике детского врача-психиатра, детально прописаны разделы, посвященные специфическим расстройствам речи и языка, учебных навыков, моторных функций, в то время как четко проработанных критериев для определения задержки темпа психического развития не предоставлено.

Результаты: Согласно данным статистики работы отделения дневного стационара №6 «НПЦ ДП» ДЗМ за 2017 год, самым частым диагнозом, служившим основанием для направления ребенка на курс реабилитации в отделение, являлись «другие общие расстройства развития» – F 84.8, часто обозначаемые как «задержка психо-речевого развития». Широко известно, что злоупотребление рубриками МКБ-10 с определением «другое расстройство» или «прочее расстройство» считается нежелательным, так как такая тактика препятствует использованию диагноза как инструмента клинической практики. В ситуации же, когда такой диагноз, не имеющий критериев диагностики кроме критериев исключения, становится одним из наиболее часто используемых, можно с уверенностью говорить о том, что статистические данные будут практически неприменимы. Данное затруднение вызвано в первую очередь недостаточной проработкой критериев диагностики относительно атипичных состояний в детской психиатрии.

Выводы: В последнее время наиболее актуальным становится ведение пациентов с учетом конкретных этиологических аспектов, что постепенно внедряется и в процесс диагностики. Многообещающим является появление рубрики нейрокогнитивных расстройств в доступной версии МКБ-11. С учетом сложившейся ситуации, на данном этапе также возможно рассмотрение возможности более широкого внедрения, развития и использования многоосевой диагностики в психиатрии. Важным представляется единый подход в диагностике и лечении детей между врачами-неврологами и врачами-психиатрами.

ПРИНЦИПЫ УХОДА ЗА ДЕТЬМИ – ХРОНИЧЕСКИМИ КАНЮЛЕНОСИТЕЛЯМИ

Борисов А.С.

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Морозовская детская городская клиническая больница
Департамента здравоохранения Москвы», Москва*

Цель исследования: Выявить особенности позиционирования детей-канюленосителей, основные элементы расходного материала при осуществлении ухода за стомой и канюлей. Оценить микробный пейзаж отделяемого трахеи у канюленосителей как прогностический маркер выбора стартовой антибактериальной терапии.

Материалы и методы: представлены основные сведения об уходе за детьми-канюленосителями, опубликован основной расходный материал при оказании паллиативной медицинской помощи (ПМП). Проанализировано 19 и/б пациентов с трахеостомой, из них 7 на респираторной поддержке аппаратом ИВЛ. Оценен микробный пейзаж отделяемого трахеи в течение 3-х месяцев 19 пациентов.

Результаты: выявлены основные особенности ухода и позиционирования детей-канюленосителей. Выявлен качественный состав отделяемого трахеи детей-канюленосителей. Перечислены основные элементы расходного материала по уходу за канюлей.

Заключение: Таким образом, дети – хронические канюленосители имеют ряд особенностей, требующих особых мер ухода и контроля. Многие проблемы призвана решать служба паллиативной медицинской помощи.

КОНСТИТУЦИОНАЛЬНАЯ ЗАДЕРЖКА ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ У МАЛЬЧИКОВ: ПРЕДИКТОРЫ СТАРТА ПУБЕРТАТА

Бржезинская Л.Б., Самсонова Л.Н., Латышев О.Ю., Окминян Г.Ф., Киселева Е.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения РФ, Москва

Цель исследования: Изучить клинико-гормональные предикторы старта пубертата у мальчиков с конституциональной задержкой полового развития.

Материалы и методы: В исследование включены 42 мальчика с задержкой полового развития. Критерии включения: возраст >13,5 лет, объем гонад <3 см³, тахЛГ >10 МЕ/л на пробе с гонадолиберинном. Критерии невключения: гипергонадотропный гипогонадизм, хронические заболевания, влияющие на половое развитие. При первичном обращении в возрасте 14,5±0,7 года оценивали антропометрические показатели, костный возраст, объем гонад методом эховолюметрии, размер кавернозных тел, концентрацию гормонов в сыворотке крови (ТТГ, свТ4, пролактин, ИФР-1, инсулин, ДГЭАс, кортизол, ЛГ, ФСГ, эстрадиол, тестостерон, ГСПГ, индекс свободного тестостерона, ингибин В, антимюллеров гормон). У всех пациентов через 0,9 [0,8;1,1] года оценили стадию полового развития по шкале Таннер. В зависимости от стадии полового развития мальчиков разделили на две группы: Таннер ≥2 (n=33) и Таннер 1 (n=9). Проведен анализ исходных клинико-лабораторных показателей двух групп пациентов и поиск предикторов старта полового развития в течение первого года наблюдения. Статистический анализ полученных результатов проводился с использованием программ StatSoft Statistica 7.0, SPSS Statistics 17.0, Microsoft Excel 2010. Для сравнения двух независимых выборок использовался критерий Манна-Уитни. Статистически значимыми считались различия при величине $p \leq 0,05$. Для оценки эффективности метода диагностики рассчитывалась чувствительность и специфичность с помощью ROC-анализа.

Результаты: При первичном обращении пациенты обеих групп были сопоставимы по возрасту (14,5±0,7 vs 14,6±0,9 лет, $p=0,8$), по показателям фактического роста (Me SDSроста -1,7 vs -2,2, $p=0,1$), массы тела (Me SDSмт 0,07 vs -0,03, $p=0,3$), костного возраста (Me SDSкостного возраста -2,5 vs -3, $p=0,3$), размеру кавернозных тел (4,1±0,8 vs 4,1±1,1 см, $p=0,6$) и содержанию ТТГ (Me 2 vs 2,2 мМЕ/л, $p=0,9$), св Т4 (Me 13,1 vs 12,7 пмоль/л, $p=0,5$), пролактина (Me 139,5 vs 201 мМЕ/л, $p=0,1$), ИФР-1 (Me 202,4 vs 187,6 нг/мл, $p=0,8$), ДГЭАс (Me 3,7 vs 3,2 мкмоль/л, $p=0,3$), кортизола (Me 376,5 vs 379 нмоль/л, $p=0,8$), инсулина (Me 5,3 vs 4 мкЕд/л, $p=0,4$), ЛГ (Me 1,3 vs 1,1 мЕд/мл, $p=0,3$), ФСГ (Me 2,6 vs 2,02 МЕ/л, $p=0,7$), ГСПГ (Me 81,2 vs 96,6 нмоль/л, $p=0,7$), индекса свободного тестостерона (Me 1,8 vs 1 %, $p=0,1$), эстрадиола (Me 52,5 vs 48,1 пмоль/л, $p=0,7$) в сыворотке крови. Однако выявлено, что мальчики с Таннер ≥2 при первичном обследовании значимо меньше отличались от целевого роста (Me SDSотстояние от целевого роста -1,6 vs -2,2, $p=0,05$), имели значимо больше объем гонад (Me УЗИ гонад 2,3 vs 1,4 см³, $p=0,001$), более низкую концентрацию антимюллерова гормона (Me 22,8 vs 57,3 нг/мл, $p=0,03$) и более высокую концентрацию тестостерона (Me 1,4 vs 0,8 нмоль/л, $p=0,03$), ингибина В (Me 144,3 vs 120,9 пг/мл, $p=0,03$) в сыворотке крови по сравнению с группой мальчиков - Таннер 1. Наиболее информативными предикторами старта полового развития в течение первого года наблюдения являлись тестостерон >0,9 нмоль/л (чувствительность 81,3%, специфичность 67%), ингибин В >143 пг/мл (чувствительность 57%, специфичность 100%), тестикулярный объем >1,7 см³ (чувствительность 75,8%, специфичность

100%), Однако комбинация таких критериев, как содержание в сыворотке крови ингибина В >143 пг/мл с объемом гонад >1,7 см³, повышала чувствительность до 88% при специфичности 100%.

Заключение: Установлены клинико-гормональные предикторы старта полового развития в течение первого года у мальчиков с конституциональной задержкой полового развития. Так, комбинация ингибина В >143 пг/мл в сыворотке крови в сочетании с объемом гонад >1,7 см³ имеет наилучшую чувствительность 88% и специфичность 100% в прогнозировании старта полового развития в течение первого года наблюдения у мальчиков с конституциональной задержкой полового развития.

ДИАГНОСТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Бритикова Е.А., Торбина О.И.

Самарский государственный медицинский университет, Областная клиническая больница им. В.Д.Середавина, Самара

Вероятность инфицирования ребенка ВИЧ-инфекцией женщиной во время беременности, родов, реже при кормлении грудным молоком по данным различных регионов России составляет от 1% до 30%. Известно, что в структуре путей распространения на инфицирование от матери плоду, ребенку приходится 1%. Цель исследования – на примере детей с ВИЧ-инфекцией и имеющих перинатальный контакт показать особенности клинических проявлений и диагностики.

Материалы и методы исследования: Ретро- и проспективно проанализированы истории болезни новорожденных и детей первого года жизни, прошедших обследование и лечение в отделениях СОКБ им. В.Д.Середавина. Сформированы две группы: первую группу составили больные, которым при жизни был выставлен диагноз ВИЧ-инфекция (2), вторую группу – дети, имеющие перинатальный контакт по ВИЧ (6).

Результаты: Первую группу составили новорожденный и ребенок 6 месяцев. Новорожденный доношенный мальчик родился от женщины 29 лет, имеющей в анамнезе ВИЧ-инфекцию, сифилис и хроническую никотиновую интоксикацию. По беременности женщина на учете не состояла и не была обследована. Роды быстрые, околоплодные воды мутные, однократное обвитие пуповины вокруг шеи. Вес при рождении 3300 граммов, рост 52 см, оценен по шкале Апгар 6-7 баллов, состояние тяжелое – гиперестезия, петехиальная сыпь на лице, тахипноэ, зависимость от кислорода. После рождения начата АРВТ по трехкомпонентной схеме. В первые сутки переведен в отделение реанимации новорожденных (ОРН), где находился 4 дня, и затем в ОПН до 1 месяца 5 дней. В процессе обследования исключены внутриутробные инфекции (ВУИ) методом ПЦР (цитомегаловирус, вирус простого герпеса, токсоплазмоз), подтвержден лабораторно и выставлен сопутствующий диагноз ранний врожденный сифилис (пролечен). Врожденная ВИЧ-инфекция, поставленная на основании двух анализов ПЦР (ДНК ВИЧ 1 обнаружен), двух положительных результатов иммунного блота и иммунограммы. Ребенок выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение врача-педиатра, специалистов СПИД-центра. Второй случай закончился летальным исходом. Мать из ближнего зарубежья, наркоманка со стажем 6 лет, с гепатитом С, с хронической никотиновой зависимостью, жила в притонах, при сроке 31 неделя взята кровь на ВИЧ и начато специфическое лечение. Беременность протекала с хронической фето-плацентарной недостаточностью (ХФПН), кольпитом, многоводием. Путем кесарева сечения родился мальчик с СЗВУР, на 18-й день жизни выписан из ОВН. За первые 6 месяцев ребенок перенес острую пневмонию, острый бронхит и ОРВИ дважды. Женщина рекомендации не выполняла по специфическому лечению и уклонялась от осмотра педиатра. В возрасте 6,5 месяцев госпитализи-

рован в тяжелом состоянии связанным с осложненным течением острой пневмонии. Дефицит массы тела ребенка составлял 25%, грубая задержка психомоторного развития, тахипноэ, тахикардия, гепатомегалия. Длительная ИВЛ, АРВТ по трех компонентной схеме начата в 7 месяцев после первого положительного анализа ПЦР. Вторую группу составили дети, имеющие перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции. Все женщины со стажем заболевания от 3 до 6 лет. Каждая третья в СПИД-центре не состояла и противовирусные препараты не получала. Беременность у всех протекала с осложнениями – ХФПН, гестозы, УПБ на фоне анемии (66,7%), гепатита С (33,3%). Роды преждевременные с ЭНМТ и ОНМТ (33,3% соответственно). С рождения состояние детей тяжелое по неврологической и дыхательной недостаточности (СДР), поэтому все прошли через ОРН. Тяжесть состояния детей обусловлена основными и сопутствующими заболеваниями. Всем детям с рождения профилактическое специфическое лечение. При обследовании на ВУИ только в одном случае выявлена острая цитомегаловирусная инфекция. Все дети были выписаны домой под наблюдение участкового врача-педиатра. Госпитализации на первом году жизни с целью реабилитации по основному заболеванию.

Заключение: Клиника внутриутробного инфицирования ВИЧ не имеет специфических клинических симптомов, поэтому для постановки ВИЧ-инфекции необходимо двукратное обследование методами ПЦР, иммуноблота. Вероятность инфицирования выше у детей, рожденных от женщин, не получавших специфического лечения. У ВИЧ-инфицированных беременных выше вероятность преждевременных родов.

АБСЦЕССЫ СТЕНОК ГЛОТКИ У ДЕТЕЙ

Булышко С.А., Солдатский Ю.Л., Денисова О.А., Северин Т.В.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Морозовская детская городская клиническая больница»
Департамента здравоохранения Москвы, Москва

Абсцессы глотки являются грозным бактериальным осложнением респираторных инфекций. По данным отечественной литературы, в структуре экстренной патологии ЛОР-органов доля пациентов с абсцессами глотки и шеи, в том числе парафарингеальных, составляет от 1,3% до 3,8%, являясь одной из наиболее частых причин госпитализации в стационар по поводу острых заболеваний глотки в детском возрасте. Среди абсцессов глотки в подавляющем большинстве наблюдений встречаются паратонзиллярные абсцессы, абсцессы стенок глотки (шеи) выявляют значительно реже – до 9% от общего числа этой группы больных. Раннее выявление и полноценное лечение абсцессов стенок глотки играет ключевую роль в снижении частоты развития опасных осложнений. Целью работы явилась разработка алгоритма диагностики и лечения абсцессов стенок глотки у детей.

Пациенты и методы: Проанализированы истории болезни 676 детей, получавших лечение в нашей клинике с мая 2015 по май 2018 года по поводу абсцессов глотки. От общего числа пациентов 38 детей (средний возраст 5,2 года) перенесли абсцессы стенок глотки (ретро- и парафарингеальные), что составило 5,6%. По данным анамнеза заболевание обычно развивается после перенесенной респираторной инфекции. У пациентов с абсцессами стенок глотки общими жалобами являются повышение температуры тела, боль в горле и шее, затруднение при движении в шейном отделе позвоночника. При осмотре явления интоксикации отмечаются у подавляющего большинства больных, зачастую отмечается вынужденное положение головы с ограничением подвижности в шейном отделе, асимметрия стенок глотки, редко возможен тризм. Основным методом диагностики абсцессов стенок глотки является КТ области шеи с

контрастным усилением, считается, что чувствительность этого метода составляет 100%. В связи с малым возрастом большинства пациентов КТ обычно проводят в условиях общей анестезии. В качестве инструментальной диагностики абсцессов глотки возможно использовать УЗИ, однако информативность этого метода, особенно у детей раннего возраста, является недостаточной. В некоторых случаях ретрофарингеального абсцесса при осмотре определялось выраженное выбухание задней стенки глотки. В тех случаях, когда диагноз не вызывал сомнений, а проведение КТ требовало дачи наркоза, проводилось вскрытие абсцесса в условиях общей анестезии без предварительной КТ (3 детей – 8%). При локализации абсцесса в ретрофарингеальном пространстве его вскрытие проводили в месте наибольшего выбухания. При расположении абсцесса в боковой стенке глотки, как правило, первым этапом хирургического лечения предлагаем проводить тонзиллэктомию, что облегчает хирургический доступ к парафарингеальному пространству, делает его более безопасным, учитывая расположение сосудисто-нервных пучков шеи, и является профилактикой рецидива воспаления. Вторым этапом производится вскрытие абсцесса через тонзиллярную нишу. При этом ни в одном случае не требовалось повторного дренирования абсцесса. Указанный способ отличается от общепринятого подхода у детей. Разработанный нами алгоритм включает: 1) Сбор анамнеза и жалоб. Ключевые позиции: Предшествующая ОРИ, боль в горле при отсутствии признаков острого тонзиллита, ограничение подвижности головы. 2) Для подтверждения диагноза и уточнения локализации – выполнение КТ области шеи с контрастным усилением. 3) При хирургическом лечении – вскрытие абсцесса в месте наибольшего выбухания, а при локализации в боковой стенке, особенно в глубоких слоях, первым этапом проведение тонзиллэктомии с последующим дренированием абсцесса через тонзиллярную нишу. Считаем, что только своевременное выполнение КТ области шеи с контрастным усилением позволяет правильно поставить окончательный диагноз и определить тактику лечения. При наличии абсцессов глотки рекомендовано проведение оперативного лечения в объеме вскрытия абсцесса и нередко абсцестонзиллэктомии.

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОСТНОЙ ПРОЧНОСТИ И КАЛЬЦИЙ-ФОСФОРНОГО ОБМЕНА У ТУБИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

Виноградова А.Г., Крутикова Н.Ю.

Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск

Введение: Процесс накопления костной массы в детском возрасте подвержен воздействию большого количества факторов. Внешние причины определяют около 20% плотности костной ткани, и их негативное воздействие может привести к критическому снижению пиковой костной массы. Продолжительное влияние хронической патологии внедряется в нормальное течение метаболических процессов, протекающих в организме, при этом костная ткань не является исключением. Несвоевременно проведенные диагностические и лечебные мероприятия, повышают риск возникновения переломов. Туберкулез может относиться к группе инфекционных заболеваний, обладающих подобным действием. Высокая инфицированность микобактериями туберкулеза среди детского населения подтверждает актуальность исследуемой проблемы.

Цель исследования: Изучить распространенность снижения минеральной плотности костной ткани у детей, инфицированных туберкулезом, в возрасте от 4 до 13 лет с применением количественной ультразвуковой сонометрии.

Материалы и методы: Обследовано 94 ребенка. 1 группа – 48 тубинфицированных пациентов (VI Б группа Д-учета); 2 группа – 46

детей с малой ортопедической патологией – 2 группа здоровья. Физическое развитие изучалось с использованием устройств для антропометрии, оценочных программ ВОЗ. Инструментальное обследование включало остеоденситометрию лучевой кости на уровне нижней трети и средней трети большеберцовой кости на приборе MiniOmni («Sunlight Medical Ltd») с использованием специального датчика и педиатрической программы для оценки z-score и SOS (скорость звука). Была проведена оценка кальций-фосфорного обмена. Статистическая обработка проводилась с помощью программ MS Excel, языка программирования R. Инструментальное обследование включало количественную ультрасонометрию большеберцовых костей на приборе MiniOmni («SunlightMedicalLtd», Израиль). Критериями исключения из исследования явилось наличие хронической соматической патологии, прием препаратов, влияющих на кальциево-фосфорный обмен, отказ родителей от участия в исследовании.

Результаты: Группа равномерно были разделены по половому признаку. В основной группе мальчики – 23 (47,9%), девочки – 25 (52,1%). Отрицательные показатели костной прочности в I группе наблюдались у 33 детей (68,7%, 95% ДИ 53,7%-81,3%), при этом с тенденцией к снижению – 20/33 (60,6%) детей, менее 10 перцентилей – у 10/33 (30,3%), ниже 3 перцентилей – 3 (9%) пациентов. При этом в питании данной группы детей, со сниженными показателями прочности костной ткани, выявлено значительное снижение потребления продуктов с высоким содержанием кальция. Значимое снижение концентрации сывороточного кальция по сравнению с группой контроля выявлено у 26 (54,1%) пациентов I группы ($\chi^2=12,4$; $p<0,001$), при этом высокий уровень фосфора имели 14 (29,1%), ($\chi^2=5,01$; $p=0,025$).

Выводы: Значительные отклонения в показателях костной прочности наблюдаются у детей, инфицированных микобактериями туберкулеза. Нарушение показателей костной прочности в I группе определялись более чем у 60% детей. Кроме того, отмечались изменения в кальций-фосфорном обмене, что может свидетельствовать об активном процессе резорбции костной ткани. Таким образом, полученные данные подтверждают необходимость разностороннего изучения вопроса для определения спектра возможных причин и тактики ведения этой группы детей, с целью оптимизации диагностических мероприятий и коррекции отклонений в параметрах костной прочности.

К ВОПРОСУ О ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОРФАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В МОСКВЕ

Витковская И.П.

Государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения Москвы», Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Морозовская детская городская клиническая больница» Департамента здравоохранения Москвы, Москва

Актуальность: В Москве создана система работы с детьми, страдающими орфанными заболеваниями. Организационно-методическая работа возложена на Референс-центр ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ». Оптимизация деятельности Референс-центра связана с оценкой ситуации Главными внештатными детскими специалистами Департамента здравоохранения.

Цель: Определить приоритетные направления развития помощи детям с орфанными заболеваниями на основе опроса Главных внештатных детских специалистов (ГВС). Разработана анкета, включающая 20 вопросов, направленных на выявление проблем в

организации помощи детям с орфанными заболеваниями в Москве. Влияние каждого фактора оценивалось по пятибалльной шкале. В качестве экспертов выступили 12 ГВС.

Результаты: Эксперты отметили, что существующая информационная база для улучшения работы с детьми, страдающими орфанными заболеваниями, не отвечает потребностям. Среди опрошенных 58,3% экспертов оценили содержание регионального регистра на $1\pm 0,1$ балла. 75% экспертов отметили отсутствие медицинских организаций в Москве, в которых имеются условия для диагностики и лечения детей с орфанными заболеваниями. Среди причин, затрудняющих своевременное выявление заболеваний, были указаны: высокая стоимость генетического анализа $4,7\pm 0,13$; недостаточные знания участковых врачей-педиатров о неонатальном скрининге и его проведении $4,4\pm 0,15$. По мнению 67% опрошенных, этот дефект устраняется с помощью методических писем. Слабую реабилитационную базу для детей с орфанными заболеваниями отметили 91,6% экспертов. Возможности получить услуги психолога, логопеда-дефектолога, физкультурно-оздоровительных мероприятий были оценены в $2,2\pm 0,3$ балла. Низкую оценку получила и информационная обеспеченность родителей – $1,7\pm 0,2$ балла, при этом 100% экспертов считают необходимым создание специального сайта для родителей на базе Референс-центра.

Заключение: Опрос ГВС позволил выявить проблемы организационного и информационного характера, устранение которых будет способствовать повышению качества и доступности помощи детям с орфанными заболеваниями.

ЮРИДИЧЕСКАЯ ГРАМОТНОСТЬ ВРАЧЕЙ ПО ВОПРОСАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОРФАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Витковская И.П.

Государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения Москвы», Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Морозовская детская городская клиническая больница» Департамента здравоохранения Москвы, Москва

Актуальность: Несмотря на то, что орфанные заболевания (ОЗ) в настоящее время не представляют эпидемической угрозы, с 2013 года отмечен неуклонный рост числа московских детей, состоящих в регистре лиц, страдающих жизнеугрожающими заболеваниями. Темп прироста в 2014–2015–2016 года составил 18,0%, 7,4% и 6,5% [1]. Эти показатели требуют своевременного принятия радикальных мер по защите детей от отягощающих последствий. Концептуально решение многих проблем ОЗ предусмотрено нормативно-правовыми документами, которые являются инструментом в деятельности врача. Однако в широкой практике педиатры разных специальностей имеют малое представление по разным аспектам проблемы, у них отсутствует настороженность относительно ОЗ.

Цель: Оценка подготовленности педиатров к работе с детьми, страдающими редкими (орфанными) болезнями, в свете информированности законодательных актов.

Материалы и методы: Объектом исследования были 150 человек, из них врачи-педиатры – 73,3 % и врачи-специалисты – 23,3 %, работающие в различных медицинских учреждениях города. По своей специальности 56,2 % респондентов имеют высшую квалификационную категорию; 10,0 % – первую; 5,5 % – вторую и не имели категорию 28,1 % опрошенных. 9,0% – имели ученую степень кандидата медицинских наук, а 0,7% – ученую степень доктора медицинских наук. Опрошенные врачи являлись представителями первичного звена здравоохранения города – в 58,2% случаев; стационаров – в 16,4%;

работники консультативно-диагностических центров составили 8,2%, роддомов – 2,2% и других учреждений – 6,7%.

Результаты: Опрошенные респонденты показали достаточно низкий уровень представления о группе орфанных заболеваний и существующих перечнях и регистре лиц, страдающих жизнеугрожающими заболеваниями. Наибольшую осведомленность проявили респонденты относительно регистра, дающего право на получение лекарственных препаратов и продуктов лечебного питания, – 76,6%, при этом лишь 34,1% опрошенных знают о механизме получения категории «ребенок инвалид». О мерах профилактики ОЗ (доношенных и недоношенных) известно практически всем врачам (86,7%-98,5%), при этом на необходимость тотального обследования указало лишь 96,3%.

Заключение: На материале социологического опроса установлено, что действия врача при оказании помощи детям с ОЗ находятся в сфере недостаточной юридической грамотности.

О СОФИНАНСИРОВАНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ С ОРФАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В МЕГАПОЛИСЕ

Витковская И.П.

Государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения Москвы», Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Морозовская детская городская клиническая больница» Департамента здравоохранения Москвы, Москва

Актуальность: В мегаполисе Москва для оказания всех видов, форм и условий медицинской помощи детям с наследственными заболеваниями, генетическими отклонениями, орфанными и другими редкими заболеваниями на базе ГБУЗ Морозовская ДГКБ создан «Референс-центр». На 01.01. 2017 г. в Московском региональном сегменте регистра значилось 773 ребенка, страдающих орфанными заболеваниями, из них абсолютное большинство детей – 741 (96%) – наблюдаются и лечатся стационарно в Морозовской больнице. Координируют помощь детям 15 Главных внештатных детских специалиста Департамента здравоохранения. Финансирование лечения детей осуществляется за счет бюджета столицы, что полностью не покрывает их потребностей.

Цель: Изучить мнение родителей и главных внештатных специалистов о возможности софинансирования услуг детям с орфанными заболеваниями.

Материалы и методы: По специально разработанным анкетам было опрошено 236 матерей детей (30,5% от состоящих на учете в Морозовской больнице) во время визита в Референс-центр и 12 (80%) из 15 главных внештатных детских специалистов о софинансировании медицинских услуг родителями. Перечень услуг и ранговое распределение ответов приведены в таблице.

Результаты: Опрос показал, что 39,4% родителей не готовы платить за перечисленные виды услуг; среди специалистов 33,3% не считают софинансирование необходимым элементом помощи. Вместе с тем, большая часть родителей и 50% специалистов относятся к софинансированию положительно.

Таблица 1. Ранговое распределение услуг, за которые готовы платить родители (1 – наибольшее, 5 – наименьшее значение) № Перечень услуг Ранговое распределение Родители Главные специалисты
1 Профилактические 5 5 2 Диагностические 1 3 3 Лечебные 2 4 4 Реабилитационные 3 2 5 Консультативные 4 1

Исследование показало, что у родителей и специалистов различное видение приоритетов возможной оплаты услуг по всему спектру кроме профилактики, которую обе группы респондентов поставили

на последнее место. При этом специалисты отдают предпочтение консультативным и реабилитационным, а родители диагностическим и лечебным услугам. Дальнейшее исследование позволило определить, с чем связаны данные предпочтения изученных групп респондентов.

Заключение: Большая часть родителей и 50% специалистов положительно относятся к софинансированию услуг детям с орфанными заболеваниями. При этом у родителей и специалистов различное видение приоритетов возможной оплаты услуг.

РОЛЬ СОТРУДНИКОВ ДЕТСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И ПРОФИЛАКТИКЕ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Власенко А.В., Филин А.С., Богдан И.В.

Государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента» Департамента здравоохранения Москвы, Москва

Введение: Формирование здорового образа жизни (ЗОЖ) необходимо начинать с детского возраста. Большую роль в формировании ЗОЖ ребенка играют, безусловно, родители ребенка, а также детский сад, школа, ближайшее окружение ребенка. Немаловажную роль в формировании ЗОЖ ребенка играют медицинские работники.

Цель исследования: Целью исследования являлось выявление уровня осведомленности сотрудников детских городских поликлиник в вопросах профилактики неинфекционных заболеваний (НИЗ), степени их мотивированности к ведению ЗОЖ и популяризации его среди детей и их родителей.

Материалы и методы: Сотрудниками института проведен социологический опрос сотрудников детских медицинских организаций Департамента здравоохранения города Москвы. В анкетировании принял участие персонал детских поликлиник.

Результаты и обсуждение: Первая группа вопросов, на которые отвечали медицинские работники детских поликлиник, касались профилактики неинфекционной заболеваемости как одной из составляющих ЗОЖ. 88% опрошенных респондентов считают, чтобы не допустить развитие НИЗ необходимо проводить мероприятия по первичной профилактике этих заболеваний и соблюдать основные принципы ЗОЖ, 8% респондентов отдали приоритет лечению и вторичной профилактике. Большинство сотрудников детских поликлиник (53%) считает, что стрессы и образ жизни являются наиболее значимым фактором риска при возникновении НИЗ у их пациентов. Наиболее значимыми мероприятиями по профилактике НИЗ респонденты считают активную работу средств массовой информации (53% ответов) и введение моды на ЗОЖ (46% ответов). Проведению планирования профилактической деятельности по укреплению здоровья пациентов чаще всего мешает формальное отношение к профилактике НИЗ и соблюдению ЗОЖ (65% ответов) и отсутствие мотивации (32% ответов). Кроме того, эффективно проводить профилактические работы в рамках амбулаторного звена мешает, по мнению 49% респондентов, нехватка времени. Вместе с тем, 62% считает, что должны выделяться отдельные часы при работе специалистов в области педиатрии для укрепления здоровья пациентов-детей. При ответе на вопрос «Какие компоненты здорового образа жизни являются наиболее важными в профилактике НИЗ?» чаще всего выбирали варианты ответов: грамотное рациональное питание (49%) и регулярная физическая активность (46%); варианты ответов: позитивное восприятие жизни выбрали 36% опрошенных, отсутствие вредных привычек и пристрастий – 29%, а также продуманный индивидуальный и рациональный

режим труда и отдыха встречались в 21% ответивших. Основными факторами, которые могут мотивировать медицинских работников формировать ЗОЖ у пациентов, по мнению большинства опрошенных являются: внутренняя мотивация для 42% ответивших на этот вопрос и – материальное стимулирование для 41% респондентов. Среди факторов, которые влияют на отношение пациентов к своему здоровью, чаще всего отмечали «недостаток денежных средств для реализации своих желаний в данном направлении» – 56%, «низкую индивидуальную культуру» – 46% и низкую общую культуру общества – 39% ответов. Большая часть участников опроса (53%) считает, что они нуждаются в дополнительной информации о ЗОЖ или им нужны только новые данные; 45% респондентов не нуждаются в дополнительной информации о ЗОЖ.

Выводы: Исследование позволило сделать следующие выводы: 1. Первичная профилактика как составная часть ЗОЖ является наиболее важной для предупреждения развития НИЗ. 2. По мнению респондентов, наиболее значимыми факторами риска при возникновении НИЗ являются стрессы и образ жизни. 3. Наиболее значимыми мероприятиями по профилактике НИЗ респонденты считают введение моды на ЗОЖ и активную работу средств массовой информации. 4. Как показало исследование, значительная часть сотрудников не вовлечена на рабочих местах в работу по профилактике НИЗ. 5. Проведению планирования профилактической деятельности в медицинской организации по укреплению здоровья пациентов чаще всего мешает формальное отношение к профилактике НИЗ и соблюдению ЗОЖ. 6. Основными факторами, которые могут мотивировать медицинских работников формировать ЗОЖ у пациентов, являются внутренняя мотивация медицинских работников и материальное стимулирование. 7. Подавляющее большинство сотрудников детских медицинских организаций имеют адекватное профессиональное представление о ЗОЖ, о его особенностях для детского населения.

КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КИШЕЧНОГО ДИСБИОЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

*Вязова Л.И., Шенец С.Г., Мороз Е.А., Башлакова А.Н.
Белорусский государственный медицинский университет, Минск*

В последние годы в структуре заболеваний детей грудного возраста отмечается увеличение удельного веса патологических состояний, связанных с нарушением защитных механизмов пищеварительного тракта. Поэтому дисбактериоз кишечника продолжает оставаться актуальной медицинской проблемой, особенно значимой в неонатологии. В группу риска по развитию дисбактериоза кишечника относят также детей, имеющих перинатальные поражения центральной нервной системы, влияющей на функционирование органов желудочно-кишечного тракта.

Цель исследования: Проанализировать клинические и микробиологические особенности кишечного дисбиоза у новорожденных детей, имеющих перинатальное поражение центральной нервной системы. Материалы и методы: Проведено комплексное клинико-микробиологическое обследование 50 новорожденных детей: 28 доношенных и 22 недоношенных ребенка (срок гестации 35-37 недель), поступивших на второй этап лечения в стационар (психоневрологическое отделение для новорожденных детей и отделение выхаживания недоношенных детей). Среди обследуемых пациентов было 23 (46%) девочки и 27 (54%) мальчиков. Возраст детей на момент обследования составлял 27,3±0,72 дня. Оценку кишечного микробиоценоза осуществляли классическим бактериологическим методом. Степень

нарушений биоценоза кишечника различали по классификации Блохиной И.Н. Проводилась комплексная клиническая оценка общего состояния ребенка. Неврологический статус оценивался по двигательной активности, характеристике позы ребенка, состоянию безусловно-рефлекторной сферы, мышечному тону и поведенческим признакам. Для уточнения характера поражения проводилось ультразвуковое исследование головного мозга. Из наблюдения были исключены дети, получавшие антибиотики.

Результаты и обсуждение: Наблюдаемые дети родились от матерей с осложненным акушерским анамнезом (токсикозы беременности, угроза прерывания, воспалительные заболевания генитальной сферы, анемия беременных). Все новорожденные были приложены к груди матери на 1-2 сутки жизни и находились на естественном вскармливании. Нарушение функции центральной нервной системы было выявлено у всех новорожденных детей. Перивентрикулярные кровоизлияния 1-й и 2-й степеней установлены у 18,2% недоношенных младенцев и 10,7% доношенных новорожденных, кисты – у 9,0% и 7,1% детей соответственно. Поражение центральной нервной системы проявлялось синдромом угнетения у 16 (57,1%) доношенных и 18 (81,8%) недоношенных новорожденных, гипертензионно-гидроцефальным синдромом – у 42,8% детей, рожденных в срок, и 54,5% недоношенных младенцев, синдромом повышенной нервно-рефлекторной возбудимости – у 17,9% и 13,6% детей соответственно. Клинические признаки кишечного дисбактериоза выявлены у 41 (82%) ребенка. Снижение аппетита было у 29 (58%) детей, срыгивания – у 24 (48%) новорожденных, метеоризм и связанное с ним беспокойство – у 30 младенцев (60%), патологический характер стула – у 36 человек (72%). Плоскую весовую кривую имели 39 новорожденных. У всех детей были выявлены нарушения микробной колонизации кишечника. У большинства отмечались сочетанные нарушения анаэробных и аэробных компонентов микробиоценоза кишечника. Из условно-патогенных бактерий ведущие места занимали (lg КОЕ): кишечная палочка со сниженной ферментативной активностью (3,8±0,38), клостридии (2,4±0,04), энтеробактер (2,8±0,45), кандиды (2,1±0,32), а популяционный уровень золотистого стафилококка у доношенных детей был выше, чем у недоношенных (1,5±0,30 и 1,3±0,30 соответственно). Средние значения показателей бифидобактерий у недоношенных детей практически приближались к нулю. Не было выявлено ни одного случая эубиоза. У доношенных новорожденных дисбиоз I степени имели 10,7% детей, II – 42,8% младенцев. Дисбактериоз III степени был у большинства (72,7%) недоношенных детей. Выводы: 1. У всех обследованных детей с перинатальной патологией центральной нервной системы обнаружены проявления кишечного дисбиоза. 2. Из клинических проявлений дисбиоза кишечника чаще встречались срыгивания, метеоризм, патологический характер стула, дефицит массы тела. 3. Более выраженные отклонения показателей кишечной микробиологии выявлены у недоношенных младенцев. 4. Одной из причин дисбиоза кишечника у новорожденных детей с перинатальной патологией можно считать нарушение регуляторной активности центральной нервной системы.

АГЕНЕЗИЯ ТРАХЕИ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

*Гаймоленко С.Г., Панченко А.С.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Читинская государственная медицинская академия», Краевая детская клиническая больница, Забайкальский краевой перинатальный центр, Чита*

Агенезия трахеи (АТ) относится к редким порокам развития (1:50 000)1, к 2007 году описано всего 150 случаев прижизненной

диагностики данной патологии². В отечественной литературе описания АТ единичны. АТ в подавляющем большинстве является ассоциированным с другими пороками 1,2. Анатомически АТ – это полное или частичное отсутствие проксимального отдела трахеи в сочетании с различными нарушениями взаиморасположения трахеобронхиального дерева и пищевода, а также наличием трахеопищеводного или бронхопищеводного свища. В своей клинической практике мы столкнулись с I типом АТЗ. Мальчик М., родился 18.09.2017 г. с массой тела 1900 г. Ребенок от IV беременности, протекавшей с прогрессирующим многоводием, ХФПН, ХВУГП, III преждевременных (32-33 недели) родов. Во время беременности женщина встала на учет с 30 недель, обследование неполное. УЗИ плода в 31-32 недели – многоводие, патологии плода не описано. Состояние при рождении очень тяжелое, оценка по шкале Апгар – 2 балла. Проведен комплекс реанимационных мероприятий (согревание, санация ВДП, продленное раздувание легких, СРАР маской – не эффективны; интубация «трахеи», перевод на ИВЛ). При интубации выявлено нарушение анатомии гортаноглотки – надгортанник уменьшен в размерах, не прикрывает находящееся под ним одно отверстие большого размера (до 8 мм), голосовые связки не видны. После интубации дыхательный поток проводился как в легкие, так и в желудок, отмечался выраженный сброс воздуха помимо эндотрахеальной трубки (ЭТТ), отмечалось выделение воздуха по зонду из желудка синхронно вдохам аппарата ИВЛ. При стандартном положении ЭТТ, подтвержденном рентгенологически (уровень Th2), сохранялся сброс воздуха. При проведении трубки на глубину до 10,5-11,0 см сброс воздуха уменьшался, аускультативная картина над легкими улучшалась. При Ro-контроле легких ЭТТ расположена на уровне нижнего края тела Th8, признаки двусторонней пневмонии. Восстановление спонтанного дыхания сопровождалось усилением утечки воздуха помимо ЭТТ. Ребенок обследован. При внешнем осмотре обнаружены проявления микротии справа. По данным УЗИ – пиелэктазия левой почки. На рентгенограммах выявлен добавочный клиновидный позвонок на уровне Th10-Th11, гипоплазия тела Th10. При ЭхоКГ – малый перимембранозный ДМЖП, гемодинамически незначимый ФАП, умеренная легочная гипертензия, ФОО. НСГ – признаки незрелости головного мозга, ПВО+++; асимметрия задних рогов боковых желудочков. На третьи сутки жизни ребенок переведен в ОРИТН ГУЗ КДКБ Забайкальского края с подозрением на ВПР трахеи и пищевода. При проведении обследования уточнен характер пороков. МС КТГ с 3D-реконструкцией: обнаружены признаки агенезии гортани и трахеи I типа – отсутствие структур проксимальных отделов верхних дыхательных путей, короткий дистальный фрагмент трахеи развернут в каудальном направлении и сообщается с пищеводом на уровне Th8-9; порок развития 10 ребра слева. По данным динамической ЭхоКГ выявлен косой открытый атриовентрикулярный канал (суправальвулярная форма), высокие дефекты межжелудочковой перегородки с прогрессирующей легочной гипертензией (до 75 мм. рт. ст.), сопровождавшейся дилатацией правых отделов сердца и инверсией потока по ФАП к 8 суткам жизни; ФОО, утолщение стенок аорты, уплотнение створок аортального клапана. По совокупности пороков и характеру основного ребенок признан инкурабельным. Летальный исход зафиксирован в возрасте 10 суток на фоне прогрессирующей сердечно-легочной недостаточности. При аутопсии все выявленные пороки развития подтверждены. По данным патогистологического исследования обнаружены проявления респираторного дистресс-синдрома, двусторонней мелкоочаговой пневмонии на фоне незрелости легких; незрелые эмбриональные клубочки и мезонефрогенные структуры в корковом слое почек, очаги кроветворения в печени.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ ПРИАПИЗМ У ДЕТЕЙ

Галибин И.Е., Коварский С.Л., Меновщикова Л.Б., Смолянкин А.А., Подвойская И.В.

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

Приапизм – по имени древнегреческого бога плодородия Приапа – болезненное состояние постоянной эрекции, не связанной с половым возбуждением. По международной классификации различают ишемическую (нарушение оттока), неишемическую (усиление притока) и рецидивирующую формы приапизма. В зарубежной и отечественной литературе описаны лишь единичные случаи неишемического приапизма у детей. Наиболее частая причина возникновения приапизма у детей – травма промежности и серповидно-клеточная анемия, что приводит к формированию неишемического приапизма. На первом этапе лечения выполняется консервативная терапия, направленная на улучшение внутриорганного кровотока (сакральная блокада, холод местно, наложение компрессионных повязок с помощью эластичного бинта, пункция кавернозных тел). При неэффективности указанных манипуляций показано хирургическое лечение (наложение микрососудистых анастомозов). Хирургическое лечение приапизма зачастую приводит к осложнениям: развитию эректильной дисфункции, что требует в дальнейшем протезирования кавернозных тел. Данная методика в детском возрасте не применяется. Ребенок 4-х лет получил травму 5 дней назад, ударившись промежностью о выступающий угол мебели. Помимо возникшей боли и гематомы области мошонки с переходом на основание полового члена, родители обратили внимание на увеличение в размерах и напряжение полового члена. Состояние ребенка было расценено как приапизм. Ребенок был консультирован амбулаторно, была проведена попытка консервативного лечения: холод местно, тазовая блокада, однако успеха данная терапия не имела. Ребенок был направлен в приемное отделение Филатовской детской больницы. Местно: наружные половые органы сформированы по мужскому типу, яички в мошонке, гематома не увеличивается. Мочеиспускание не нарушено, половой член в состоянии эрекции без тенденции к ее уменьшению. Для оценки внутриорганного кровотока выполнено УЗИ с доплерографией. Определялся активный высокоскоростной сброс артериальной крови из артерии, питающей половой член слева (a. pudenda interna sinistra), в кавернозные тела, которые в норме заполняются только венозной кровью. Указанное состояние расценено как формирование посттравматического артериовенозного свища на фоне повреждения сосудистой стенки, что привело к сбросу артериальной крови в кавернозные тела полового члена. Таким образом, на основании проведенного исследования выставлен диагноз: неишемическая форма приапизма. Для сохранения у ребенка эректильной функции решено с помощью рентгенэндоваскулярной техники выполнить окклюзию артерии, питающей половой член, по которой происходил сброс в артериокавернозный свищ. Необходимо отметить, что даже у взрослых мужчин данная процедура не всегда успешна. Внутренняя подвздошная артерия (тонкой ветвью которой является и внутренняя половая артерия) в полости таза многократно ветвится, и пройти эндоваскулярным катетером через это ветвление зачастую не представляется возможным. Несмотря на малый возраст ребенка (4 года), нам все-таки удалось выполнить селективную катетеризацию артерии, питающей половой член слева. При контрастировании визуализировался патологический сброс из артерии в левое кавернозное тело. Именно эта артерия, диаметром менее 1 мм была перекрыта гидрогелем с использованием микрокатетерной техники. Аналогичная артерия с правой стороны осталась нетронутой. Сразу же после манипуляции отмечено уменьшение напряжения кавернозных тел, исчезновение неприятных ощущений у ребенка. Ребенок выписан домой в

удовлетворительном состоянии. При контрольном обследовании через 2 года жалоб нет, со слов родителей эректильная функция сохранна. При доплерографии нормальный внутриорганный кровоток, патологического сброса не выявлено. Ребенок продолжает наблюдаться в уроандрологическом центре.

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ВРОЖДЕННОГО ТОКСОПЛАЗМОЗА

Галькевич Н.В.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

В структуре репродуктивных потерь большую роль играют внутриутробные инфекции, среди которых токсоплазмоз занимает особое место в связи с отсутствием патогномичных проявлений, полиморфизмом симптомов и разной степенью тяжести заболевания от бессимптомного до септического течения.

Цель: Проанализировать клиничко-анатомические изменения у детей, умерших от врожденного токсоплазмоза.

Задачи: Изучить перинатальный анамнез, течение заболевания и морфологическую картину у детей, умерших от врожденного токсоплазмоза.

Материалы: Проведено ретроспективное изучение протоколов патологоанатомического вскрытия 4-х детей, умерших от врожденного токсоплазмоза в период 2010-2013 гг.

Результаты: Средний возраст умерших детей составил 70 дней (от 52 до 80 дней), соотношение мальчиков и девочек 3:1. В анамнезе: все дети были доношены, 1 ребенок родился маловесным к сроку гестации. Во время беременности только одна женщина была обследована на токсоплазмоз – были выявлены IgG к токсоплазме, но женщина антипротозойное лечение не получала. Среди патологий беременности отмечалось маловодие в сроке 35-36 недель, угроза прерывания в 36 недель, ОРИ. У трех детей при рождении наблюдалось крайне тяжелое состояние в связи с тяжелой асфиксией (оценка по шкале Апгар от 1 балл/ИВЛ до 1/5 баллов), один ребенок родился с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов, но через 5 часов развилось агонирующее состояние с остановкой дыхания, выраженной брадикардией. Вследствие инфекционных и гипоксических воздействий в последующем у всех детей развилась выраженная неврологическая симптоматика – судорожный синдром, гидроцефалия, нарушения мышечного тонуса, появление патологических рефлексов. Первичный диагноз был сформулирован как «Энцефалопатия новорожденного гипоксически-ишемического генеза», «Врожденный менингоэнцефалит». Сопутствующим диагнозом был выставлен диагноз «Внутриутробная инфекция без дополнительного уточнения». Только 2 ребенка обследованы на токсоплазмоз. Обследование детей на токсоплазмоз у 1 ребенка методом ПЦР (кровь, ликвор) было отрицательным, у другого ребенка обследование крови проведено методом ИФА, были выявлены IgG, которые не были правильно оценены для верификации этиологии поражения ЦНС. Значимых изменений в общем анализе крови, биохимическом анализе крови не было. В 2-х случаях проведена люмбальная пункция, в которой отмечалось повышение белка более 1г/л, цитоз до 100 клеток/мл, лимфоцитарного характера. При проведении УЗИ головного мозга выявлены мелкие кистозные участки «сетчатого» характера, субкортикальная лейкомаляция, отсутствовала внутримозговая дифференцировка на борозды и извилины. В динамике состояние детей прогрессивно ухудшалось и закончилось летальным исходом, несмотря на проводимую терапию. При морфологическом исследовании основные патологические изменения касались вилочковой железы и ЦНС. Отмечалась гипоплазия вилочковой железы, нарушение деления ее на слои,

малое количество тимических телец. При исследовании головного мозга у всех детей выявлен продуктивный менингоэнцефалит с тяжелыми дистрофическими изменениями, ложной порнэнцефалией, нарушением цитоархитектоники. Отмечалась атрофия коры и белого вещества головного мозга, демиелинизация нервных волокон. Токсоплазменная этиология воспалительного процесса подтверждена обнаружением свободно лежащих псевдоцист либо дистрофически измененных с обызвествлением псевдоцист. Учитывая наличие продуктивного воспалительного процесса в ЦНС, можно было предположить заражение беременной токсоплазмозом в 3 триместре, незадолго до родов.

Выводы: Учитывая зачастую скрытное течение токсоплазменной инфекции во время беременности, во всех случаях поражения ЦНС у новорожденного следует иметь в виду высокую вероятность не только гипоксического, но и инфекционного характера патологического процесса, в т.ч. вызванного токсоплазмой. Актуальным остается проведение пренатального скрининга на TORCH-инфекции с правильной оценкой результатов. Исследование подтвердило низкую специфичность метода ПЦР для диагностики токсоплазмоза. Летальные исходы подтверждают важность проблемы врожденного токсоплазмоза и необходимость междисциплинарного подхода к решению этой проблемы как со стороны акушеров, неонатологов, неврологов с привлечением специалистов инфекционной службы как для будущей матери, так и для ребенка.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Галькевич Н.В., Ширяева О.А.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Менингококковая инфекция во все времена и во всех странах остается одной из самых тяжелых инфекций вследствие своего агрессивного молниеносного, непредсказуемого течения, что требует особого внимания с первых минут установления диагноза и оказания медицинской помощи. Дети раннего возраста остаются самой уязвимой частью пациентов (более 70% всех заболевших менингококковой инфекцией детей). В то же время не всегда заболевание развивается с классической картиной, что может повлиять на правильность установления диагноза и своевременность оказания догоспитальной помощи. Целью нашей работы явился анализ развития менингококковой инфекции у детей раннего возраста. Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ карт стационарного пациента 14 детей от 0 до 3 лет с подтвержденной менингококковой инфекцией, госпитализированных в городскую детскую инфекционную клиническую больницу г. Минска за период февраль 2016 – май 2017 гг.

Результаты: Возраст пациентов составил от 1,5 месяцев до 37 месяцев, среди них 6 детей (43%) – до 1 года, 6 детей (43%) – от 1 года до 2-х лет, и 2 ребенка (14%) – старше 2 лет. Чаще болели мальчики, чем девочки – 1,8:1. У 4-х детей выявлен избыток массы тела (в трех случаях – выше 97 центили), в двух случаях – дефицит массы. Максимальный подъем заболеваемости наблюдался весной – 9 случаев (64,3%). Несмотря на ожидаемую быстроту развития инфекции в 1-е сутки от начала заболевания госпитализировано только 9 детей (64,3%), 3 ребенка обратились за медицинской помощью на 2-е сутки, а один – на 3-и сутки. Все дети госпитализированы бригадами скорой медицинской помощи (СМП). Поводом для обращения в 64,3% случаев явилась лихорадка выше 39°C, не снижающаяся после повторного применения жаропонижающих препаратов. У 11 детей (78,6%) наблюдались выраженная вялость, бледность – у 13 (92,9%), отказ от еды – у 10 (71,4%). У 6 детей

отмечалась рвота: однократная рвота – у 2 детей (14,3%), у 4 детей (28,6%) – повторная. Только у 8 пациентов в начале заболевания отмечалась геморрагическая сыпь. Нетипичным для классической картины менингококцемии было появление в начале заболевания петехиальной (3 случая) и папулезной (2 случая) сыпи, которая иногда расценивалась как аллергическая. Менингеальные симптомы в первые сутки болезни проявлялись ригидностью затылочных мышц у 6 (42,9%) детей, вынужденным положением и положительным симптомом Кернига у 1 пациента. В диагнозах СМП менингококковая инфекция была заподозрена только у 8 детей при наличии геморрагической сыпи. При ее отсутствии наиболее частыми диагнозами были «ОРИ, острый ринофарингит, интоксикационный синдром, вазопатия», «Пневмония, острый гастроэнтерит», «ОРИ, острый ринофарингит, экзантема», вследствие чего некоторые дети поступали в соматические стационары. Все случаи заболевания протекали в генерализованной форме. У 2-х детей заболевание протекало в форме менингококцемии, «чистый» менингит наблюдался только у 1 ребенка. У подавляющего большинства пациентов (78,6%) менингококковая инфекция протекала в смешанной форме: у 8 детей (57,1%) – менингококцемия в сочетании с менингитом, у 2 детей – менингококцемия с менингоэнцефалитом. Только у 1 ребенка с менингококциемией поражения ЦНС не было, но присутствовал ярко выраженный назофарингит. Фебрильная лихорадка сохранялась от 3 до 7 дней. В общем анализе крови в первые сутки заболевания выявлены лейкоцитоз ($17,13 \pm 0,66 \cdot 10^9/\text{л}$) (мин $7,1 \cdot 10^9/\text{л}$ – макс. $50,4 \cdot 10^9/\text{л}$), выраженный нейтрофильный сдвиг (более 63%), увеличение СОЭ ($24,78 \pm 16,8$ мм/ч). Уровень СРБ уже в первые сутки значительно превышал норму ($134,45 \pm 73,2$ мг/л). У детей с поражением ЦНС изменения ликвора соответствовали картине гнойного менингита. Несмотря на запоздалое обращение за медицинской помощью в некоторых случаях, тяжелое течение заболевания с развитием у 50% детей синдрома полиорганной недостаточности, а у 35,7% – септического шока, проведенное лечение привело к сохранению жизни всех пациентов.

Выводы: Исследование показало высокую значимость правильной оценки симптомов у ребенка с менингококковой инфекцией на догоспитальном этапе. При сочетании стойкой фебрильной лихорадки с выраженной вялостью и экзантемой любого характера необходимо в первую очередь исключить менингококковую инфекцию для оказания рациональной немедленной медицинской помощи и ранней госпитализации. Обучение симптомам «тревоги» родителей и медицинских работников первичного звена здравоохранения должно стать обязательной частью здравоохранения.

НОВОРОЖДЕННЫЙ И БУЛЛЕЗНЫЙ ЭПИДЕРМОЛИЗ. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Гехт М.А.

Фонд «Дети-бабочки», Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городской кожно-венерический диспансер», Санкт-Петербург

На сегодняшний день в России буллезный эпидермолиз – самый часто встречаемый генодерматоз у новорожденных. Практически каждый месяц в России появляется новый новорожденный с буллезным эпидермолизом. Главная цель – научить врачей в разных регионах России дифференциальной диагностике БЭ с другими буллезными дерматозами, подбору оптимального способа коррекции и лечения при выявлении буллезного эпидермолиза.

Метод: Был разработан алгоритм ведения в стационарах и маршрутизации новорожденных в различных регионах России, учитывая обширность территории и удаленность городов друг от друга. Ал-

горитм включает: контакт с больницей, работа «мама и психолог», патронаж, дифференциальная диагностика, обучение перевязке, коррекция сопутствующих состояний.

Результаты: Данный алгоритм ведения был отработан на протяжении 5 лет. На сегодняшний день накоплен достаточный опыт в клинической дифференциальной диагностике буллезного эпидермолиза с другими заболеваниями, при которых появляются пузыри, особенностях этапов эпителизации у доношенных и недоношенных новорожденных, выявление часто встречаемых сопутствующих состояний и способы их коррекции.

Заключение: Учитывая обширность территории России и удаленность городов друг от друга, очень важно иметь четкий алгоритм работы с данной группой пациентов, особенно в первые месяцы жизни. Необходим комплексный подход. Именно такой подход как «психолог+мама+дерматолог» значительно упрощает жизнь маме, а значит и повышает качество жизни ребенка с буллезным эпидермолизом и доверие к врачу.

ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ ЛОБАРНОЙ ЭМФИЗЕМЫ У ДЕТЕЙ

Гольцман Е.А., Кузнецова А.А., Петрова С.И., Копяков А.Л., Позднякова О.Ф., Пешехонова Ю.В.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург

Введение: Врожденная лобарная эмфизема – это порок развития легкого, характеризующийся увеличением объема одной из долей легкого из-за ее перерастяжения. Распространенность данного порока: 1 ребенок на 20.000-30.000 родившихся. Соотношение мальчиков и девочек 3:1. По локализации чаще встречается поражение верхней доли слева (47–53%), чуть реже (30%) верхней доли правого легкого. Заболевание развивается вследствие сужения долевого бронха по причине: а) врожденной патологии хрящевого каркаса бронха; б) бронхиальной атрезии; в) сдавления бронха извне; г) гипертрофии слизистой оболочки бронха. Ключевым звеном патогенеза является клапанный механизм: нарушение проходимости бронха приводит к задержке воздуха на выдохе, повышению давления в альвеолах, перерастяжению паренхимы пораженной доли. Увеличенная в объеме доля сдавливает нормально развитую легочную ткань, смещая средостение в «здоровую» сторону. Основными методами диагностики являются рентгенологическое исследование, МСКТ органов грудной полости. Лечение врожденной лобарной эмфиземы оперативное – удаление пораженной доли легкого.

Цель исследования: Представить опыт диагностики и лечения врожденной лобарной эмфиземы у детей, находившихся на обследовании во 2 педиатрическом отделении СПбГПМУ, оценить результаты хирургического лечения данной патологии.

Материалы и методы: За период с 2015 по 2018 год на 2 педиатрическом отделении СПбГПМУ диагноз врожденная лобарная эмфизема был поставлен четырем пациентам. Возраст больных составил от 10 месяцев до 3 лет, среди них преобладали мальчики (3 случая) и одна девочка. Все дети родились в срок, с нормальной массой тела. У двух пациентов симптомы дыхательной недостаточности диагностированы при рождении. У 3-х пациентов наблюдались симптомы бронхиальной обструкции на первом году жизни. У одной пациентки дебют заболевания в возрасте 3 лет, отмечалась одышка с клиническим симптомокомплексом бронхиальной обструкции, без признаков респираторной инфекции. У одного пациента патология легких была заподозрена пренатально, диагноз установлен в возрасте 1 года. Трем пациентам диагноз установлен в возрасте 3 лет при проведении МСКТ легких. В двух случаях было отмечено

поражение средней доли правого легкого, в одном – верхней доли правого легкого, в одном – верхней доли левого.

Результаты: Всем детям выполнено оперативное лечение в объеме удаления пораженной доли легкого. При оценке клинической картины через 6 месяцев после вмешательства была отмечена значительная положительная динамика в виде регрессии симптомов со стороны дыхательной системы, по МСКТ органов грудной полости – улучшения вентиляции ранее поджатых долей легких, компенсаторное разрастание легочной ткани на пораженной стороне. Выводы: При своевременной постановке диагноза «Врожденная лобарная эмфизема» оперативное лечение данного порока является эффективным и жизненно необходимым методом лечения.

РЕДКАЯ НЕОНАТАЛЬНАЯ ФОРМА СИНДРОМА МАРФАНА

Гребова Л.П., Аникеева Н.А., Симонойтес А.А., Пискунова М.А., Рожкова Л.М., Кудряшова О.Ю., Мухина О.В.

Рязанский государственный медицинский университет, Городская клиническая больница №11, Рязань

Синдром Марфана – тяжелое наследственное системное заболевание соединительной ткани с выраженными патологическими нарушениями в опорно-двигательной, зрительной и сердечно-сосудистой системах. Наследуется по аутосомно-доминантному типу. Синдром Марфана вызван дефектами FBN1 гена в 15 хромосоме. В результате происходит повышение синтеза коллагена типа 3 и уменьшение содержания коллагена типа 1. Распространенность в мире 1–3:5000 человек, в России – 1:10000. Неонатальная форма синдрома Марфана – это редкий тяжелый вариант манифестации (14% от общего числа случаев). Средняя продолжительность жизни детей, страдающих данной патологией, – 4 года.

Цель исследования: Демонстрация случая редкой неонатальной формы синдрома Марфана. Клинический случай. Больной N, от первой беременности, протекавшей с гестозом во II триместре. Роды I, срочные, путем кесарева сечения. Масса тела при рождении 3230 г, длина тела 53 см. Оценка по шкале Апгар 7-8 баллов. На основании множественных внешних аномалий (долихоцефалия, арахнодактилия, воронкообразная грудная клетка и ряд других признаков) в родильном доме у ребенка был заподозрен синдром Марфана, неонатальная форма. В ходе дальнейшего обследования на ЭхоКГ выявлено выраженное расширение аорты на уровне синусов Вальсальвы, восходящего отдела; расширение ствола легочной артерии с недостаточностью клапана, недостаточность митрального клапана (миксоматоз и умеренное пролабирование створок, удлинение и дисфункция хорд), недостаточность трикуспидального клапана (реверсный кровоток в системных венах); незначительная дилатация полости левого желудочка, систолическая компрессия правого желудочка. Заключение офтальмолога: глаукома вторичная субкомпенсированная. Двухсторонний подвывих хрусталиков. Косоглазие расходящееся непостоянное. При НСГ обследовании – расширение левого сосудистого сплетения. Консультация невролога: задержка двигательного развития, мышечная гипотония, перинатальная энцефалопатия. Консультация ортопеда: пяточные стопы, локтевая косорукость. Для подтверждения диагноза была проведена ДНК-диагностика. Методом прямого автоматического секвенирования в экзоне 27 гена FBN1 выявлена ранее не описанная замена C.3285>G (p.Cys1095Trp) с неизвестным клиническим значением в гетерозиготном состоянии. В результате ДНК-анализа данной замены у клинически здоровых родителей пробанда не обнаружено. Полученные результаты свидетельствуют в пользу патогенности выявленной замены и подтверждают возникновение мутации de novo. Таким образом, на основании наличия больших

критериев синдрома Марфана и генетического подтверждения мутации гена FBN1 можно утверждать, что ребенок действительно страдает неонатальной формой синдрома Марфана, несмотря на то, что данных о представленной у него замене ранее не было. Пациент с рождения периодически проходит стационарное обследование и лечение. В настоящее время ребенку 2 года 6 месяцев. Присутствуют морфологические признаки синдрома Марфана: арахнодактилия, воронкообразная грудная клетка, относительно длинные и тонкие конечности, чрезмерная гибкость суставов, долихоцефалия, выраженное плоскостопие. Наблюдается отставание в физическом и психоречевом развитии. Ребенок регулярно наблюдается у специалистов, получает симптоматическое лечение. Заключение: Несмотря на редкость данной патологии, педиатры, неонатологи и кардиологи должны быть насторожены в отношении данного заболевания и вовремя осуществлять диагностический поиск у детей с множественными внешними аномалиями в сочетании с кардиальной и офтальмологической патологией.

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ИХ КОРРЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ, ЗАКОНЧИВШИХ ЛЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

Гусева М.А.

Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д. Рогачева Минздрава России, Москва

Лечение онкологического заболевания, связанное с высокой ятрогенной агрессией и длительной социальной изоляцией, негативно влияет не только на соматическое состояние ребенка, но и на его психику, на развитие и становление личности. Длительный эмоциональный стресс, ощущение утраты контроля и свободы, невозможность уединения в условиях клиники, семейная депривация, ощущение агрессии и насилия со стороны значимых людей – врачей, родителей – далеко не полный перечень травматичных для психики ребенка ситуаций. Клиническая диагностика и наблюдение пациентов в реабилитационном центре выявили у ряда детей травматический опыт, связанный с патологическими паттернами взаимодействий с матерью, который проявляется эмоциональным дистанцированием матери, защитными симбиотическими отношениями или сочетанием того и другого. Эмоциональная отстраненность матери может быть связана с ее низкими адаптационными возможностями, определяемыми ее психической незрелостью или депрессией, и выражается в ее неспособности столкнуться с непереносимым чувством страха перед онкологическим заболеванием ребенка, а значит, и с его чувствами тоже. В этой ситуации мать не осуществляет контейнирующую функцию, становясь «нечувствительной матерью», и ребенок находится в эмоциональной изоляции. В силу незрелости психики и множества травмирующих факторов ребенок не может самостоятельно справиться с тяжелым эмоциональным состоянием. Негативными последствиями являются нарушения в эмоционально-поведенческой сфере, проявляющиеся у детей эмоциональными, поведенческими, соматическими и социальными симптомами: высокой тревожностью, страхами, агрессией, субдепрессией, блокированием негативных аффектов и проблемами в выражении своих чувств, регрессивными, аутоагрессивными и избегающими формами защитного поведения, неврологической симптоматикой, школьной дезадаптацией. Степень тяжести симптомов коррелирует с возрастом ребенка, его индивидуальными личностными особенностями, наличием адаптивных защитных психологических механизмов и копинг-стратегий, особенностями функционирования семейной системы и пр., а их проявления связаны с возрастным уровнем психического реагирования и со степенью защитного регресса у

конкретного ребенка, а также с возрастом начала лечения, локализацией опухоли, токсичностью специального лечения. В возрасте до 3-х лет симптомы проявляются комплексом сомато-вегетативных реакций (общей и вегетативной возбудимостью, нарушениями сна, аппетита, желудочно-кишечными расстройствами); от 4 до 6 лет психомоторными нарушениями (гипердинамическими расстройствами различного генеза, психомоторной возбудимостью, тиками, заиканиями, страхами); от 7 до 12 лет в симптомах выражен аффективный компонент (аффективная возбудимость с явлениями негативизма, агрессии, аутоагрессии, депрессии; невротические реакции, аутизация). Факторы риска – наличие в анамнезе других психотравмирующих событий (развод, утраты), дисфункции семейной системы, тяжелая психолого-социальная дезадаптация у родителей, травмы привязанности, сниженный интеллект у ребенка, посттравматическое стрессовое расстройство у матери, ее низкая способность к контейнированию негативных аффектов у ребенка. При отсутствии своевременных психокоррекционных вмешательств могут формироваться различного рода психопатологии и личностные проблемы (инфантилизм, позиция жертвы, ипохондрия, пассивность, снижение мотивации к деятельности и самооценки и пр.). Задачи и методы психокоррекции связаны с характером симптомов, возрастом ребенка, особенностями его индивидуального развития и внутрисемейных взаимодействий. Наш опыт показывает, что на этапе реабилитации практически все дети нуждаются в психокоррекции по поводу различного рода нарушений в эмоционально-поведенческой сфере. Важные задачи психокоррекции на этом этапе – снижение тревожности, мобилизация внутренних ресурсов ребенка и членов его семьи, коррекция незрелых, часто травматических защитных механизмов, формирование совладающего поведения, коррекция индивидуального развития. Эффективные терапевтические интервенции – контейнирование негативных аффектов ребенка, установление связи аффектов с вызвавшими их травматическими событиями, интеграция травматических аспектов в образ «я». Невербальные методы психокоррекции, такие, как Юнгианская песочная терапия, арт-терапия, игровая и телесно-ориентированная терапия, достигающие области имплицитной памяти, где кодируется психотравма, дают наибольший положительный эффект при работе с этой категорией пациентов.

СОПОСТАВЛЕНИЕ ДАННЫХ УЛЬТРАЗВУКОВОГО И ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ НЕВРОПАТИИ БОЛЬШЕБЕРЦОВОГО НЕРВА У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Данилова М.Г., Салтыкова В.Г., Батрак М.Н., Усенко Е.Е.
Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Клинико-диагностический центр “Здоровье”», Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения РФ, Ростов-на-Дону, Москва

Цель и задачи работы: Повысить диагностическую эффективность ультразвуковых исследований большеберцового нерва при периферической диабетической нейропатии у детей, страдающих сахарным диабетом 1 типа, путем сопоставления данных ультразвуковых и электрофизиологических исследований.

Материалы и методы выполнения работы: Ультразвуковые исследования проводились на аппарате Mindray DC-8 pro, линейным датчиком с диапазоном частот 6-14 МГц, в В-режиме с примене-

нием цветового доплеровского и энергетического картирования. Электрофизиологические исследования проводились на аппарате Keurpoint (Дания). Были обследованы 20 детей 5-17 лет, страдающих сахарным диабетом 1 типа в течение 1-11 лет. Все пациенты имели клинические проявления диабетической периферической полинейропатии. Им было выполнено билатеральное ультразвуковое и электрофизиологическое исследование большеберцовых нервов. Полученные результаты: При ультразвуковом исследовании большеберцовых нервов выявлено: повышение эхогенности нервных стволов за счет утолщения гиперэхогенных оболочек нерва (эпиневрия и периневрия) – в 100% случаев, утолщение отдельных фасцикул у 6 (30%) пациентов, значительная сглаженность интраневральной пучковой дифференцировки – у 12 (60%) пациентов, умеренная сглаженность интраневральной пучковой дифференцировки – у 8 (40%) пациентов. Также отмечалось увеличение площади поперечного сечения нервов (по сравнению с возрастной нормой): – в проксимальном отделе, на уровне 1 см дистальнее бифуркации седалищного нерва в 2 раза у 1 (0,5%) пациента, в 1,4-1,6 раза у 6 (30%) пациентов; – в дистальном отделе, на уровне медиальной лодыжки в 2 раза у 1 (0,5%) пациентов, в 1,4-1,6 раза у 6 (30%) пациентов. В режиме цветового доплеровского и энергетического картирования в 100% случаев – полное отсутствие васкуляризации нервных стволов. Выявленные ультразвуковые изменения свидетельствуют о дегенеративно-дистрофических изменениях большеберцовых нервов. При электрофизиологическом исследовании большеберцовый нерв был раздражен на уровне медиальной лодыжки и подколенной ямки. Было отмечено повышение порога вызывания М-ответа у 7 (35%) пациентов до 100 мА при длительности стимула 0,2-0,3 мс, у 13 (65%) пациентов до 70 мА при длительности стимула 0,1-0,2 мс. Моторные потенциалы были зарегистрированы с мышцы короткого сгибателя большого пальца стопы, выявлено нерезкое удлинение латентного периода моторных ответов до 5,8 мс у 6 (30%) пациентов и до 5,4 мс у 13 (65%) пациентов, до 6 мс у 1 (0,5%) пациента; снижение скорости проведения возбуждения по нервным волокнам у 13 (65%) пациентов до 34 м/с, у 6 (30%) пациентов до 31 м/с и у 1 (0,5%) пациента до 28 м/с. Выявленные нарушения свидетельствуют о наличии моторного невральное уровня поражения большеберцовых нервов демиелинизирующего характера.

Выводы: Полученные данные позволяют применять ультразвуковые исследования для диагностики изменений большеберцового нерва при сахарном диабете 1 типа с развитием диабетической периферической полинейропатии у детей, так как у всех пациентов, имеющих экзоструктурные изменения большеберцового нерва, были выявлены изменения при электронейромиографии. Однако ввиду малого количества наблюдений необходимо дальнейшее исследование данной группы пациентов.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГАЛАКТОЗЕМИИ 1-ГО ТИПА У НОВОРОЖДЕННОГО.

Демина И.В., Гусарова С.А., Попова М.В., Водолазская Е.В., Белова Е.А., Михалева Е.В.
Воронежская областная детская клиническая больница №1, Воронеж

Цель и задачи: Проанализировать случай галактоземии у новорожденного.

Методы и материалы: Изучена история болезни больного Г., 26.12.2016 г.р.

Методы обследования: Клинические, лабораторные, рентгенологические, функциональные.

Результаты: Ребенок родился от IV беременности (I – II – замершие беременности, III роды), протекавшей на фоне токсикоза I половины,

анемии II половины, гестоза (отеки), хронической внутриутробной гипоксии плода, хронической фетоплацентарной недостаточности. Роды II, преждевременные (34 недели), самостоятельные. Масса тела при рождении 2560 г, рост 48 см. Окружность головы 33 см. Окружность груди 32 см. Закричал сразу, к груди приложен на 1 сутки. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. В возрасте 4 суток жизни (30.12.2016 г.) ребенок переведен из родильного дома №3 в отделение патологии новорожденных и недоношенных №1 (ОПНН №1) БУЗ ВО «Воронежской областной детской клинической больницы» («ВОДКБ №1») с диагнозом: церебральная ишемия 2 степени, синдром угнетения; отечный синдром; недоношенность 34 недель гестации; риск реализации внутриутробной инфекции. Состояние при поступлении в ОПНН №1 тяжелое за счет неврологической симптоматики. Двигательная активность снижена. Кожные покровы субиктеричные. Аускультативно в легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Частота дыхания 42 в 1 минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные. Частота сердечных сокращений 144 в 1 минуту. При обследовании в общем анализе крови лейкоцитоз (20,1x10⁹/л); в биохимическом анализе крови повышение уровня мочевины (6,0 ммоль/л), АЛАТ (103 Е/л), АСАТ (331 Е/л), общего билирубина (245 мкмоль/л). Неонатальный скрининг взят 31.12.2016 г. В коагулограмме от 31.12.2016 г. повышен уровень активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) до 173 секунд, международного нормализованного отношения (МНО) до 5,0, протромбинового времени (ПТВ) до 60 секунд. В течение недели сохранялись признаки гипокоагуляции. Ребенок находился на смешанном вскармливании, получал частичное парентеральное питание, антигеморрагическую и антибактериальную терапию. 05.01.2017 г. состояние ребенка ухудшилось: появилась рвота «кофейной гущи», в коагулограмме признаки гипокоагуляции (АЧТВ более 300 секунд). Несмотря на трансфузию свежемороженой плазмы (СЗП), АЧТВ оставался более 300 секунд. УЗИ гастропанкреатодуоденальной зоны (ГПДЗ): признаки гепатомегалии, холепатии, асциты. 10.01.2017 г. для дальнейшего лечения ребенок переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). При поступлении в ОРИТ состояние ребенка тяжелое за счет интоксикации. Печень +3 см из-под края реберной дуги. Нейросонография (13.01.2017 г.): признаки выраженных гипоксически-ишемических изменений головного мозга. Проконсультирован офтальмологом (13.01.2017 г.): вторичная врожденная диффузная катаракта. Ребенок был обследован в лаборатории наследственных болезней обмена веществ. В гене GALT (наследственная галактоземия тип I) обнаружена мутация p.Q188R и p.K285N в компануд-гетерозиготном состоянии. В ОРИТ проводилось вскармливание «Нутрилак пептиди сцт», получал частично парентеральное питание, антибактериальную и метаболическую терапию, офтан катахром. С 15.01.2017 г. по 20.01.2017 г. – ИВЛ. Дважды проводилась трансфузия эритроцитарной массы (16.01.2017 г. и 26.01.2017 г.) при гемоглобине 63-62 г/л. На фоне проводимого лечения состояние ребенка стабилизировалось, с положительной динамикой переведен в отделение патологии новорожденных и недоношенных №3 (ОПНН №3) в возрасте 1 месяца 20 дней. Неонатальный скрининг от 17.02.2017 г.: галактоза 8 мг/дл (норма до 7,1 мг/дл). Общий, биохимический анализы крови, коагулограмма без особенностей. УЗИ ГПДЗ (07.03.2017 г.) сохраняются признаки гепатомегалии. В ОПНН №3 получал лечение: смесь Нутрилак БЛ, антибактериальную, гепатопротекторную, метаболическую терапию. Ребенок выписан домой в возрасте 2 месяцев 9 дней в удовлетворительном состоянии.

Выводы: Практический интерес данного наблюдения обусловлен редкостью заболевания, анализом современных возможностей диагностики. Данный случай интересен тем, что своевременная диагностика и проведение необходимых исследований при этом

диагнозе позволили стабилизировать состояние ребенка и определить тактику дальнейшего наблюдения и лечения.

СЛУЧАЙ ТУБЕРОЗНОГО СКЛЕРОЗА У РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Демина И.В., Ельчанинова О.Е., Игринева Е.Н., Ситаева Н.В., Бавыкина О.В., Славнова О.В.

Воронежская областная детская клиническая больница №1, Воронеж

Цель и задачи: Проанализировать случай туберозного склероза у ребенка первого года жизни.

Методы и материалы: Изучены истории болезни ребенка У., 04.01.2018 г.р.

Методы обследования: Клинические, лабораторные, рентгенологические, функциональные (доплер эхокардиография (ДЭХО-КГ), холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ)), электрокардиограмма (ЭКГ), ультразвуковое исследование внутренних органов, мозга (УЗИ), магниторезонансная томография (МРТ) головного мозга, электроэнцефалография (ЭЭГ).

Результаты: Ребенок родился от VI беременности (I – II – роды, III – IV – медицинский аборт, V – внематочная беременность), протекавшей с угрозой прерывания в 17 недель, анемией II половины, гестозом (отеки), хронической внутриутробной гипоксией плода. В 27 недель беременности зарегистрировано нарушение ритма сердца у плода. При проведении ДЭХО-КГ в 27 недель выявлено объемное образование миокарда (множественные рабдомиомы?). Роды III, срочные, кесарево сечение. Масса тела при рождении 3570 г, длина 54 см. В возрасте 6 суток ребенок был переведен в отделение патологии новорожденных и недоношенных №2 БУЗ ВО «Воронежская областная детская клиническая больница №1». При осмотре состояние ребенка средней тяжести. Реакция на осмотр адекватная. Кожные покровы чистые, субиктеричные. Мышечный тонус умеренно снижен в группе сгибателей, рефлексы вызываются. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены. Частота сердечных сокращений до 160 ударов в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание не нарушены. ДЭХО-КГ 10.01.18 г. – множественные объемные образования в миокарде и полостях обоих желудочков сердца без нарушения гемодинамики. Открытое овальное окно с малым сбросом. Нейросонограмма от 11.01.18 г. – объемное образование в проекции каудоталамической вырезки, гипоксия, ликвородинамические нарушения. УЗИ почек, надпочечников от 11.01.18 г. – мелкие кисты паренхимы почек, выраженные диффузные изменения паренхимы почек, пиелоктазия с двух сторон. МРТ головного мозга 17.01.18 г. – признаки многоочагового поражения больших полушарий головного мозга с наличием субэпендимальных узлов, незначительных ликвородинамических нарушений (MP – данные могут соответствовать туберозному склерозу). ЭКГ 11.01.18 г. – пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия. ЧСС= 230 в 1 минуту. Вертикальное положение электрической оси сердца (ЭОС). ХМ ЭКГ 16.01.18 г. – нарушение ритма представлено одиночными, парными, групповыми, с транзитной аберрацией проведения импульса, блокированными суправентрикулярными экстрасистолами. Зарегистрированы пароксизмы суправентрикулярной тахикардии с ЧСС до 241 ударов в 1 минуту, индуцированной суправентрикулярной экстрасистолой с максимальной длительностью до 4 минут. Регистрируются паузы ритма с RR до 1008 мсек, вызванные блокированными экстрасистолами, выскальзывающими предсердными сокращениями. При повторном исследовании на МРТ головного мозга 13.02.18 г. – признаки многоочагового поражения больших полушарий головного мозга с наличием субэпендимальных узлов, кортико-субкортикальных узлов – соответствует тубероз-

ному склерозу. Учитывая сигнальные характеристики узла в левом боковом желудочке, нельзя исключить наличие субэпендимальной гигантоклеточной астроцитомы. Признаки легкой корковой субатрофии в височных долях, выраженнее справа. ЭЭГ 16.02.18 г. – биоэлектрическая активность головного мозга соответствует возрасту. Эпилептиформная активность, локальные изменения не зарегистрированы. МРТ почек от 21.02.18 г. – признаки ротации правой почки, поликистоза II степени. Консультация окулиста 15.02.18 г. – патологии не выявлено. Ребенок проконсультирован неврологом, генетиком 19.02.18 г. – туберозный склероз. Выводы: Данный случай интересен тем, что своевременная диагностика и проведение необходимых исследований при данном диагнозе позволили стабилизировать состояние ребенка и определить тактику дальнейшего наблюдения и лечения.

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДИСТРОФИЧЕСКИМ ТИПОМ БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА. ОПЫТ РОССИИ

Дубровина Я.С.

Благотворительный фонд «БЭЛА. Дети-бабочки», Москва

Введение: Буллезный эпидермолиз (БЭ) – это тяжелое заболевание, поражающее многие части тела. При этом реабилитационная терапия пациентов с БЭ обычно направлена на сохранение функций кистей, которая может значительно страдать, особенно при пограничном и дистрофическом типе БЭ. На моторное развитие в целом обращают мало внимания. Однако, как нетрудно понять, пузыри и эрозии, покрывающие тело ребенка, отрицательно влияют на каждое его движение и могут затруднять его познание окружающего мира. Учитывая большую ценность раннего опыта и его влияние на дальнейшее развитие ребенка, надо признать, что эта проблема требует большого внимания со стороны врачей. У большинства детей с БЭ наблюдается та или иная степень задержки раннего моторного развития. Из-за пузырей и боли детям сложно лежать на животе и ползать. Многие дети подолгу сидят, стараясь не менять положения тела. Как следствие, вставать и ходить дети начинают поздно и неохотно. Поэтому приступать к реабилитационной терапии нужно достаточно рано, особенно при дистрофическом типе БЭ, а также, в зависимости от степени тяжести, при простом и пограничном БЭ. Следует в домашних условиях стимулировать развитие двигательных навыков ребенка. Важно найти золотую середину между защитой ребенка от травмирования, ведущего к образованию пузырей и эрозий, и поощрением его естественной двигательной активности. Цели: В случае с таким редким и тяжелым заболеванием, как буллезный эпидермолиз, которое сказывается не только на кожных покровах, но и на многих внутренних системах организма пациента, оказалось крайне важным разработать систему реабилитационных мероприятий для пациентов с дистрофическим типом для самостоятельных занятий дома, он-лайн занятий с терапевтом, а также методических рекомендаций для специалистов, занимающихся с детьми на отделении реабилитации. С 2018 года фонд «Дети бабочки» в России начал активную деятельность в направлении реабилитации. Целью программы является поддержание общего состояния здоровья детей с буллезным эпидермолизом, улучшение состояния их кожи, предотвращение рецидивов и замедление прогрессирования заболевания, а также социальная и психологическая адаптация. Методы: Реабилитационная терапия детей-бабочек – это уникальная программа, разработанная врачами фонда. В нее входят: логопедические (занятия) упражнения, артикуляционная гимнастика, эрготерапевтические методики, кистевая гимнастика, физические игры и упражнения, изготовление индивидуальных ортезов. Перед тем как начать лечение, терапевт должен выполнить детальную оценку

состояния пациента. Модель МКФ, сформулированная Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ 2001), рекомендована в качестве основы при организации и управлении лечением пациента. В процессе оценки пациента: фиксируются те анатомические структуры (суставы, мышцы, тонус, чувствительность и т.д.), которые повреждены фиксируются моторные навыки, которые возможны для пациента составляется список всех имеющихся дефицитов. Результаты: Результатом внедрения реабилитационной терапии в повседневную жизнь детей с БЭ стали: самостоятельные занятия в семье, выполнение домашних заданий терапевта; он-лайн занятия и консультации; патронаж терапевтом семей и проведение реабилитационных мероприятий на дому; написание методических рекомендаций для специалистов по реабилитации и семей. Выводы: Осуществление реабилитационной программы показало нам, что написание методического пособия и рекомендаций для специалистов, а так же консультирование семей в корне изменят общее состояние здоровья детей, улучшат состояние кожи, мышц и подвижность суставов, повлияют на предотвращение рецидивов и замедление прогрессирования заболевания, а также помогут в социальной и психологической адаптации.

МАРКЕРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ АЛЛЕРГЕН-СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ПОЛЛИНОЗОМ И ПЕРЕКРЕСТНОЙ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ

Ерешко О.А., Макарова С.Г., Намазова-Баранова Л.С., Вишнева Е.А., Кожевникова О.В., Сновская М.А., Алексеева А.А.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва

Актуальность: Ранняя манифестация, высокая распространенность и склонность к тяжелому течению поллинозов и перекрестной пищевой аллергии (ПА) у детей делает актуальным изучение новых методов диагностики для повышения эффективности терапии данных пациентов.

Цель: Изучить маркеры эффективности сублингвальной иммунотерапии (СЛИТ) в отношении симптомов поллиноза и перекрестной ПА у детей с различными профилями сенсibilизации.

Задачи: 1) Изучить профили сенсibilизации к рекомбинантным аллергенам пыльцы березы у детей с поллинозом и перекрестной ПА. 2) Оценить значимость наличия sIgE к мажорному и минорным компонентам пыльцы березы для эффективности СЛИТ у детей. 3) Проанализировать эффективность СЛИТ у детей с поллинозом и перекрестной ПА, проводивших лечение стандартизированными и не стандартизированными экстрактами пыльцы березы.

Материалы и методы: Обследован 161 ребенок (5-17 лет) с проявлениями весеннего поллиноза и перекрестной ПА. Определены sIgE к аллергену пыльцы березы и рекомбинантным аллергокомпонентам (rBet v1, rBet v2, rBet v4, rBet v6) на автоматическом анализаторе ImmunoCap 250. Проведено 2 курса СЛИТ. Дети 1 группы (n=125) получали терапию стандартизированным экстрактом пыльцы березы. Дети 2 группы (n=36) – водно-солевым раствором экстрактов аллергенов деревьев. Оценка симптомов поллиноза произведена по схеме А.Д. Адо. Проявления перекрестной ПА оценены с помощью диагностического введения продукта.

Результаты: Выявлено 5 профилей сенсibilизации. Моносенсibilизация к rBet v1 отмечена у 46,58% пациентов. У 53,4% профили сочетали присутствие sIgE к rBet v1 и к одному, двум или трем минорным аллергенам (44,09%, 7,45% и 1,86% соответственно). Оценка эффективности СЛИТ в отношении симптомов поллиноза: – у детей 1 группы положительный эффект был достигнут в 91,20% случаев, высокая эффективность (3-4 балла по А.Д. Адо) была

отмечена в 72,80%. Наибольший процент высокой эффективности СЛИТ (81,67%) был получен у детей с моносенсибилизацией к гBet v1, наименьший (50,00%) у пациентов, имеющих в профиле slgE к гBet v1, гBet v2 и гBet v6. – у детей 2 группы положительный эффект был получен в 88,00% случаев, высокая эффективность была отмечена в 53,33%. Наибольший процент высокой эффективности СЛИТ (66,67%) был отмечен у детей с моносенсибилизацией к гBet v1, наименьший (50,00%) у детей с наличием в профиле slgE к гBet v1, гBet v2 и гBet v6. У пациентов обеих групп, имеющих slgE ко всем аллергокомпонентам пыльцы березы эффекта от СЛИТ не было. Оценка эффективности СЛИТ в отношении симптомов перекрестной ПА: – у детей 1 группы положительный эффект был получен в 65,60% случаев, из них 17,6% пациентов сформировали толерантность к ранее непереносимым продуктам. Наибольший процент эффективности (76,66%) наблюдался у детей с моносенсибилизацией к гBet v1, наименьший (30,00%) у пациентов, имеющих в профиле slgE к гBet v1, гBet v2 и гBet v6. У детей, имеющих slgE ко всем аллергокомпонентам пыльцы березы, эффекта от СЛИТ не было – у детей 2 группы положительный эффект был получен в 13,8%. Ни одному пациенту не удалось сформировать толерантность к ранее непереносимым продуктам. У детей, имеющих slgE ко всем аллергокомпонентам березы, эффекта от СЛИТ не было. Выводы: Наличие slgE у детей только к гBet v1 ассоциировано с высокой эффективностью СЛИТ ($p=0,0001$). Определение в профиле сенсibilизации к гBet v2 и гBet v4 сочетается с низким эффектом иммунотерапии экстрактами аллергенов пыльцы деревьев ($p=0,0002$). Наличие slgE к гBet v6 не выявило статистически значимой разницы в клинической эффективности иммунотерапии. СЛИТ стандартизированным экстрактом аллергена пыльцы березы снижает выраженность как клинических симптомов поллиноза, так и перекрестной ПА ($p=0,0001$). СЛИТ водно-солевым раствором экстрактов аллергенов деревьев эффективна только в отношении симптомов поллиноза ($p=0,0002$).

ЛЕЧЕНИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ У ДЕТЕЙ СО СЛОЖНЫМИ ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА НА КЛИНИЧЕСКОМ ПРИМЕРЕ РЕБЕНКА С ФУНКЦИОНАЛЬНО ЕДИНСТВЕННЫМ ЖЕЛУДОЧКОМ

Зубкова К.А.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Министерства здравоохранения России, Москва

Введение: У новорожденных с врожденными пороками сердца, гемодинамически протекающими как единственный желудочек, признаки недостаточности кровообращения нарастают быстрыми темпами – со вторых-третьих суток жизни.

Идея: Показать торпидность развития недостаточности кровообращения у новорожденных при сложных врожденных пороках сердца несмотря на применение мощной медикаментозной терапии. **Цель:** Изучить клинический случай пациента с врожденным пороком сердца (функционально единственный желудочек, транспозиция магистральных артерий); оценить скорость нарастания недостаточности кровообращения у данного пациента; проанализировать роль медикаментозной терапии в ее коррекции.

Материалы и методы: Проведен анализ медицинской документации пациента с врожденным пороком сердца (функционально единственный желудочек, транспозиция магистральных артерий), статей отечественных и зарубежных авторов по диагностике, лечению и наблюдению пациентов с данным пороком.

Результаты: Пациенту, второму из двойни, пренатально был поставлен диагноз врожденный порок сердца (ВПС) – функционально единственный желудочек (ЕЖ), транспозиция магистральных артерий (ТМА). При рождении состояние пациента было расценено как удовлетворительное, вес 2343г, рост 49 см, Апгар 7/8 баллов. ЭХО-КГ постнатально подтвердило диагноз ВПС – ТМА; ЕЖ – двуприоточного, двуотточного; межпредсердное сообщение (МПС) 5,2 мм; открытый артериальный проток (ОАП) 5,5 мм. Одышка и тахикардия после крика и сосания появились на вторые сутки жизни. Это соответствует 1 степени недостаточности кровообращения (НК) по классификации Белоконов. На основании этого была начата диуретическая терапия – верошпирон 4мг/кг/сут 2 раза в день per os. К 3 суткам жизни НК выросла до 2А степени (печень выступает на 2.5 см ниже реберной дуги, тахикардия до 170 уд/мин и одышка проявляется в покое), что потребовало назначения дигоксина в дозе насыщения (0,00005 г/кг за 6 приемов) с последующим переходом на поддерживающую дозу (0,00001 г/кг/сут в 2 приема) и усиления диуретической терапии начальной дозой фуросимида 1 мг/кг/сут. К 8 суткам жизни печень выступает на 3 см ниже реберной дуги, уровень церебральной активности снижен (быстрое истощение рефлексов, повышенная двигательная активность при осмотре), перевод на зондовое питание. Учитывая отрицательную динамику в виде нарастания НК, диуретическая терапия усилена – доза фуросемида увеличена до 2мг/кг/сут. По результатам ЭХО-КГ левое и правое предсердия умеренно увеличены; легочная артерия расширена; легочная гипертензия; ВПС – ТМА, ЕЖ – двуприоточный, двуотточный; МПС 9 мм; ОАП – 5 мм, ламинарный кровоток. На 14-е сутки жизни при осмотре пациента выявляются влажные мелкопузырчатые хрипы, выражены сильнее справа. По данным рентгенографии грудной клетки усиление прикорневого легочного рисунка больше справа, увеличение тени сердца, снижение прозрачности легочных полей. Учитывая развивающуюся картину отека легких (НК 2Б степени), пациент переведен на струйное введение фуросемида 3мг/кг/сут. При наличии мощного медикаментозного лечения к 17 суткам жизни (верошпирон 4мг/кг/сут per os +фуросемид 3мг/кг/сут/ струйно +дигоксин в поддерживающей дозе) явления НК 2Б степени прогрессирует – диффузные влажные мелкопузырчатые хрипы. В связи с прогрессирующим нарастанием НК, рефрактерной к терапии, было принято решение о проведении паллиативной хирургической операции Мюллера (суживание легочной артерии). На 21 сутки жизни пациенту была проведена операция в НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева с положительным эффектом. Операция позволила в сочетании с медикаментозной терапией компенсировать явления НК, стабилизировать состояние пациента и выписать его домой в удовлетворительном состоянии.

Обсуждение: Раннее начало лечения недостаточности кровообращения на фоне сложных ВПС позволяет стабилизировать состояние и отсрочить время хирургической коррекции. Однако торпидное к терапии течение недостаточности кровообращения при сложных ВПС требует раннего старта многоэтапной хирургической коррекции.

РОЛЬ МОТОРНОГО ОНТОГЕНЕЗА В СТАНОВЛЕНИИ АНТИГРАВИТАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Игнатов Д.А., Лупандина-Болотова Г.С.

Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Министерства здравоохранения РФ, Москва

Аннотация: В становлении антигравитационных свойств системы позвоночник – аутохтонная мускулатура большую роль играет стадийность и последовательность развития двигательных навы-

ков на первом году жизни ребенка. Моторный онтогенез в своем естественном развитии позволяет реализовать весь спектр амортизирующих свойств позвоночника (сохранение подвижности между позвонками (ротация), осевое вытяжение, координация движений). Нарушение последовательности и некорректное, несвоевременное вмешательство приводит к снижению амортизирующей функции и потере равновесия, уменьшению стабилизации системы таз – позвоночник – голова.

Цель исследования: Оценить влияние последовательного развития моторных навыков на становление антигравитационных функций системы позвоночник – аутохтонная мускулатура на первом году жизни, выявить закономерность возникновения ошибок при стимуляции моторного онтогенеза.

Пациенты и методы: В исследовании приняли участие 232 ребенка с ПП ЦНС в возрасте от 2 месяцев до 1 года. После первичного осмотра дети были разделены на 2 группы: основную и группу сравнения. Всем детям проводилась комплексная реабилитация. Один реабилитационный курс у детей основной группы (N=123) включал в себя 7 процедур массажа и 7 процедур прикладной кинезотерапии, включавшей обучение родителей различным физиологичным приемам стимуляции моторного онтогенеза, выявление ошибок, допускаемых родителями при повседневном обращении с ребенком и формирование у них понимания последовательности развития ребенка. Реабилитационный курс у детей из группы сравнения (N=109) включал 7 процедур массажа и 7 процедур прикладной кинезотерапии, теоретическая работа с родителями не проводилась. Дети обеих групп получали курс реабилитации в возрасте 3 (1 точка) и 7-8 (2 точка) месяцев. Оценка двигательного развития производилась в 3, 7-8 месяцев и в 1 год (3 точка). Оценивали следующие физиологические паттерны: устойчивое положение на боку, наклонное сидение, четвереньки, активная вертикализация из положения опоры на одно колено, самостоятельная ходьба.

Анализ полученных результатов: 1. Частота использования физиологичных паттернов в основной группе в 1-й точке составила 48,7% (60 детей), во 2-й точке – 74% (91 ребенок), в 3-й точке – 92,7 (114 детей) в контрольной группе – в 1-й точке – 49,5 % (54 ребенка), во 2-й 49,5 % (65 детей), в 3-й – 80,7% (88 детей). 2. Частота формирования патологического функционального кифоза (оценка во 2-й точке) у детей в основной группе составила 4,8% (6 детей), в контрольной группе – 10% (11 детей). В основной группе патологический кифоз формировался у детей, родители которых не соблюдали рекомендации по стимуляции моторного онтогенеза, использовали ходунки и пассивные присаживания ребенка. 3. Выявлены наиболее распространенные ошибки в стимуляции двигательных навыков в течение первого года жизни: пассивная вертикализация (40,5%), пассивное присаживание (44,8%), вождение за руки после самостоятельной вертикализации (13,8%). В основной группе в 1-й точке выявлена пассивная вертикализация у 30,5% родителей. Во 2-й точке ошибки выявлены у 8,1%. В возрасте 1 год основной группе ошибки в стимуляции двигательных навыков не выявлялись. В группе сравнения в 1-й точке пассивную вертикализацию использовали 25% родителей, во 2-й точке пассивную вертикализацию и пассивное присаживание, в том числе из положения на спине, применяли 54%, в возрасте 1 год (3-я точка) вождение за руки отмечено у 24,7%. 4. Двигательный паттерн «самостоятельная ходьба» в основной группе реализован в возрасте Me=12 месяцев, к группе сравнения Me=14 месяцев, при сравнении двух групп разница статистически значима, $p < 0,05$, частота падений вследствие потери равновесия на момент реализации паттерна в основной группе составила 2 (в течение часа), в группе сравнения 8, разница статистически значима, $p < 0,05$.

Выводы: Полнота реализации физиологичных двигательных паттернов зависит от сохранения их последовательности. Естественная

антигравитационная функция системы позвоночник – аутохтонная мускулатура максимально реализуется при корректной, физиологичной стимуляции двигательных навыков. Обучение родителей физиологичным приемам стимуляции моторного онтогенеза является важной частью реабилитационного процесса и значительно повышает эффективность реабилитации, позволяет избежать ошибки в стимуляции двигательных навыков, устранить функциональные нарушения при наличии последствий перинатального поражения ЦНС и обеспечивает непрерывность лечебного процесса.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗИОГРАММЫ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ТРОМБОФИЛИЕЙ

Ильина А.А., Мищенко А.Л., Баринаева А.С., Ахалова Е.А., Кокая И.Ю., Мазуркевич М.В., Побединская О.С., Шморгунов Т.В., Царева Л.Э., Дубовец Н.Ф.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, кафедра госпитальной педиатрии им. академика В.А. Таболина (зав. кафедрой проф. Шумилов П.В.); Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница №52» Департамента здравоохранения Москвы (главный врач Лысенко М.А.), Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая больница им. З.А.Башляевой» Департамента здравоохранения Москвы (главный врач Османов И.М.), Москва

В настоящее время одной из основных задач педиатрии остается проблема различных нарушений системы гемостаза, включающая как геморрагический синдром, так и тромботические осложнения, особенно на фоне наличия полиморфизмов генов свертывающей системы крови. Показатель частоты возникновения тромбозов у детей во всем мире остается достаточно высоким (0,7-2,0 на 100 000 детей в год), поэтому внедрение и использование лабораторных методов, имеющих прогностическое значение, является актуальным. Цель: Оценить показатели гемостазиограммы с учетом данных анамнеза и различных клинических синдромов у детей с наследственной тромбофилией (НТ).

Материалы и методы: Дети грудного возраста (n=26) с верифицированной НТ. Показатели гемостазиограммы включали плазменное звено, тромбозластограмму, функцию тромбоцитов, диагностику ДВС и антифосфолипидные антитела (АФА).

Результаты: При оценке соматического анамнеза матерей, родивших детей с НТ, чаще диагностировались хронические заболевания ЖКТ (40%), у каждой третьей миопия (36%) и ВСД (32%), а у каждой пятой хроническая инфекция мочевыводящих путей и гипотиреоз (по 20% соответственно). Гинекологический анамнез был осложнен у каждой третьей женщины эрозией шейки матки (32%), у каждой пятой бесплодием (24%), а также миомой матки и эндометриозом (по 16% соответственно). Среди акушерской патологии гестоз был у 40% женщин и у каждой второй угроза прерывания беременности (52%). Практически у каждой третьей женщины отмечалось ОРЗ (28%) и у каждой пятой токсикоз и анемия (по 24% соответственно). Также в анамнезе у каждой пятой женщины были неразвивающаяся беременность (24%), выкидыши (24%) и антенатальная гибель плода (16%). По нашим данным, каждая вторая женщина была родоразрешена путем кесарева сечения (50%) преимущественно по экстренным показаниям. Наиболее частыми полиморфизмами генов свертывающей системы крови, определенными методом ПЦР, были: PAI-1(77%), MTRR(73%), MTHFR(65,4%), FXII(61,5%), FXIII(53,8%), реже MTR и ITGA2 (по 46,1% соответственно), FGB (42,3%) и значительно

реже FV у 7,7% детей. В периоде ранней неонатальной адаптации у родившихся детей в результате перенесенной внутриутробной гипоксии (84,6%) в достаточно высоком проценте случаев были диагностированы морфофункциональная незрелость (38,5%), конъюгационная желтуха (27%), у каждого пятого задержка внутриутробного развития (19,2%), а также недоношенность и умеренная интранатальная асфиксия (по 11,5% соответственно). Состояние здоровья родившихся детей определялось также в высоком проценте случаев диагностикой ГИП ЦНС (84,6%), синдромом мышечной дистонии (61,5%), функциональных нарушений ЖКТ (42,3%) и у каждого пятого ребенка ликвородинамическими нарушениями и вегето-висцеральным синдромом (по 19,2% соответственно). И важно подчеркнуть, что у одного ребенка с мутацией Лейдена в сочетании с полиморфизмом гена MTRR в возрасте 6 месяцев было констатировано ОНМК в результате развившегося тромбоза. При офтальмоскопии детям с ГИП ЦНС и с НТ ангиопатия сетчатки констатирована также в высоком проценте случаев (88,5%). При этом наиболее частыми изменениями на глазном дне были полнокровие вен (95,7%), извитость артерий (87%), спазм артерий (60,7%) и у каждого второго серо-розовый цвет диска зрительного нерва (52,2%), отражающий морфофункциональную незрелость. Патогенетическим подтверждением гипоксии и риска тромбоза и/или геморрагического синдрома у детей с НТ явилась оценка показателей плазменного звена, тромбоэластограммы, функции тромбоцитов, маркеров ДВС и АФА (гемостазиограммы). По нашим данным, у детей с НТ была отмечена хронометрическая гиперкоагуляция (84,6%), повышение коагулянтной активности тромбоцитов (65,4%), у каждого третьего ребенка активация фибринообразования (30,8%), а также гиперфункция и гиперагрегация тромбоцитов (по 27% соответственно).

Заключение: Таким образом, тяжесть состояния детей грудного возраста с наследственной тромбофилией определяется перенесенной внутриутробной гипоксией и как следствие – гипоксическим поражением ЦНС в связи с патогенетически обусловленными нарушениями гемостаза, по данным изученных показателей гемостазиограммы, отражающих в большинстве случаев гиперкоагуляцию на фоне повышенной коагулянтной активности тромбоцитов. И в связи с этим именно дети с наследственной тромбофилией представляют собой группу риска по развитию как артериальных, так и венозных тромбозов, приводящих к развитию болезни, инвалидности и социальной дезадаптации.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДЕТЕЙ С ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ И МЕТОДЫ ИММУНОКОРРЕКЦИИ

Касохов Т.Б., Сохиева Ф.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России, Институт биомедицинских исследований «Владикавказский научный центр Российской академии наук», Владикавказ

Принимая во внимание то, что ведущее место в структуре заболеваемости детей занимают болезни респираторной системы, целью исследования явилось изучить состояние иммунологических параметров у детей с обструктивным бронхитом и оценить эффективность использования иммунокорректирующей терапии.

Материалы и методы выполнения: Для достижения поставленной цели нами были обследованы 77 детей страдающих обструктивным бронхитом в возрасте от 6 до 15 лет. Детей поделили на соответствующие группы. Первая группа получала стандартную

терапию (ингаляции, антибактериальное и противовоспалительное лечение). Вторая группа детей получала в комплексной терапии иммуномодулятор «Исмиген». Это иммуномодулирующий препарат последнего поколения. В его основу входят бактериальные лизаты, которые получены механическим воздействием для подъязычного приема. Иммуномодулятор обладает иммуностимулирующим и противомикробным действием. Влияет на системный и местный иммунитет. Способствует повышению метаболической активности альвеолярных макрофагов, что усиливает фагоцитарную активность. Иммуномодулирующий эффект проявляется активацией естественных киллеров, тем самым способствует высвобождению интерлейкина-1, интерлейкина-2, интерлейкина-6, интерлейкина-8, γ -ферона и фактора некроза опухоли; снижает синтез интерлейкина-4, интерлейкина-12, тем самым увеличивается концентрация иммуноглобулина А в секрете слюны, IgA, иммуноглобулина А, G, M; снижает уровень иммуноглобулина Е. Для оценки состояния иммунитета определяли популяционный и субпопуляционный состав лимфоцитов крови с помощью метода непрямой иммунофлюоресценции с использованием моноклональных антител CD3+, CD4+, CD8+. Концентрация иммуноглобулинов класса А, М, G определялись методом ИФА. Полученные данные обрабатывались методом статистики по программе СТАТИСТИКА 6.0.

Результаты и выводы: Результаты исследования показали, что у детей, страдающих обструктивным бронхитом, отмечались следующие нарушения иммунного статуса: достоверное снижение процентного содержания CD3+, CD4+, CD8+-лимфоцитов. Данные результаты свидетельствуют об остроте воспалительного процесса в начальном периоде обструктивного бронхита. В результате проведенных исследований до лечения отмечалось снижение уровня иммуноглобулина А, а уровень иммуноглобулинов G и M повышался. После иммуномодулирующей терапии отмечалось повышение уровня CD3+-лимфоцитов. Содержание Т-хелперов в результате комплексной терапии определилось как $46,4 \pm 1,2$, а у детей на фоне общепринятой терапии $47,4 \pm 1,2$. Это свидетельствует о том, что после окончания терапии отмечалась нормализация процентного содержания Т-хелперов у детей, получивших «Исмиген». Показатели CD8+-лимфоцитов на фоне проведенного лечения в комплексной терапии соответствовали таковым у здоровых детей. При сопоставлении исследуемых значений после лечения у детей в группе сравнения и в опытной группе был отмечен достоверный рост показателей процентного содержания CD3+-лимфоцитов, относительного и абсолютного количества CD4+-лимфоцитов, процентного содержания CD8+-лимфоцитов. После проведенного лечения содержание IgM в сыворотке у детей в группе сравнения достоверно оставалось выше нормы, что свидетельствовало о сохраняющейся остроте воспалительного процесса. В то время как в опытной группе у детей, получающих «Исмиген», уровень IgM достоверно снижается и не отличается от показателей группы детей, не получавших иммуномодулятор. Содержание иммуноглобулина G у детей, получавших «Исмиген», достоверно увеличивалось и восстанавливалось до нормы. В то время как у детей в группе сравнения после лечения этот показатель оставался таким же низким, как и до лечения. После проведения лечения у детей в контрольной группе был выявлен достоверный рост содержания IgG. Анализ содержания IgA в сыворотке у детей в группе сравнения и опытной группе показал, что у больных, получивших «Исмиген», пониженный уровень IgA достиг нормальных значений. Полученные данные свидетельствуют об эффективном влиянии иммуномодулятора «Исмиген» на показатели системного и местного иммунитета и могут быть использованы в лечении обструктивного бронхита у детей

НАСЛЕДСТВЕННАЯ ПАТОЛОГИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ РАННЕГО ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА: ПРОБЛЕМЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Козина А.А., Окунева Е.Г., Барышникова Н.В., Митина Т.И., Хрулев С.Е., Цуканов К.Ю., Шаталов П.А., Красненко А.Ю., Ильинский В.В.
ООО «Генотек ИТ», Научно-исследовательский институт биомедицинской химии им. В.Н. Ореховича, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения России, Научно-исследовательский клинический институт педиатрии им. акад. Ю.Е. Вельтищева, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения России, Москва, Нижний Новгород

Цель: Установление молекулярно-генетической причины спондилоэпифизарной дисплазии для прогноза течения заболевания и дальнейшей тактики ведения пациента.

Задачи: Провести секвенирование экзома, подтвердить клинический диагноз.

Материалы и методы: Данные клинического обследования пациента (осмотр, методы клинической лабораторной диагностики, инструментальные методы обследования); секвенирование экзома (NGS).
Результаты: По данным клинического обследования пациентки М., 13 лет, был установлен диагноз спондилоэпифизарной дисплазии, осложненной деформациями позвоночника (декомпенсированный быстропрогрессирующий груднопоясничный сколиоз 4 степени, грудной кифоз 3 степени, диагностированные в 8 месяцев) и нижней конечности (врожденный вывих правого бедра 5 ст. с укорочением конечности на 7 см). Учитывая задержку моторного развития (села в 10 месяцев, пошла в 2 года), недостаточное развитие мускулатуры верхних и нижних конечностей и трудности самостоятельной ходьбы в настоящее время, для исключения патологии мышечной ткани проведен анализ КФК – 53,7 Ед/л (норма 15 – 190). Учитывая наличие задержки физического развития (рост 123 см (<3 перц.), вес 22 кг (<3 перц.) и диспропорциональное телосложение (короткая шея, укорочение туловища), для исключения мукополисахаридозов было проведено исследование на экскрецию с мочой гликозаминогликанов – патологии не выявлено. Данные МСКТ коленных суставов (дистальные эпифизы бедренных костей гипопластичны; мышечки уменьшены в размерах; надколенники умеренно дислоцированы книзу; остеопороз) и рентгенографии нижних конечностей (вывих головки правой бедренной кости с формированием неоартроза; суставные щели коленных суставов деформированы; вальгусная деформация осей конечностей; деформация правой стопы) свидетельствовали в пользу врожденной спондилоэпифизарной дисплазии (OMIM 183900). Планировалась хирургическая коррекция деформации позвоночника, однако ввиду наличия дыхательной недостаточности от оперативного вмешательства воздержались. Решено было провести секвенирование экзома с целью уточнения причины данного симптомокомплекса. В результате секвенирования экзома (NGS) мутации в генах, ответственных за развитие спондилоэпифизарной дисплазии и сходных заболеваний (COL2A1, COL9A1, COL9A2, COL9A3, COL10A1, COL11A1, COL11A2, COMP, MATN3, GALNS, GLB1), не обнаружены. Однако клинические симптомы врожденной спондилоэпифизарной дисплазии частично перекрываются с другими коллагенопатиями, такими, как множественная эпифизарная дисплазия 3, с или без миопатии (OMIM:600969) и врожденная мышечная дистрофия Ульриха 1 (OMIM:254090), также сопровождающихся патологией суставов. Эти заболевания манифестируют в раннем детском возрасте (с рождения до 3-х лет) и характеризуются схожими симптомами, такими, как

низкие показатели физического развития, деформации позвоночника, нарушение походки, что затрудняет диагностику. При спондилоэпифизарной дисплазии и врожденной мышечной дистрофии Ульриха 1 отмечаются рестриктивные заболевания легких, но именно при врожденной мышечной дистрофии Ульриха 1 дыхательная недостаточность тяжелая, прогрессирующая и является причиной гибели. Уровень КФК в крови при врожденной мышечной дистрофии Ульриха 1 не всегда является информативным. В результате секвенирования экзома была обнаружена мутация в гене COL6A1 – несинонимичная замена с.850G>A (p.Gly284Arg) в 9 экзоне, приводящая к изменению последовательности белка. Согласно критериям ACMG мутация расценена как вероятно патогенная, т.е. приводящая к развитию симптомов заболевания. Предсказательные программы Polyphen2 и SIFT расценили выявленную мутацию как патогенную. Мутация описана в базах данных мутаций dbSNP: rs121912938, OMIM:120220.0012, Ensembl_ID_of_HGMD_record: CM050214, ClinVar как патогенный вариант. Частота встречаемости мутации не установлена. Мутации в гене COL6A1 приводят к развитию врожденной мышечной дистрофии Ульриха 1 (OMIM:254090). Тип наследования заболевания аутосомно-доминантный. Хирургическая коррекция при данном заболевании противопоказана. Также имеются различия в тактике ведения и методах реабилитации пациентов с патологией костной ткани и пациентов с поражением мышечной системы.

Выводы: Таким образом, у детей с врожденной патологией костной системы необходимо проводить более широкий дифференциально-диагностический поиск ввиду перекрытия клинических симптомов с некоторыми врожденными миопатиями с целью установления первичной причины заболевания, оценки прогноза и дальнейшей тактики ведения пациента.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЖЕЛТУХ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ГОРОДА ГОМЕЛЯ

Козловский А.А.

Гомельский государственный медицинский университет, Гомель

Введение: Неонатальная желтуха – одна из актуальных проблем современной неонатологии. В настоящее время установлено свыше 50 заболеваний и состояний, сопровождающихся появлением желтушности кожных покровов и видимых слизистых оболочек. Желтуха в неонатальном периоде в большинстве случаев носит физиологический характер, однако повышение уровня билирубина может быть причиной серьезных заболеваний, требующих своевременной диагностики и неотложной терапии.

Идея: Выявление факторов риска развития неонатальных желтух позволит провести ряд профилактических мероприятий на ante-, intra- и постнатальном этапах развития ребенка и снизить распространенность гипербилирубинемии у новорожденных детей.
Цель: Изучить региональные факторы риска развития неонатальных желтух у детей города Гомеля.

Материалы и методы: Проанализировано 200 обменных карт беременности и родов, историй родов и историй развития новорожденного в учреждении «Гомельская городская клиническая больница №2» за период с января по март 2017 года. Выделены 2 группы новорожденных: основная – 73 ребенка с проявлениями неонатальной желтухи; контрольная – 127 детей без признаков гипербилирубинемии. В основной группе было 40 мальчиков (54,8%) и 33 девочки (45,2%); в контрольной – 55 мальчиков (43,3%) и 72 девочки (56,7%).

Результаты обсуждения: Средний возраст матерей в основной группе был достоверно выше, чем в контрольной, и составлял 29,79±0,37 лет и 28,34±0,36 лет соответственно; p<0,005. При сравнении среднего возраста отцов достоверных различий не получено (31,48±0,31 лет и 31,03±0,31 лет соответственно; p=0,306). В основной группе было

выявлено 11 неработающих матерей, что достоверно больше, чем в контрольной (15,1% и 7,9% соответственно; $p=0,031$). Схожие данные были получены при сравнении занятости отцов в двух группах (безработными были 17,8% и 10,2% соответственно; $p=0,024$). Отмечены семьи, где не работали оба родителя: 7 пар в основной и 4 пары в контрольной группах (9,6% и 3,2% соответственно; $p=0,048$). В основной группе в 12,3% случаев была выявлена неполная семья, в контрольной группе – в 2,4% ($p<0,015$). Известно, что вредные привычки (курение, алкоголь и др.) родителей оказывают существенное влияние на состояние здоровья будущего ребенка. 6 родителей (8,2%) в основной и 2 (1,6%) в контрольной группе имели вредные привычки ($p=0,034$). В структуре перинатальной заболеваемости и смертности велика роль акушерской и экстрагенитальной патологии. Анализ состояния здоровья матерей детей обеих групп показал, что здоровыми были 4,5% матерей, остальные 95,5% матерей имели генитальную и экстрагенитальную патологию. Среди соматических заболеваний чаще выявлялась железодефицитная анемия (37,5%), заболевания эндокринной системы (22,0%), заболевания пищеварительного тракта (18,5%), хроническая патология ЛОР-органов (17,0%) и др. У женщин основной группы экстрагенитальные заболевания встречались достоверно чаще, чем у женщин из группы контроля: 98,6% и 93,7% соответственно ($p=0,018$). Среди пренатальных факторов риска в анамнезе достоверно чаще регистрировались сведения о проведенных медицинских абортках у матерей основной группы (20,6%) по сравнению с контролем (5,5%) ($p<0,012$). Оперативное родоразрешение достоверно чаще отмечалось в основной группе по сравнению с контрольной (35,6% и 26,8% соответственно; $p=0,042$). Несмотря на одинаковый средний гестационный возраст новорожденных в основной и в контрольной группе ($39,32\pm 0,12$ недель и $39,35\pm 0,13$ недель соответственно), недоношенная беременность достоверно чаще диагностировалась в основной группе (16,4%) по сравнению с контрольной (3,2%) ($p<0,004$).

Выводы: Таким образом, в группу риска по развитию гипербилирубинемии новорожденных можно отнести детей, рожденных в неполных семьях с низким уровнем материального дохода и вредными привычками, недоношенных, имеющих матерей с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом и экстрагенитальной патологией. Выявленные факторы необходимо учитывать при планировании и организации профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий по формированию здорового образа жизни, направленных на охрану и укрепление здоровья матери и ребенка, что позволит снизить риск развития неонатальных желтух и уменьшить экономические затраты на медикаментозную помощь.

МОРОЗОВСКАЯ ДЕТСКАЯ БОЛЬНИЦА: 115 ЛЕТ СЛУЖЕНИЯ. ВЗГЛЯД В БУДУЩЕЕ

Колтунов И.Е., Петрайкина Е.Е., Бузина Н.В., Витковская И.П., Анджель А.Е., Теновская Т.А., Валиева С.И.

Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы, Детская городская клиническая больница Святого Владимира Департамента здравоохранения города Москвы, Москва

Морозовская больница была основана в 1903 году на средства мецената В.Е. Морозова. История больницы – это история страны и отечественной педиатрии, неразрывно связана с именами выдающихся детских врачей России – Т.П. Краснобаева, М.М. Бубновой, М.А. Скворцова, Е.И. Ковалевского, Л.О. Бадаляна, Н.И. Нисевич, Т.Е. Ивановской, Н.С. Кисляк, Г.А. Самсыгиной, А.Г. Румянцева, В.А. Петерковой, А.Г. Талалаева и других коллег, научно-практическое наследие которых трудно переоценить. В настоящее время Морозовская больница – крупнейший детский круглосуточный скоромощный детский стационар, не имеющий аналогов в РФ и мировой практике, в котором работают

10 из 24 Главных детских внештатных специалистов Департамента здравоохранения города Москвы, более 150 кандидатов и докторов наук. Получение в 2015 г. лицензии на постдипломное образование, а затем аккредитация данного вида деятельности, позволили возродить городскую ординатуру по различным педиатрическим специальностям, передавать в рамках непрерывного постдипломного медицинского образования огромный опыт ведущих клиницистов детским врачам не только Москвы, но и РФ. Новая Морозовская сегодня – это многопрофильная больница «полного цикла», которая принимает 40% всех детских госпитализаций в Москве, от 35 915 пациентов в 2011 до 126 662 в 2017 г. За первый квартал 2018 г. пролечено 36 820 пациентов при снижении среднего койко-дня с 7 до 3,5 за описываемый период. В больнице построен Новый высокотехнологичный корпус на 500 коек, по оснащенности и комфортности пребывания пациентов и родителей сопоставимый с лучшими мировыми клиниками. Открыты уникальные в системе городского здравоохранения отделения – пересадки органов и тканей, экстренной кардиохирургии и аритмологии, ревматологии, гематологии и др. Работают 13 городских детских центров специализированной помощи – инсульта, эндокринологии, гастроэнтерологии, онкологии и гематологии, респираторной медицины и др. Круглосуточно, без выходных работает уникальная междисциплинарная бригада детских врачей, аналогов которой нет в России: педиатры, анестезиологи-реаниматологи, детские хирурги, онколог, гематолог, эндокринолог, оториноларинголог, челюстно-лицевой хирург, нейрохирург, травматологи-ортопеды, офтальмологи, неонатологи, неврологи, эндоскописты, рентгенологи с возможностью проведения КТ, МРТ, ангиографии, специалисты ультразвуковой и многопрофильной клинично-лабораторной диагностики. Впервые в России создан региональный Референс-центр врожденных наследственных заболеваний, генетических отклонений, орфанных и других редких заболеваний (80% детей-инвалидов Москвы наблюдаются в Центрах Морозовской больницы), включающий проведение неонатального и селективного скринингов, с ранним выявлением заболеваний, своевременным началом лечения, обеспечением лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения в режиме «одного окна», реализацией персонализированного подхода «один врач – один пациент», со снижением инвалидизации и смертности пациентов, обеспечением высокого качества жизни. Планируется внедрение робот-ассистированной хирургии, создание региональной городской генетической лаборатории, банка половых клеток пациентов, получающих высокодозную химиотерапию, строительство протонного Центра – впервые в системе городского круглосуточного стационара. Все, что сделано и еще предстоит, преемственно продолжает славные традиции одного из старейших детских стационаров России с реализацией проверенного десятилетиями девиза, предложенного основателями общедоступной детской больницы с неизбирательной госпитализацией, – Милосердие и профессионализм.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ И ОБЪЕМА ОКАЗЫВАЕМОГО ЛЕЧЕНИЯ МОСКОВСКОГО РЕГИОНА И РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Кондратьева Е.И., Воронкова А.Ю., Бобровничи В.И., Шерман В.Д., Жекайте Е.К., Никонова В.С., Красько О.В., Петрова Н.В., Чакова Н.Н., Будзинский Р.М.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Медико-генетический научный центр», Государственное бюджетное учреждение Московской области «Московский областной консультативно-диагностический центр для детей», Москва, Минск

Цель исследования: Провести сравнительный анализ показателей, характеризующих течение муковисцидоза у больных Московского

региона (МР) (г. Москва и Московская область) и Республики Беларусь (РБ) (г. Минск и регионы), а также объема медикаментозного лечения.

Материалы и методы: Обследовано 197 больных МВ, проживающих в Московском регионе, и 110 человек из Беларуси, подписавших добровольное информированное согласие для участия в исследовании. Сравнение проводилось по данным согласно требованиям Европейского регистра больных МВ. Результаты. В данное исследование вошло 307 пациентов: 197 из МР, 110 – РБ. Средний возраст составил $9,6 \pm 7,5$ лет ($9,8 \pm 8,3$ лет МР, $9,2 \pm 6$ Беларусь). Доля пациентов старше 18 лет составила 15,3% (46) от общего количества (18,4%-35 в МР и 10%-11 в РБ). Возраст установления диагноза в МР составил $-1,8 \pm 4,0$, а в РБ $-1,5 \pm 2,9$ лет ($p=0,988$). Неонатальный скрининг проводился у 107 пациентов из МР, положительный у 101 пациента (94,4%). В РБ неонатальный скрининг проводился у 10 пациентов, у всех был положительным. Доля выявленных мутаций в гене CFTR: выявлены обе мутации в 256 случаях в общей когорте (85,3%) (в МР 177 (93,2%), в Беларуси 79 (71,8%)); одна мутация выявлена у 33 больных (11%) (13 пациентов (6,8%) и 20 пациентов (18,2%) в МР и Беларуси соответственно). Наиболее частой мутацией в обеих группах была мутация F508del (p.Phe508del). Аллельная частота составила 379/600 (248/380 (65,3%) в МР и 131/220 (59,5%) в РБ). Одинаковую частоту в обеих выборках имела мутация CFTRdele2,3 и была на втором месте по встречаемости после F508del. Инфицированность *Staphylococcus aureus* составила 130/175 (74,3%) в МР, 66/110 (60%) в РБ и (196/285 (68,8%) в общей группе). Инфицированность MRSA составила 29 (15,9%) в общей группе, 8 (72%) в МР и 21 (19,1%) в РБ. Хроническая инфицированность *Pseudomonas aeruginosa* составила 76/285 (26,7%) в общей когорте, 43/175 (24,6%) и 33/110 (30,9) в МР и РБ соответственно. Интермиттирующий высев *Pseudomonas aeruginosa* отмечался у 54 (18,9%) пациентов, что составляло 28 (16%) и 26 (23,6%) пациентов из МР и РБ соответственно. *Burkholderia cepacia* complex выделена у 12 (7,2%) пациентов из МР и у 1 (0,9%) пациента из РБ, что составило 4,7% (13) пациентов из общей группы. Средние показатели ОФВ1 в группе составили $75 \pm 26\%$ от должного (72 ± 27 и 80 ± 22 у пациентов из Москвы и РБ соответственно ($p=0,029$). Различия было за счет большей доли взрослых московской популяции (в 3 раза, где заболевание носит более тяжелый характер $p=0,067$). В возрасте до 18 лет показатели ФВД у пациентов из сравниваемых регионов были соответствующими: ОФВ1 более 70% был у 74,7% пациентов из МР, 74,1% из РБ; ОФВ1 =41-70% у 21,3% и 22,2% – МР и РБ соответственно; ОФВ1 $\leq 40\%$ – 4% у пациентов из МР, 3,7% пациентов из РБ. Ингаляционную терапию гипертоническим раствором хлорида натрия получали 169 (57%) пациентов из общей группы: 139 (74,7%) пациентов из московского региона, 30 (27,5%) пациентов из РБ, $p < 0,001$. Дорназу альфа получали чаще больные Москвы (95,2%), чем РБ (10,9%), $p < 0,001$. Бронходилататоры применялись у 167 (56,6%) исследуемых, 103 (55,4%) и 64 (58,7%) из МР и РБ соответственно. Терапию стероидами ингаляционными/системными получало 78 (26,4%)/24 (8,1%) пациентов, 33 (17,7%)/9 (4,8%) пациентов из МР, 45 включая назальные стероиды (40,9%)/15 (13,6%) пациентов из МР и РБ ($p < 0,001$ и $p = 0,014$ соответственно). Ингаляционные антибиотики применялись у 101 (34,1%) исследуемых пациента (79 (42,5%) пациентов и 22 (20%) пациентов из МР и РБ соответственно, $p < 0,001$). Внутривенная антибактериальная терапия назначалась 144 (48,6%) пациентам из исследуемой выборки (67 (36%) пациентам из Московского региона и 77 (70%) пациентам из РБ, $p < 0,001$). Пероральная антибактериальная терапия проводилась у 246 (83,1%) пациентов, 152 (81,7%) пациентов из МР и 94 (85,5%)

пациентов из РБ. Таким образом, больные муковисцидозом Московского региона и Республики Беларусь в основном имеют сходные характеристики показателей здоровья. Применение в МР амбулаторной тактики ведения больных, динамического наблюдения (1 раз в 3 месяца) с применением ингаляционных современных муколитических препаратов и ингаляционных антибактериальных препаратов дает возможность поддерживать функцию легких и частоту *Pseudomonas aeruginosa* на том же уровне, как в РБ при использовании внутривенной антибактериальной и гормональной терапии в условиях стационара. Исследование выполнено в рамках государственного задания ФГБНУ «МГНЦ».

СОДЕРЖАНИЕ ВИТАМИНА D В РАЗНЫЕ ПЕРИОДЫ ГОДА ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ У ПАЦИЕНТОВ МОСКОВСКОГО РЕГИОНА

Кондратьева Е.И., Жекайте Е.К., Никонова В.С., Воронкова А.Ю., Шерман В.Д.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Медико-генетический научный центр», Москва

Актуальность: Недостаточность витамина D – широко распространенное явление, оказывающее неблагоприятное воздействие на состояние здоровья человека, в том числе часто встречающееся у пациентов с муковисцидозом. Известна сезонная динамика содержания данного витамина в крови.

Цель исследования: Оценить обеспеченность витамином D в разные периоды года пациентов с муковисцидозом Московского региона. Методы: Обследовали 119 детей и подростков 0-18 лет московского региона. В зависимости от сезона года дети разделились на группы: 41 ребенок был обследован весной, 16 – летом, 24 – зимой, 38 – осенью. Определение концентрации 25(OH)D проводилось методом иммуноферментного анализа с использованием наборов фирмы Immunodiagnostic Systems Ltd. (IDS) к автоматическому многоканальному фотометру ELx808 для микропланшетов (BioTek Instruments, США). Для определения уровня насыщения организмом витамина D использовали рекомендации по диагностике и лечению дефицита витамина D Европейского Фонда муковисцидоза (2012 г). Данные о продолжительности солнечного сияния (количестве солнечных часов в месяце) за период наблюдения получены из архива метеорологической службы (<http://meteoweb.ru>).

Результаты исследований по сезонам показали, что весной нормальное содержание 25(OH)D отмечено у 23 (52,3%) больных, недостаточность – у 13 (29,5%), дефицит – у 6 (13,6%) детей и выраженный дефицит у 2 (4,6%) больных. Летом было обследовано 16 пациентов, частота детей с нормальным содержанием 25(OH)D и его недостаточностью была одинаковой – по 50%. В этот период года не было пациентов с дефицитом витамина D и выраженным дефицитом. Осенью было обследовано 35 пациентов, нормальное содержание 25(OH)D отмечено у 7 (20%) больных, недостаточность – у 10 (28,6%), дефицит – у 16 (45,7%) больных и выраженный дефицит был у 2 (5,7%) детей. В зимний период в исследование вошли 28 пациентов, нормальное содержание 25(OH)D отмечено у 7 (25%) больных, недостаточность – у 9 (32,2%), дефицит – у 10 (35,7%) детей и выраженный дефицит у – 2 (7,1%) больных.

Заключение: Дети с муковисцидозом Московского региона составляют группу риска по снижению витамина D и нуждаются в мониторинге его уровня и коррекции. Особенно низкие значения сывороточного 25(OH)D отмечены в осенний и зимний период. Необходимо уделить особое внимание динамическому контролю за уровнем 25(OH)D в эти периоды года и их коррекции.

ВЫЯВЛЕННЫЙ АУТОИММУННЫЙ ГЕПАТИТ 1 ТИПА НА СТАДИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Коновалова А.В., Волинец Г.В.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Детский медицинский центр» Управления делами Президента РФ, Москва

В практике врачу педиатру, гастроэнтерологу, инфекционисту нередко приходится проводить дифференциальный диагноз между вирусным гепатитом и различными заболеваниями, протекающими с поражением печени, и не только инфекционной природы, в том числе с аутоиммунным гепатитом. Для АИГ характерен широкий спектр неспецифических клинических проявлений, от бессимптомного до молниеносного течения печеночных и внепеченочных проявлений. Мадина 10 л. Девочка от 1 беременности на фоне токсикоза, ОРВИ в 3-м триместре, роды самостоятельные. Масса при рождении 3300 г, длина 54 см. Росла и развивалась по возрасту. Привита по календарю. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, ОРВИ. Наследственность: мать-хр.бронхит; отец- МКБ; бабушка(м) СД. В 1 год перенесла пневмонию, в 3 г. ветряную оспу. С января 2011 г. частые ОРВИ, эпизоды гипертермии без катаральных явлений. С февраля 2011 боли в животе, обесцвеченный стул, темная моча. Не обследована. В мае 2011 боли в поясничной области, лабораторно: АСТ/АЛТ 640/384 ед/л, гипербилирубинемия. Госпитализирована в инфекционный стационар г. Ставрополя: иктеричность кожи и склер, отеки голеней, увеличение живота. Лабораторно: тромбоцитопения, лейкопения, анемия 1ст, СОЭ 29мм/ч, гипербилирубинемия, цитолиза нет, ПТИ50%, АФП 57,1е/мл. В пунктате КМ: незначительная задержка в гранулоцитарном ростке, мегакариоцитарный росток умеренно расширен. Ds: Хронический недифференцированный гепатит с холестаазом, фиброз III степени. С мая 2011 получает метипред+азатиоприн. Наросла тромбоцитопения – азатиоприн отменен. Госпитализирована в НЦЗД сентябрь 2011 г. – гепатоспленомегалия. Лабораторно: цитолиз умеренный, ASMA 1/80. УЗИ-гепатомегалия, контур неровный, «тяжистость» паренхимы, узлы 8-23 мм. КТ – гепатоспленомегалия, цирроз, портальная гипертензия. METAVIR F4. Ds: Цирроз печени в исходе аутоиммунного гепатита 1 типа, высокой степени активности. Портальная гипертензия. Двухростковая цитопения. Получает метипред+УДХК. Цирроз печени выявлен на стадии декомпенсации, в результате бессимптомно протекающего аутоиммунного гепатита, что вызвало трудности ранней диагностики. В будущем ребенок кандидат для трансплантации печени.

РЕДКОЕ СОЧЕТАНИЕ OVERLAP-СИНДРОМ+НЯК+АНТИФОСФОЛИПИДНЫЙ СИНДРОМ

Коновалова А.В., Волинец Г.В.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Детский медицинский центр» Управления делами Президента РФ, Москва

Синдром перекреста («Overlap-syndrome») – это два различных одновременно протекающих аутоиммунных заболевания печени. Патология встречается редко, особенно у детей. По данным IAIG распространенность 7-14%. Имеются сложности в диагностике данного синдрома. Ксения 14л.

Ап.Vitae: Девочка от 2-й беременности, 2-х своевременных родов (кесарево сечение). Росла и развивалась без особенностей. Вакцинация по графику (2008 г. гепатит В). Травм, операций, гемотрансфузий не было. Наследственность неотягощена. Отмечались редкие ОРВИ. Ап.morbi: В ноябре 2009 г. после перенесенного свиного гриппа (подтвержден ПЦР) немотивированные подъемы температуры

до фебрильных цифр, слабость, похудание, носовые кровотечения. Наблюдалась педиатром, без обследования, через 3 мес. лабораторно: АЛТ 20 норм, АСТ 25 норм, гиперпротеинемия 107,8 г/л, гипергаммаглобулинемия 50%, гипербилирубинемия 34 мкмоль/л, Нв 122 г/л, СОЭ 63 мм/ч. Маркеры гепатитов А,В,С –отрицательные. УЗИ – гепатоспленомегалия. Госпитализирована в ДГКБ г. Омск февраль 2010 г.: субиктеричность склер, печень+1 см. Лабораторно: цитолиз, ускоренная СОЭ, гиперпротеинемия, гипергаммаглобулинемия. С целью исключения лимфопролиферативных заболеваний проведена морфология костного мозга – пунктат нормоклеточный полиморфноядерный нормобластический. Заподозрен аутоиммунный гепатит. Морфология печени: пролифирующие желчные протоки, перигепатоцеллюлярный фиброз, лимфоцитарные и сегментоядерные лейкоцитарные воспалительные инфильтраты – фиброз по Knodel 9баллов (I-B, II-C, III-C), склероз по Desmet–2 балла (умеренный); признаков АИГ не выявлено, исключить склерозирующий холангит; METAVIR F3-F4; Аутоантитела отрицательны, Болезнь Вильсона исключена (медь 90мг/дл, церуллоплазмин 200мг/л). Назначен преднизолон+УДХК. На 3 неделе терапии – исчезла интоксикация, иктеричность склер, прибавка веса 5,5 кг, уменьшились размеры печени и селезенки, нормализовались трансаминазы. В апреле 2010 г. НЦЗД верификация диагноза: АСТ/АЛТ 70/80 Ед/л, IgG 24,7 г/л (норма15,5г/л). Положительная ПЦР в крови ДНК EBV, ДНК HHV-6, ASMA 1/80, АНФ 1/20. МРХПГ – структурные изменения печени, расширение внутри+внепеченочных желчных протоков. Колоноскопия – баугинит, распространенный колит (гистология: тотальный неспецифический колит). Диагноз: Overlap-синдром (АИГ+ПСХ), НЯК. Терапия: преднизолон+УДХК+азатиоприн+сал офальк. Самочувствие и б/х нормализовались. В июле 2012 г. – лакунарная ангина (Т-40*, суставной синдром, пятнисто-папулезная сыпь, древовидное ливедо), получала курс антибиотиков. Лабораторно: СОЭ 54 мм/ч, лейкопения, эритроцитопения, IgG 45,59 г/л (более 4 норм), СРБ13,69 мг/л, гиперкоагуляция, Ат: к кардиолипину IgG 66,2 Ед/мл, к фосфолипидам IgG 170,3ЕД/мл. Диагностирован антифосфолипидный синдром. В терапию добавлен плаквенил и антикоагулянты. Заключительный диагноз: Overlap-синдром (аутоиммунный гепатит+первичный склерозирующий холангит). Неспецифический язвенный колит. Первичный антифосфолипидный синдром. Течение этого синдрома трудно контролируемо, поскольку диагностические критерии взаимно трансформируемы и динамичны. Тем не менее, практикующие врачи должны помнить об особенностях клинических проявлений перекрестного синдрома при патологии печени с целью осуществления обоснованной терапии.

АНЕСТЕЗИЯ И ПОКАЗАТЕЛИ ГАЗООБМЕНА, КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОГО СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Коробова Л.С., Лазарев В.В., Балашова Л.М., Кантаржи Е.П.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Морозовская детская городская клиническая больница» Департамента здравоохранения Москвы; Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения РФ, Москва

Введение: Операции на глазном яблоке выполняются при различных вариантах анестезии и могут иметь различное влияние на метаболизм пациента, проявляющееся в том числе в изменении газообмена и внутренней среды организма. Цель исследования – оценить

состояние газообмена и КОС при различных методах анестезии в офтальмохирургии у детей.

Материал и методы: Было обследовано 100 пациентов в возрасте от 4 до 18 лет, которым оценивали показатели рН, rCO_2 , rO_2 , SpO_2 на трех этапах операции в 5 группах с разными методами анестезии. Пациенты были распределены случайным образом по 20 человек. 60% пациентов были прооперированы по поводу косоглазия. Премедикация перед анестезией не проводилась. Всем детям во всех группах индукция анестезии выполнялась ингаляцией севофлурана через лицевую маску с предварительным заполнением дыхательного контура наркозного аппарата газонаркотической смесью с содержанием анестетика 7-8%. Поддержание анестезии при спонтанном дыхании через ларингеальную маску осуществлялось в группах следующим образом: ингаляция севофлурана в воздушно-кислородной смеси с содержанием O_2 40%, а также в: группе 1, (n=20): и концентрацией анестетика 1,0 МАК; внутривенное введение раствора пропофола в дозе 2 мг/кг сразу после индукции; регионарная анестезия: блокада передне-височной, передне-скуловой ветвей лицевого нерва (блок Ван Линта) и инфраорбитальная анестезия; группе 2, (n=20): и концентрацией анестетика 1,5 МАК; внутривенное введение раствора пропофола в дозе 2 мг/кг; внутривенное введение в течение 10 минут после индукции анестезии раствора парацетамола в дозе 15 мг/кг; группе 3, (n=20): и концентрацией анестетика 0,7-0,9 МАК; внутривенное введение пропофола в дозе 2 мг/кг сразу после индукции; регионарная анестезия: блок Ван Линта и палатинальная анестезия (небный путь крылонебной анестезии); группе 4, (n=20): и концентрацией анестетика 0,7-0,9 МАК; внутривенное введение пропофола в дозе 2 мг/кг сразу после индукции; регионарная анестезия: блок Ван Линта, инфраорбитальная анестезия и палатинальная анестезия; группе 5, (n=20): и концентрацией анестетика 0,7-0,9 МАК; внутривенное введение раствора пропофола в дозе 2 мг/кг сразу после индукции; регионарная анестезия: блок Ван Линта и ретробульбарная анестезия. Оценку показателей рН, rCO_2 , rO_2 , SpO_2 проводили исходно до начала анестезии, в наиболее травматичный момент оперативного вмешательства и при наложении швов при завершении операции. Полученные данные оценивались как непараметрические с выявлением медианы, первого и третьего квартилей. В статистическом анализе использовались множественный критерий Фридмана, коэффициент конкордации Кендалла (степень связи признака), тест Манна-Уитни (U-тест). Результаты. Критерий Фридмана и коэффициент Кендалла показали, что в группах 1,2,4 не было статистически значимых различий рН в динамике, за исключением 3 и 5 групп. U-тест дал те же результаты. Значения рН практически не изменялись во время наблюдения и не выходили за пределы нормальных значений. Оценка rCO_2 в 1,3,4 и 5 группах указала на отсутствие различий по критерию Фридмана и коэффициенту Кендалла, но тест Манна-Уитни в 3 и 5 группах свидетельствовал о наличии различий. Анализ rO_2 свидетельствовал о статистически значимых различиях в 1, 4 и 5 группах на этапах исследования, а динамика SpO_2 по данным критерия Фридмана и коэффициента Кендалла указывала на отсутствие статистически значимых различий во всех группах, в то время как по критерию Манна-Уитни в 4 и 5 группах различия были статистически значимы. Однако все полученные статистически значимые различия оцениваемых показателей были в пределах их возрастных референсных значений. Выводы: Все использованные варианты анестезии, несмотря на наличие в ряде случаев на этапах исследования достоверных изменений оцениваемых показателей, но в рамках возрастных референсных величин, позволяли обеспечить адекватность газообмена и стабильность внутренней среды организма по данным КОС при офтальмохирургических вмешательствах.

СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА У ДЕТЕЙ: ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

Крюков А.И., Ивойлов А.Ю., Тардов М.В., Архангельская И.И.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» Департамента здравоохранения Москвы, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения России, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая больница, Москва

Проблема расстройств дыхания во время сна, в частности синдрома детского обструктивного апноэ сна, остается малоизвестной для многих оториноларингологов, несмотря на высокую распространенность и клиническую значимость этого состояния. В экономически развитых странах в настоящее время распространенность этого состояния в детском возрасте оценивается от 1,2% до 5,7%. Кардинальный диагностический критерий этого состояния – ночной храп, возникающий в результате уменьшения диаметра верхних дыхательных путей за счет патологии ЛОР-органов. Важнейший хирургический аспект лечения этого синдрома у детей с патологией лимфоглоточного кольца – это аденотомия; аденотонзиллотомия; аденотонзиллэктомия. В международных стандартах аденотонзиллэктомия определяется как метод лечения первой линии детей с синдромом обструктивного апноэ сна. Цель: Изучить пульсоксиметрические характеристики, в качестве скринингового метода диагностики синдрома обструктивного апноэ сна, и эффективность хирургического лечения данного синдрома у детей с гипертрофией глоточной и небных миндалин.

Материалы и методы: Обследовано 147 детей в возрасте от 2 до 8 лет (девочек – 45, мальчиков – 102) с патологией лимфоглоточного кольца и задержками/остановками дыхания в процессе ночного сна. Диагностический алгоритм обследования включал в себя: тщательный сбор жалоб пациента и/или его родителей; анамнеза жизни заболевания; оториноларингологический осмотр; эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки (трансноральная эпи- и мезофарингоскопия), которые позволяли оценить размеры глоточной миндалины и небных миндалин, носовых раковин, состояние носовой перегородки, наличие патологического отделяемого в полости носа и носоглотке, взаимоотношение анатомических структур носоглотки с глоточными устьями слуховых труб и хоанами. Помимо этого проводили мониторинговую компьютерную пульсоксиметрию (Wrist Pulse Oximeter MD300W с детским пульсоксиметрическим датчиком (Германия), при этом оценивали сатурацию (SpO_2) и частоту пульса (PR).

Результаты: У всех обследованных детей диагностированы аденоиды II-III степени и гипертрофия небных миндалин II-III степени. Родители пациентов предъявляли жалобы: на затрудненное носовое дыхание, эпизоды остановок дыхания во время ночного сна и регулярный храп, значительное ухудшение качества сна. Также родители жаловались на то, что дети просыпались с ощущением удушья, сон становился беспокойным и не освежающим, повышение раздражительности, ухудшение настроения, памяти. При тяжелых и средне-тяжелых формах синдрома обструктивного апноэ сна у этих детей отмечался выраженный синдром гиперактивности и дефицита внимания, что обуславливало школьную дезадаптацию. При передней риноскопии выявляли гиперемию и умеренный отек слизистой оболочки полости носа. Слизистая оболочка нижних носовых раковин цианотична. Эндоскопическое исследование носоглотки позволило диагностировать у 42 пациентов аденоиды II степени, а у 105 – аденоиды III степени. Фарингоскопически небные миндалины соприкасались друг с другом у 69 больных, а у 51 ребенка гипертрофированные небные

миндалины II степени занимали 2/3 расстояния от небной дужки до средней линии зева. Индексы десатурации: до 1 / час определены у 60 больных (40,8%); от 1 до 5 / час – 69 (46,9%); от 5 до 15 / час – 15 (10,2%); более 15 / час – 3 (2,1%). Анализ результатов пульсоксиметрии показал, что легкая степень синдрома обструктивного апноэ сна (индекс десатурации) диагностирована у 69 детей, средняя степень – у 15 больных и у 3 пациентов – тяжелая степень.

Всем детям в плановом порядке под эндотрахеальным наркозом и контролем эндоскопа выполнена аденотонзиллотомия. При комплексной оценке результатов субъективных и объективных методов исследования, через 1 месяц после хирургического вмешательства, во всех случаях отмечен положительный результат (нормализация носового дыхания, отсутствие храпа, эпизодов апноэ, улучшение психоэмоционального состояния детей, нормализация индексов апноэ/гипопноэ и десатурации).

Выводы: Таким образом, компьютерная пульсоксиметрия является диагностически значимым методом скринингового исследования, выявления обструктивных нарушений дыхания во время ночного сна у детей с патологией лимфоглоточного кольца. Отсутствие клинических проявлений и положительная динамика по результатам компьютерной пульсоксиметрии являются критериями оценки эффективности хирургического лечения СОАС у детей с аденотонзиллярной гипертрофией

ТОНЗИЛЛОМИКОЗ У ДЕТЕЙ: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Крюков А.И., Кунельская В.Я., Ивойлов А.Ю., Мачулин А.И., Шадрин Г.Б.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И.Свержевского» Министерства здравоохранения России, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения России, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая больница, Москва

Частота развития тонзилломикоза за последние 15 лет резко возросла и составляет до 30% в структуре инфекционных поражений глотки и миндалин. В детском возрасте заболеваемость тонзилломикозом высока. Особенно распространенным является кандидоз ротоглотки у новорожденных (молочница). Возникновение кандидоза связано с незавершенностью формирования иммунной защиты у новорожденных от воздействия микотической инфекции. Тонзилломикозом часто болеют и дети старшего возраста. У многих из них возникновение заболевания связано с грибковым инфицированием в раннем возрасте и неполной элиминацией очага инфекции. Проблема микоза приобретает важное социальное значение не только вследствие все более широкого распространения, но также и потому, что грибковое поражение этой области протекает тяжелее, чем другие воспалительные процессы той же локализации, и могут явиться первичным очагом диссеминированного висцерального микоза либо стать причиной грибкового сепсиса.

Цель: Разработать алгоритм диагностики и изучить чувствительность грибов возбудителей тонзилломикоза у детей к антимикотическим препаратам и на основании полученных результатов разработать комбинированную противогрибковую терапию.

Материалы и методы: Обследовано и пролечено 144 ребенка с тонзилломикозом в возрасте от 2 до 14 лет. Диагноз установлен на основании клинического обследования: оториноларингологического осмотра, фарингоэндоскопии, микологического исследования. Для идентификации грибковой биоты использовали метод световой и люминесцентной микроскопии нативных и окрашенных препаратов. В качестве просветляющих растворов применяли раствор

метиленового синего, а также калькофлюор белый. Культуральные исследования выполняли, используя жидкие и твердые питательные среды, с последующим подсчетом колоний. Видовую идентификацию дрожжеподобных грибов проводили с помощью тест-системы API 20 ("bioMerieux", Франция), плесневых грибов – по протоколу MI 38. Определение чувствительности грибковой культуры к антимикотикам проводили диско-диффузионным методом.

Результаты: *C. albicans* выявлен у 110 (76,3%) детей, *Candida spp.* – у 24 (16,6%), *C. tropicalis* – у 6 (4,1%), *C. sake* – у 2 (1,3%), *C. intermedia* – у 2 (1,3%). В нативных и окрашенных препаратах элементы гриба определялись как в виде бластоспор, так и в виде нитей мицелия и псевдомицелия. При изучении чувствительности: *C. albicans* – резистентности к флуконазолу не выявлено, кетоконазолу – резистентность составила 81,8%, клотримазолу – 24,1%, итраконазолу – 77,7%, амфотерицину – 14,8%, вориконазолу – 21,8%, нистатину – 50,9% случаев; *C. tropicalis*, *C. sake*, *C. intermedia* – резистентность не выявлена ни к одному из препаратов; *Candida spp.* – резистентности к флуконазолу, вориконазолу, клотримазолу и нистатину не выявлено, а к кетоконазолу и итраконазолу составила – 50%. Полученные результаты микологического исследования учитывались при назначении системной и местной противогрибковой терапии. Во всех случаях использовался комбинированный метод лечения, включающий в себя использование системных антимикотиков в комплексе с местными противогрибковыми препаратами. В качестве системной противогрибковой терапии во всех случаях был выбран препарат из группы азолов – флуконазол. Препарат назначался из расчета возрастной дозировки, курс лечения составил 10 дней. Препаратами выбора для проведения местной противогрибковой терапии, по результатам микологического исследования, у 120 детей явилось назначение 1% водного раствора клотримазол для обработки слизистой. При отсутствии чувствительности к препарату клотримазол препаратом выбора явилось назначение 0,01% раствора мирамистин, который применяли в виде полоскания и/или орошения у 24 детей. Курс терапии местных противогрибковых препаратов (клотримазол или мирамистин) составил 14 дней, кратностью 3 раза в сутки. Побочных эффектов от проводимой терапии не отмечалось ни у одного ребенка. При выполнении повторных исследований, роста грибковой флоры не выявлено.

Выводы: Таким образом, диагноз, тонзилломикоз, можно поставить, используя микроскопические и культуральные методы микологического исследования отделяемого с поверхности небных миндалин. Для эрадикации очага грибкового воспаления при тонзилломикозе у детей необходимо использовать как системные (флуконазол), так и местные (1% раствор клотримазола или 0,01% раствор мирамистина) антимикотические препараты, выбор которых должен быть обоснован результатами микологического исследования.

ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Крюков А.И., Кунельская Н.Л., Ивойлов А.Ю., Гаров Е.В., Гуров А.В., Байбакова Е.В., Ибрагимова З.С.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И.Свержевского» Министерства здравоохранения России, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения России, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая больница, Москва

Нарушения вестибулярной функции у детей, возникшие на фоне хронического гнойного среднего отита (ХГСО), встречаются зна-

чительно реже, чем у взрослых пациентов. Дети, особенно дети младшей возрастной группы, часто не могут сформулировать жалобы на головокружение, определить степень нарушения статики и координации. Вестибулярная симптоматика, проявляющаяся появлением спонтанного нистагма, направленного в сторону больного уха, сопровождающегося системным периферическим головокружением, тошнотой, иногда даже рвотой, появляется у детей при обострении тяжелых форм ХГСО (эпитимпанита, эпимезотимпанита), при врожденных пороках развития внутреннего уха, врожденных краниофациальных аномалиях и свидетельствуют о развитии у этих больных лабиринтных или других внутричерепных осложнений. Цель: Изучение вестибулярной дисфункции у детей с хроническим гнойным средним отитом.

Материалы и методы: Для достижения поставленной цели в отделе ЛОР-патологии детского возраста ГБУЗ «НИКИО им. Л.И. Свержевского» ДЗМ на базе оториноларингологического отделения ГБУЗ «ДГКБ№ 9 им. Г.Н.Сперанского ДЗМ» обследовано 139 детей (159 ушей) в возрасте от 7 до 18 лет, страдающих различными формами ХГСО. Мальчиков – 90 (64,7%), девочек – 49 (35,3%). Методы обследования: сбор анамнеза жизни, заболевания и жалоб ребенка (или его родителей), оториноларингологический осмотр, отоэндоскопия, аудиологическое обследование, КТ височных костей. Для ориентировочной оценки состояния у детей вестибулярной функции проводили простые пробы: исследование функции равновесия с помощью проведения простой и сенсibilизированной проб Ромберга; координационных пальце-носовой и пальце-пальцевой проб и пневматической (прессорной) пробы. Для более детального изучения состояния вестибулярной функции у детей старшего возрастного периода (11-18 лет) проводили оценку имеющегося у них спонтанного нистагма визуально (используя для этого очки Френцеля +20 диоптрий) и с помощью электронистагмографии (ЭНГ). Реактивность вестибулярного аппарата определяли с помощью проведения экспериментальной калорической пробы, используя для этого воздушный отокалориметр и электронистагмограф. ЭНГ проводили при каждом исследовании вестибулярной функции у пациента в первой половине дня без приема лекарственных препаратов в течение суток и более. Результаты: Преобладающей формой ХГСО являлся мезотимпанит – 103 уха (64,8%), эпитимпанит – 38 ушей (23,9%), эпимезотимпанит – 18 ушей (11,3%). Двусторонний хронический воспалительный процесс в среднем ухе диагностирован у 20 детей (12,5%), левосторонний – у 79 (49,7%) и правосторонний – у 60 (37,8%). Кариозно-грануляционный и холестеатомный процессы в полостях среднего уха были выявлены в 62,5% случаев у детей с эпи- и эпимезотимпанитом. Полипозный процесс при мезотимпаните определен в 10,5% случаев. 24 детям ранее в других лечебных учреждениях были произведены хирургические вмешательства в различных объемах: полипотомия уха – 6; двусторонняя антростоидотомия – 2; односторонняя антростоидотомия – 12; радикальная операция на среднем ухе – 4, причем одному ребенку ее делали дважды. 81 ребенок предъявлял жалобы на «головокружение», но описывал его весьма неопределенно, а при уточняющих вопросах, которые обязательно нужно задавать детям, выяснялось, что это – эпизодически возникающие пошатывания при ходьбе, небольшая неустойчивость, в голове «туман», потемнение в глазах при перемене положения тела (например, при переходе из положения «лежа» в положение «стоя»). Эти явления у них были непродолжительными и проходили самостоятельно. В стадии ремиссии ХГСО больные периодически предъявляли такие же жалобы, что позволило, после исследования состояния вегетативной нервной системы, диагностировать у них синдром вегетативной дистонии.

Проведенное у 98 больных старшей возрастной группы детальное вестибулогическое исследование не выявило каких-либо существенных изменений вестибулярной функции. Все проанализированные

параметры электронистагмограмм не выходили за пределы физиологического разброса показателей, которые могут колебаться в интервале $\pm 20\%$ (норморефлексия – I степень вестибулярной реактивности). Ни в одном случае не зарегистрировали вестибулярной гипо- или гиперфункции.

Выводы: Таким образом, по результатам исследования состояния вестибулярной реактивности, особенность течения ХГСО в детском возрасте заключается в том, что у них, в отличие от взрослых больных, при отсутствии внутричерепных осложнений практически не бывает системного головокружения.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ НАРУШЕНИЙ СЛУХА ПРИ ПАТОЛОГИИ НОСОГЛОТКИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Крюков А.И., Кунельская Н.Л., Ивойлов А.Ю., Кисина А.Г., Яновский В.В., Морозова З.Н.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И.Свержевского» Министерства здравоохранения России, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова» Министерства здравоохранения России, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая больница, Москва

Патология носоглотки является одной из самых распространенных в структуре заболеваний ЛОР-органов в детском возрасте. К ней относятся гипертрофия аденоидных вегетаций, хронический аденоидит, гипертрофия тубарных миндалин, приводящие к развитию дисфункции слуховых труб, что в свою очередь является частой причиной развития нарушений слуховой функции у детей. Эти нарушения носят кондуктивный характер и при несвоевременной их коррекции могут приобрести стойкий характер.

Цель: Разработка алгоритма диагностики нарушений слуха при патологии носоглотки у детей в зависимости от возрастного периода. Материалы и методы: В отделе ЛОР-патологии детского возраста ГБУЗ «НИКИО им. Л.И. Свержевского» ДЗМ на базе оториноларингологического отделения ГБУЗ «ДГКБ №9 им. Г.Н.Сперанского ДЗМ» обследовано и пролечено 223 ребенка в возрасте от 2-х до 12 лет с патологией носоглотки. При этом дети или их родители при поступлении предъявляли жалобы на снижение слуха, носящее постоянный или периодический характер. Для определения оптимального объема диагностических мероприятий, помимо общепринятого клинического обследования и эндоскопического исследования носоглотки, проводили аудиологическое обследование, включающее в себя: регистрацию задержанной вызванной отоакустической эмиссии (ЗВОАЭ), импедансометрию, тональную пороговую аудиометрию. Основная трудность диагностики слуховых нарушений у детей в возрасте от 2-х до 5-6 лет обусловлена невозможностью проведения у них тональной пороговой аудиометрии и в ряде случаев сложностью налаживания контакта с ребенком при применении объективных методов обследования.

Результаты: Обследованные дети разделены по возрасту на две группы: младшая возрастная группа (от 2 до 7 лет) – 136 пациентов (I группа) и старшая возрастная группа (от 7 до 12 лет) – 87 (II группа). Детям младшей возрастной группы обследование слуха ограничивалось регистрацией ЗВОАЭ и проведением импедансометрии. Детям старшей возрастной группы наряду с вышеуказанными методами проводили и тональную пороговую аудиометрию. Аденоиды II-III степени диагностированы у 120 больных I группы и у 77 – II группы, аденоиды I степени в соче-

тании с хроническим аденоидитом диагностированы у 16 и 10 детей соответственно.

При проведении импедансометрии детям с гипертрофией аденоидных вегетаций II и III степени перед началом лечения тимпанограмма типа «С» зарегистрирована у 118 детей I группы и у 57 детей старшей возрастной группы. У остальных – зафиксирована тимпанограмма типа «А». Ипсилатеральные акустические рефлексы не регистрировались у 102 детей I группы и у лишь у 7 – II группы. У всех остальных детей порог акустических рефлексов завышен, что свидетельствовало о нарушении функции слуховых труб. При регистрации ЗВОАЭ при первом обследовании не прошли тест 144 ребенка, из них 98 относились к I группе и провести им тональную пороговую аудиометрию не представлялось возможным. Во II группе тугоухость кондуктивного характера, при проведении аудиометрии, выявлена в 58,7 % случаев. При этом чаще всего отмечалась тугоухость I степени (85,2%), II степень тугоухости отмечена в 14,8% случаев. Всем детям с данной патологией произведена аденотомия. У всех детей с хроническим аденоидитом и гипертрофией аденоидных вегетаций I степени регистрировали тимпанограмму «С». Регистрация акустических рефлексов и ЗВОАЭ отсутствовала. При этом у детей II группы (5) при проведении тональной пороговой аудиометрии нарушений слуховой функции выявлено не было.

Выводы: Таким образом, проведенное исследование позволило разработать алгоритм диагностики нарушения слуха при патологии носоглотки в детской практике в зависимости от возраста, включающий в себя: регистрацию задержанной вызванной отоакустической эмиссии, импедансометрию – для детей младшей возрастной группы и регистрацию задержанной вызванной отоакустической эмиссии (ЗВОАЭ), импедансометрию, тональную пороговую аудиометрию – для детей старшей возрастной группы. При выявлении нарушений слуховой функции необходимо проведение хирургического лечения для восстановления функции слуховых труб и предотвращения развития стойкой тугоухости.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЭКССУДАТИВНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Крюков А.И., Кунельская Н.Л., Ивойлов А.Ю., Пакина В.Р., Яновский В.В., Морозова З.Н.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И.Свержевского» Министерства здравоохранения России, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова» Министерства здравоохранения России, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая больница, Москва

Цель: Оценка эффективности лечения детей с экссудативным средним отитом в зависимости от стадии заболевания.

Материалы и методы: Для достижения поставленной цели в отделе ЛОР патологии детского возраста ГБУЗ «НИКИО им. Л.И.Свержевского» ДЗМ на базе оториноларингологического отделения ГБУЗ «ДГКБ №9 им. Г.Н.Свержевского ДЗМ» обследовали и пролечили 219 детей в возрасте от 3 до 11 лет (135 мальчиков и 84 девочек) с экссудативным средним отитом (ЭСО). Комплексное обследование включало: сбор анамнеза, осмотр ЛОР-органов, эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки, отомикро- и отоэндоскопию, аудиологическое обследование, КТ височных костей (по показаниям).

Результаты: Двусторонний процесс диагностировали у 198 детей, односторонний – у 21. В зависимости от стадии заболевания

ЭСО сформировано 3 группы больных: 1 группа – 63 ребенка с катаральной стадией ЭСО, 2 группа – 147 детей с секреторной стадией ЭСО, 3 группа – 9 детей с мукозной стадией ЭСО. 57 пациентам I группы с 3 степенью аденоидных вегетаций выполняли аденотомию под эндоскопическим контролем. У 6 детей пролечили острый гнойный гайморит, развившийся на фоне обострения хронического аденоидита. Через 1 месяц провели повторное обследование. У всех прооперированных детей и у 6, после лечения острого гайморита, отмечено полное восстановление аудиометрических показателей, нормализация ото-скопической картины. При катamnестическом наблюдении через 3, 6 и 12 месяцев функциональные и клинические показатели в этой группе детей соответствовали возрастной норме. У 138 из 147 детей 2 группы диагностировали гипертрофию аденоидных вегетаций 2-3 степени с предлежанием к устью слуховых труб, в 9 случаях – гипертрофия тубарных миндалин при свободной носоглотке (этим детям ранее выполнена аденотомия в других стационарах). Всем детям с гипертрофией аденоидов выполняли аденотомию под эндоскопическим контролем. Пациентам с гипертрофией тубарных миндалин проводили их коррекцию. Учитывая наличие у 120 пациентов тугоухости более 4 месяцев в анамнезе, патологического субстрата на КТ височных костей, занимающего всю барабанную полость, что во всех случаях подтверждалось интраоперационно, одновременно проводили двустороннее шунтирование барабанных полостей. У 6 детей в связи с наличием экссудата в барабанных полостях около 1,5 месяцев ограничились только аденотомией как первым этапом лечения ЭСО с последующим наблюдением. У 12 детей с гипертрофией аденоидов 3 степени, в связи с невозможностью определить сроки нахождения экссудата в барабанных полостях, одновременно с аденотомией выполняли миринготомию, при этом 6 детям установили вентиляционные трубки. После шунтирования барабанных полостей всем больным проводили: транстимпанальное введение раствора комбинации ацетилцистеина и антибиотика, затем – раствор дексаметазона, электрофорез с йодистым калием эндаурально, ежедневно, в течение 7 дней. Катamnестический осмотр проводили через 1, 3, 6, 9 и 12 месяцев. У 39 детей через 10-12 месяцев и у 84 через 8-10 месяцев отмечали экструзию шунтов, у 3 детей – экструзия через 6 месяцев, после эпизода ОРВИ – рецидив ЭСО, в связи с чем им выполнили повторное шунтирование барабанных полостей. Все дети 2 группы отмечали субъективное улучшение слуха, отсутствие дискомфорта в ушах, восстановление свободного носового дыхания. Функциональные и клинические показатели в этой группе соответствовали возрастной норме. У больных 3 группы диагностировали гипертрофию аденоидных вегетаций 2-3 степени. 6 детям с мукозной стадией ЭСО проводили аденотомию с шунтированием барабанных полостей, 3 пациентам – одномоментную аденотомию и тимпанотомию, в связи с невозможностью удаления вязкого экссудата через миринготомическое отверстие. Эти дети находятся под катamnестическим наблюдением, отмечается субъективное улучшение слуха.

Выводы: Таким образом, при катаральной стадии ЭСО показано этапное лечение, включающее в себя санацию носоглотки (аденотомия) с последующим курсом консервативного лечения. При наличии экссудата в барабанных полостях менее 4 месяцев при экссудативной стадии ЭСО также возможно первым этапом ограничиться только санацией носоглотки с последующим наблюдением. В случае невозможности определения срока наличия экссудата в барабанных полостях при проведении оперативного вмешательства (санации носоглотки) показана миринготомия с определением характера экссудата и решением вопроса об установке шунта.

АНАЛИЗ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И СКОРОСТНО-СИЛОВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ

Кузнецова М.Н., Поляков С.Д., Подгорнова Н.С., Соболев А.М.
Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Филиал №12 Государственное автономное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины» Департамента здравоохранения Москвы, Москва

Оценка здоровья детей предусматривает анализ биологического и социального анамнезов и тестирование по ряду показателей, характеризующих физическое развитие и возрастную функциональную подготовленность.

Цель работы: Оценить физическое развитие и функциональную подготовленность детей 3-5 лет. Обследование 888 детей (447 мальчиков и 441 девочка) в возрасте от 2,66 до 5,5 года проведено в детских садах Москвы с использованием портативных технических средств: медицинские весы, ростомер, сантиметровая лента, 50 см линейка, электронный портативный спирометр, детский кистевой динамометр, секундомер. Физическое развитие детей оценено: по массе (кг) и длине тела ребенка (см). Функциональная подготовленность определена по ряду тестов: жизненной емкости легких (ЖЕЛ, мл); обхвату грудной клетки (см), силе кисти ведущей (правой или левой) руки (кг); силовой выносливости по времени удержания мышц спины и брюшного пресса (с); количеству приседаний за 30с; длине прыжка с места (см); по тесту падающей линейки (см). Определение индекса Кетле-2 и Жизненного индекса проведено по общепринятым формулам. Статистический анализ результатов исследования проведен с использованием программы STATISTICA 6.1 (StatSoft Inc., США). Количественные показатели представляли медианой и в скобках 25-й и 75-й центилями. Для определения связи между независимыми переменными вычисляли коэффициенты ранговой корреляции Спирмена. Результаты обследования детей раннего возраста (до 2,5 лет) выявили невозможность добиться от ребенка точного выполнения требуемого упражнения по слову или показу тестирующего. По данным Н.М.Мураенко, для закрепления точного двигательного навыка руки ребенка раннего возраста необходимо от 33 до 68 повторений. И только ближе к трем, на четвертом году жизни, ребенок способен воспроизводить движения по слову взрослого и начинается конкретное качественное воздействие на определенные мышечные группы, способные повысить трофический эффект и развить такие качества, как сила, быстрота, выносливость, ловкость и гибкость, обеспечивающие основу качества развития ребенка. Ограничение же активности ребенка в домашних условиях и/или в детском саду ведет к невосполнимым потерям в его физическом и соматическом здоровье. Для детей раннего возраста важна помощь старших в организации игр с целью повышения двигательной активности. Оздоровительно-развивающий двигательный режим для ребенка в домашних условиях можно создать с помощью оригинальной конструкции спортивного комплекса В.С.Скрипалева (1986), расположенной на 1-3 кв.м, состоящей из 11 снарядов для выполнения более 5000 упражнений (перелазов, вращений, качаний, прыжков и т.д.). Значения показателей физического развития по массе и длине тела детей оказались статистически не различимы с данными по Российской Федерации и данными Всемирной Организации здравоохранения. Показатели ЖЕЛ у детей установлены в пределах от 500 (425;600) до 900 (800;1100). Обхват грудной клетки от 50,5 (49,5;52) до 55 (53,5;57). Сила кисти ведущей руки от 2 (1;3) до 6 (5;7). Силовая выносливость по времени удержания мышц спины и брюшного пресса соответственно от 25 (15,8;33,5) до 33 (25;43,5) и от 25 (18;30) до 30 (25;40). Количество приседаний за 30 с от 15,5 (10,8;17,3) до

20 (18;22). Длина прыжка с места от 52 (39;61) до 86 (75;95). Тест падающей линейки от 26 (20,8;34) до 28 (24;34). Индекс Кетле-2 от 15,2 (14,6;15,7) до 15,5 (14,9;16,6). Жизненный индекс от 34,3 (28,8;41,8) до 48,9 (42,9;55,3). Вычисление коэффициентов ранговых корреляций по Спирмену выявило различие показателей тестов по гендерному признаку: значимо выше ($p \leq 0,05$) у мальчиков обхват груди и ЖЕЛ, сила кисти ведущей руки, количество приседаний, длина прыжка с места и Жизненный индекс. У девочек выше ($p \leq 0,05$) показатели по тестам силовой выносливости по времени удержания мышц спины и брюшного пресса. В детских садах кроме плановых физкультурных занятий с использованием малых и больших мячей, скакалок и других предметов и снарядов проводили закаливающие процедуры (бассейн, сауна, контрастный душ, водный массаж стоп). В воспитательно-оздоровительную программу широко вводили сезонные игры (развивающие, спортивные, музыкальные, традиционные, народные). Дети, отстающие в физическом развитии при низких показателях соматического здоровья, индивидуально получали лечебный массаж и с ними проводили групповые занятия лечебной физкультурой. По данным этого исследования динамика физического развития детей и их функциональной подготовленности была равномерной и соответствовала возрасту.

МИКОЗЫ И КОЛОНИЗАЦИИ ДЫХАТЕЛЬНОГО ТРАКТА ГРИБАМИ У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ

Кулько А.Б., Кондратьева Е.И., Воронкова А.Ю., Шерман В.Д., Никонова В.С., Будзинский Р.М.
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы», Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Медико-генетический научный центр», Государственное бюджетное учреждение Мо, Москва

Микозы легких у больных муковисцидозом активно изучаются последнее время в связи с расширением возможностей диагностики, применением глюкокортикоидной терапии, расширением показаний и агрессивной тактикой антибактериальной терапии, появлением антибактериальных препаратов, увеличением лиц после трансплантации (легких и печени) и другими факторами. Результаты проведенного в НИИ медицинской микологии им. П.Н. Кашкина в 2014-2017 гг. исследования свидетельствуют, что частота различных форм аспергиллеза у больных муковисцидозом составляет 10,5%.

Цель исследования – изучить характеристику больных, в мокроте которых были обнаружены оппортунистические болезнетворные грибы и чувствительность выделенных штаммов *Aspergillus spp.* и *Candida spp.* к антимикотикам.

Материалы и методы: Было обследовано 23 пациента в возрасте от 2 до 17 лет с факторами риска развития микозов. Выделенные 77 штаммов грибов идентифицировали общепринятыми методами; морфологию мицелиальных грибов рода *Aspergillus* изучали при культивировании на агаре Чапека-Докса и картофельно-декстрозном агаре при 30°C и 37°C, проводя видовую идентификацию с помощью специальных атласов-определителей (Hoog de G.S. 2011; Кулько А. Б., 2012;) Определение чувствительности штаммов *Aspergillus spp.* (27 штамов) и *Candida spp.* (52 штамма) к антимикотикам проводили методом микроразведений с определением МПК в мкг/мл (система «Sensititre»). Результаты. Грибы рода *Aspergillus* (27 штаммов) были выделены из мокроты 11 больных (девочки – 5, мальчики – 6) в возрасте 12,38±3,2лет. Хронический аспергиллез легких (ХАЛ) был диагностирован у 4 больных, аллергический бронхолегочный аспергиллез (АБЛА) – у 3 детей, колонизация – у

4 больных, в том числе у ребенка после трансплантации печени. В мокроте 9 детей были обнаружены сочетания *Aspergillus fumigatus* и *Candida albicans*, у 8 больных было выделено 2 или 3 вида *Aspergillus* spp. (*A. terreus*, *A. flavus* и *A. niger*) и *Candida albicans*. У 1 ребенка были выделены 4 вида грибов (*Acremonium strictum*, *Aspergillus fumigatus*, *Penicillium purpurogenum*, *Candida albicans*). В данной группе преобладали девочки 6 против 3 мальчиков, и возраст составил 3,79+3,1 лет. 6 пациентов имели хроническую или интермиттирующую *Pseudomonas aeruginosa*, хроническую стафилококковую инфекцию. Каждый из бактериальных патогенов: *Burkholderia ceracia complex*, *Achromobacter* spp., НТМБ встречался в мокроте у 1 ребенка. Все дети получали базисную ингаляционную антибактериальную терапию, а также внутривенную терапию (2-4 раза в год) и ципрофлоксацин через рот. Наибольшая активность в отношении выделенных штаммов грибов рода *Aspergillus* была выявлена у препаратов вориконазол и итраконазол. Выделенные 52 штамма грибов рода *Candida* (*C. albicans*, *C. parapsilosis*, *C. glabrata*, *C. tropicalis*) из мокроты и других респираторных субстратов рассценивали как колонизацию, не требующую медикаментозного лечения. В изучаемой группе высев *Candida albicans* был у 18 больных (11 девочек и 7 мальчиков), возраст 12, 38+5, 2 лет. Другие виды *Candida* spp. были выделены в мокроте 6 больных. У всех пациентов была синегнойная инфекция (хроническая или интермиттирующая) и базисная антибактериальная терапия. Наибольшая активность в отношении выделенных штаммов грибов рода *Candida* была выявлена у препаратов группы эхинокандинов (анидулафунгин, каспофунгин, микафунгин) и амфотерицина В.

Выводы: Полученные результаты свидетельствуют о высокой частоте микотического поражения дыхательного тракта детей с факторами риска при муковисцидозе, в том числе ассоциации грибов. Полученные результаты по чувствительности и резистентности могут использоваться для стартовой терапии микозов и для их профилактики. Исследование выполнено в рамках государственного задания ФГБНУ «МГНЦ».

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОАКТИВНОЙ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРОМ Кальциневрина у ПОДРОСТКОВ со СРЕДНЕТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Ларькова И.А., Ревякина В.А., Мухомых В.А., Джусоева Е.В.
Федеральное государственное бюджетное учреждение науки «Федеральный исследовательский центр питания и биотехнологии пищи», Москва

Актуальность: Атопический дерматит (АтД) принадлежит к числу хронических воспалительных заболеваний, при этом среднетяжелое течение АтД характеризуется трудностями достижения устойчивой ремиссии даже при условии длительного применения топических глюкокортикостероидов (тГКС) в интермиттирующем режиме, что в свою очередь является фактором риска развития побочных реакций, а потому не рекомендуется на срок более 16 недель. В последние годы активно обсуждается возможность длительной (более 16 недель) проактивной терапии топическими ингибиторами кальциневрина (ТИК) для поддержания ремиссии АтД. Цель – оценить эффективность проактивной терапии ингибитором кальциневрина у подростков со среднетяжелым течением атопического дерматита. Материалы и методы: Под нашим наблюдением находилось 40 подростков в возрасте от 12 до 16 лет со среднетяжелым непрерывно-рецидивирующим течением АтД. Случайным образом больные были рандомизированы в 2 группы – 1 группу (n=20) – основную, в которой подросткам после купирования обострения назначалась проактивная терапия 0,03% мазью такролимуса на 16 недель и 2

группу (n=20) – контрольную, пациенты которой получали в интермиттирующем режиме терапию тГКС также в течение 16 недель. При этом все пациенты в течение первой недели получали стандартную наружную противовоспалительную терапию тГКС, антисептиком, увлажняющими наружными средствами, а также антигистаминными препаратами нового поколения. Со 2-й недели больным 1 группы на последующие 2 недели в лечение включали 0,03% мазь такролимуса (отменив при этом тГКС) в режиме дважды в день с последующим переходом на проактивную терапию этим же наружным средством в режиме однократной аппликации дважды в неделю, в то время как больным 2-й группы было продолжено назначение тГКС дважды в день в течение 2-х недель с последующим переходом на терапию этим же наружным средством в режиме однократной аппликации дважды в неделю. Оценка эффективности лечения проводилась по клинике и динамике индекса SCORAD до начала терапии, на 7, 21 дни лечения, а также на 2 и 4 месяцах лечения.

Результаты: Индекс SCORAD у подростков 1-й группы до начала лечения был 45,1 ± 3,3, 2-й группы – 43,2 ± 3,5. К 7 дню стандартной противовоспалительной терапии было отмечено улучшение у пациентов обеих групп с уменьшением индекса SCORAD в 1,5 раза. После включения в терапию 0,03% мази такролимуса у пациентов 1 группы уже к 21 дню лечения индекс SCORAD составил 9,1 ± 0,5, в то время как на фоне стандартной терапии тГКС у пациентов контрольной группы индекс SCORAD был 16,7 ± 1,8. На фоне последующей наружной проактивной терапии ингибитором кальциневрина в основной группе было отмечено развитие стойкой клинической ремиссии у 18 подростков (90%), в то время как в контрольной группе – у 13 подростков (65%), при этом в основной группе ни у одного из 2 пациентов вновь возникшее обострение АтД не носило тяжелого характера, в то время как в контрольной группе – у 5 пациентов развилось тяжелое обострение на 2-3 месяце. Побочных эффектов в процессе длительного проактивного лечения 0,03% мазью такролимуса не наблюдалось, отмечалась хорошая переносимость препарата. Чувство жжения на участках кожи, на которые наносилась мазь такролимуса, было отмечено у 4-х пациентов в течение первых трех суток лечения, что быстро самостоятельно разрешилось и не требовало отмены препарата.

Заключение: Результаты исследования свидетельствуют о том, что включение в наружную терапию ингибитора кальциневрина в виде 0,03% мази такролимуса у подростков со среднетяжелым течением АтД значительно ускоряет достижение ремиссии заболевания на фоне снижения стероидной нагрузки. При этом проактивная терапия 0,03% мазью такролимуса высокоэффективна в развитии устойчивой и длительной ремиссии АтД по сравнению с терапией тГКС в интермиттирующем режиме у подростков со среднетяжелым течением АтД.

ВЫСОКОПРОИЗВОДИТЕЛЬНОЕ СЕКВЕНИРОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

Левченко О.А., Лавров А.В.

Медико-генетический научный центр, Москва

Введение: Умственная отсталость (УО) представляет собой группу синдромов и расстройств, характеризующихся низким интеллектом и связанными с ним ограничениями в адаптивном поведении. По данным различных авторов распространенность УО колеблется от 1% до 3%. В последнее время наиболее популярным инструментом для генетической диагностики состояний, сопровождающихся УО, стало высокопроизводительное секвенирование (ВПС). Целью данной работы является сравнительная оценка эффективности молекулярно-генетической диагностики УО с помощью полноэкзомного секвенирования и секвенирования клинического экзона.

Материалы и методы: Полный экзом секвенировали с использованием набора TruSeq DNA Exome (Illumina). Клинический экзом разработан в ФГБНУ «МГНЦ» и включает 6300 генов, для которых описана связь с генетической патологией по данным HGMD на 2017 год. Так же проводилось секвенирование полного экзома на платформе IonTorrent S5 с использованием набора Ion Ampliseq Exome (ThermoFisher). В исследовании участвовали пациенты с синдромальной и несиндромальной УО различных возрастов. Результаты и обсуждения: Из 70 обследованных пациентов патогенные и вероятно патогенные варианты выявлены у 18, таким образом эффективность подхода составила 25%. Эффективность клинического экзома составила 39%. Данный результат может быть связан с тем, что клинический экзом назначают, имея более убедительные клинические признаки генетической природы заболевания, в то время как к полному экзому зачастую прибегают как к последней диагностической надежде – «на всякий случай», что сказывается на снижении диагностической значимости. Полноэкзомное секвенирование является дорогостоящим анализом и занимает одно из последних мест в алгоритме диагностического поиска. Часто врачи назначают полный экзом при подозрении на крайне редкое, возможно, даже еще не описанное заболевание. Данный подход логичен и оправдан, так как гены подавляющего большинства описанных заболеваний входят в клинический экзом. Однако у полного экзома есть неоспоримое преимущество перед клиническим – это возможность пересмотра результатов. По данным последних исследований повторный анализ полноэкзомных данных через 3 года увеличивает эффективность диагностики почти на 10%. Выводы: Таким образом, диагностика УО методами ВПС является эффективной и может достигать более чем 40% при тщательном учете показаний к молекулярно-генетической диагностике.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ, ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДА ОСТРОГО ЭНЦЕФАЛИТА НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ

Липатова Е.С., Бритикова Е.А., Володина Н.А., Пахомова И.А.
Самарский государственный медицинский университет,
Областная больница им. В.Д. Середавина, Самара

Актуальность: Острый энцефалит (ОЭ) с его многообразием клинических симптомов, трудностями диагностики и подбора специфической терапии, высоким процентом неврологических осложнений с однозначно неблагоприятным прогнозом является одной из нерешенных до конца проблем.

Цель исследования: На примере клинического случая заболевания ОЭ, подтвержденного патологоанатомическим вскрытием, показать особенности клиники, диагностики и тактики ведения ребенка с ОЭ. Материалы и методы исследования: Лонгитудинальное наблюдение за ребенком, находящимся на лечении в крупном многопрофильном стационаре, с последующим ретроспективным анализом историй развития и болезни, протокола патологоанатомического заключения.

Полученные результаты: Ребенок М. 2,5 лет заболела остро с появления миоклоний в правой руке, быстро распространившихся на правую часть лица. В течение последних 1,5-2 месяцев перенесла несколько эпизодов ОРВИ. Посещала детский сад с 1 года 11 месяцев. Перинатальный анамнез умеренно отягощен. Беременность 2, протекала без особенностей роды 2, вес 3200 г, рост 52 см, выписана на 5 сутки. Наблюдалось затяжное течение конъюгационной желтухи до 3 месяцев жизни с развитием постнатальной гипотрофии I степени. Серологически определялись IgG к ВПГ в титре 1:1600. ПЦР крови на специфические инфекции амбулаторно не проводилась. Незначительно задерживалась в моторном развитии на первом году жизни.

В неврологическом статусе при поступлении: в контакт вступает ограниченно, инструкции практически не выполняет, менингеальных симптомов нет. Не говорит. Кратковременно фиксирует взгляд. Миоклонии в правой руке, купирующиеся во время глубокого сна. Мышечный тонус умеренно диффузно снижен. Переворачивается, садится самостоятельно. Ходит неуверенно, походка с элементами атаксии. Сухожильные и периостальные рефлексы живые, D₂S. В ликворе на всем протяжении болезни сохранялись низкие цифры белка, однозначный цитоз. ПЦР ликвора на инфекции (ЦМВ, ВПГ 1,6 тип, ТОХО, EBV), ИФА на туберкулез, клещевой энцефалит, боррелиоз – отрицательны. ИФА крови выявил IgG к ВПГ (1:400) и ТОХО (54 ед/мл), ВИЧ, RW, хламидии – отрицательны. По МРТ головного мозга выявлены изменения, расцененные как проявления острого энцефалита. Начата противовирусная (ацикловир в/в), гормональная (преднизолон 5мг/кг), антиконвульсантная терапия (кепра 20мг/кг в/в). Определен уровень лактата, АТ к ДНК, АНФ аутоиммунный характер процесса не подтвержден. Проводился плазмоферез. Доза преднизолона постепенно снижалась до 1мг/кг. С 17 дня болезни нарасла степень выраженности гиперкинезов: миоклонии с правой половины тела распространились на левую руку, нарастали явления правостороннего, а затем и левостороннего спастического пареза. Свет, шум, тактильная стимуляция начитительно усиливали степень выраженности гиперкинезов, провоцировали общее возбуждение. Начата плановая медикаментозная нагрузка, проведена интубация трахеи и респираторная поддержка в режиме вспомогательной вентиляции легких, переведена на зондовое питание. В состоянии глубокого физиологического и медикаментозного сна гиперкинезы уменьшались. Повышена доза гормонов до 20 мг/кг с переводом на солумедрол, продолжено парентеральное введение ацикловира, начато введение высокодозного очищенного иммуноглобулина (привиджен 5 г №4 через день), проведен курс ноотропов (холина альфасцерат №12), антигипоксантов (мексиприм №12), получала клонозепам 1мг/сут. По МРТ в динамике распространение воспалительного процесса, нарастание атрофического процесса. Выставлен диагноз: Диссеминированный энцефалит, предположительно вирусно-аутоиммунной этиологии, тяжелое прогрессирующее течение. Центральный, преимущественно правосторонний тетрапарез, выраженные стойкие нарушения двигательных функций. Миоклонический гиперкинез. Острые симптоматические соматомоторные приступы. Персистирующее вегетативное состояние. На четвертом месяце жизни произошло быстрое развитие декомпенсации на фоне полиорганной недостаточности с развитием летального исхода. Выводы: Наиболее тяжелое, быстропрогрессирующее течение энцефалитов отмечается у детей раннего возраста с отягощенным преморбидным фоном, требующим проведения экстренных лечебных вмешательств и, соответственно, раннего установления диагноза.

АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ЗДОРОВЬЯ УЧАЩИХСЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ

Литвиненко О.В., Шульга М.А., Панина О.А., Леднев С.А.
Бюджетное учреждение здравоохранения Воронежской области «Областная детская клиническая больница №1»,
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко» Министерства здравоохранения России, Воронеж

Актуальность: По данным официальной статистической отчетности, заболеваемость среди детей в возрасте от 3 до 17 лет включительно ежегодно увеличивается на 4-5%. Это связано с тем, что детское население подвержено воздействию различных факторов окружающей среды. При этом наиболее уязвимой частью населения

является младший школьный возраст. Анатомо-физиологические особенности детей данной возрастной группы в виде незрелости системного и местного иммунитета в сочетании с интенсивным процессом роста способствуют тому, что дети более чувствительны к воздействию патогенных факторов. Начало обучения является мощным стрессовым фактором, изменяющим уклад жизни ребенка. Это ведет к напряжению адаптационных механизмов и снижению функциональных возможностей организма школьников.

Цель исследования: Анализ влияния школьно-средовых факторов на здоровье младших школьников и определения направлений профилактической работы.

Материалы исследования: Проводилось анкетирование 105 семей учащихся младших классов общеобразовательных школ г. Воронежа. Изучались две группы факторов: медико-биологические и социально-гигиенические.

Результаты: Выявлено, что отягощенность факторами риска (число факторов в пересчете на одного ребенка) достоверно увеличивается в процессе обучения с 5,8 до 8,2. Возраст большинства матерей (72%) к моменту рождения ребенка составлял 21-25 лет. Наличие хронических заболеваний у себя признали 34% женщин, профессиональные вредности до или во время беременности имели 6,2% матерей. У 57% женщин отмечался токсикоз первой половины беременности, у 28% – второй половины беременности. Родились доношенными 84,7% детей, недоношенными – 8,6%, асфиксию в родах или другие осложнения имели 2,6% новорожденных. Выявлено воздействие на здоровье учащихся начальной школы большого числа неблагоприятных факторов, обусловленных образом жизни. Жилищные условия в большинстве благополучные – 92% опрошенных живут в отдельных квартирах. Среднее количество комнат на семью составляет 2,2, при этом 46% школьников имеют собственную комнату. При оценке психологического климата в семье взаимоотношения как «благополучные» оценивают 86% опрошенных. Образовательный ценз родителей достаточно высок – 76% имеют высшее образование. Проведенное исследование показало значительную распространенность курения среди родителей младших школьников: один из родителей курит у 42% детей, в 5% случаев курят оба родителя. При этом 18% родителей признали, что курят в присутствии ребенка. Доказано, что пассивное курение не только вредит детскому здоровью, но и способствует приобщению к курению как с физиологической, так и с психологической точки зрения. Характер питания школьников в значительном числе случаев не соответствует гигиеническим требованиям. Ежедневно употребляют мясные продукты 72% учащихся, молоко и молочные продукты – 70%. Не имеют в ежедневном рационе фрукты и овощи 36% школьников, 55% опрошенных каждый день употребляют кондитерские изделия в избыточном количестве. Только у 48% школьников уровень необходимой двигательной активности соответствует гигиеническим требованиям. Около 42% детей занимаются физкультурой исключительно на школьных уроках. Ежедневно утреннюю гигиеническую гимнастику выполняют лишь 32% учащихся. В динамике обучения снижается доля школьников, ведущих физически активный образ жизни – с 21% до 36%. Дефицит ночного сна имеют 55,4% детей. Распространенность внешкольных занятий свидетельствует о перегруженности учащихся различными видами деятельности. Ежедневно 45% учащихся 2 часа и более тратят на просмотр телепередач, а 18% из них – по 3-4 часа. Каждый второй ребенок проводит за монитором компьютера по 1 часу в день, 9% – от 2 до 4 часов. Кроме того, у 72% школьников время приготовления уроков превышает существующие нормативы, а 14% затрачивают на это 4-6 часов. Достаточная длительность прогулок на свежем воздухе в учебные дни отмечается только у 19% детей, что свидетельствует о нерациональной организации их досуга родителями. Выводы. У детей 6-10 лет выявлены такие факторы

риска, влияющие на их здоровье: гиподинамия, дефицит ночного сна, нерациональная организация досуга и дефицитное по основным продуктам питание. Это ведет к напряжению адаптационных механизмов и снижению функциональных возможностей организма, что повышает риск формирования у детей хронической патологии. Формирование стереотипов здорового образа жизни у младших школьников способствует укреплению и сохранению здоровья.

СИНДРОМ МНИМОГО ИЗБЫТКА МИНЕРАЛОКОРТИКОИДОВ

Макрецькая Н.А., Тюльпаков А.Н.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии» Министерства здравоохранения России, Москва

Ведение: Синдром мнимого избытка минералокортикоидов – редкое аутосомно-рецессивное заболевание, обусловленное инактивирующими мутациями гена HSD11B2, вследствие чего происходит нарушение превращения кортизола в кортизон. Заболевание проявляется артериальной гипертензией на фоне сниженного уровня ренина и гипокалиемии. Клинические случаи: Случай 1, мальчик 11 лет, задержка роста (SD -2,8), полиурия, полидипсия, гипертония (160/110 – 170/140 мм рт.ст.). В биохимическом анализе отмечается гипокалиемия (2,2-2,7 ммоль/л) на фоне нормального уровня натрия (140-142 ммоль/л). Уровни активности ренина плазмы и альдостерона снижены (АРП 0,14 нг/мл/ч, Альдостерон <30,0 пмоль/л). Случай 2, девочка, обследована в возрасте 6 лет, отмечается полиурия, повышение АД (120/85 – 130/90 мм рт.ст.), гипокалиемия (2,4 ммоль/л). Гормональное исследование также показало низкие уровни АРП (<0,1 нг/мл/ч) и альдостерона (32,3 пмоль/л). Начата терапия спиронолактоном (50 мг в день). В настоящее время у детей уровни электролитов и АРП в пределах нормы, а артериальное давление 100/70-110/80 мм рт.ст.

Методы: Молекулярно-генетическое исследование гена HSD11B2 проведено методом секвенирования по Сэнгеру.

Результаты: Компаунд-гетерозиготная и гомозиготная мутации были обнаружены в случаях 1 и 2 соответственно. Все мутации выявлены впервые.

НЕКОТОРЫЕ СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СЕМЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

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

Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург

Социальная помощь приобретает все большую значимость в современной психиатрии. Для укрепления психического здоровья населения требуется предпринимать превентивные социальные меры, а психически больным обеспечить социальную поддержку в зависимости от материально-бытовых, социальных и общекультурных условий проживания детей.

Цель работы: Определить медико-социальный статус семей, имеющих детей с психическими заболеваниями.

Исследование проводилось на базе ГБУЗ «Областной психоневрологический диспансер» г. Бузулука Оренбургской области. Было проанализировано 120 амбулаторных карт и историй болезни детей, находящихся на лечении у врача психиатра. Возраст детей распределялся следующим образом: от 10 до 14 лет: 70%, от 4 до 9: 20%, от 15 до 17: 10%. Анализ социального статуса семьи свидетельствует о том, что 30% детей проживают в полных семьях, 70% – в неполных

семьях с матерью. Материальное обеспечение семей свидетельствует о том, что 58% имеют средний прожиточный минимум, 12% – хорошо обеспечены материально и у 30% – доход ниже прожиточного минимума. Образовательный ценз семей с детьми, страдающими психическими заболеваниями, отличался большим разнообразием: 62% родителей имели среднее образование, 28% высшее образование, 10% – неоконченное среднее образование. Стабильные внутрисемейные отношения имеют большое значение для создания благоприятной обстановки, что сопровождается обычно ремиссией у детей. Проведенный анализ свидетельствует о том, что в 75% семей отношения нестабильные, переменчивые и лишь в 25% семей царит взаимопонимание и любовь к детям. Таким образом, среди детей с психическими заболеваниями преобладали дети в возрасте 10-14 лет, страдающие олигофренией, как мальчики, так и девочки. Дети проживают в основном в неполных семьях с нестабильными внутрисемейными отношениями и средним прожиточным минимумом.

БОТУЛИНОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД КОРРЕКЦИИ СПАСТИЧНОСТИ У ПАЛЛИАТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Маслова Н.А., Тысячная Е.М., Кумирова Э.В., Щедеркина И.О., Колтунов И.Е., Мальцев С.А.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Морозовская детская клиническая больница» Департамента здравоохранения Москвы, Москва

Проблема спастичности является важной медико-социальной проблемой. Несвоевременная и неадекватная коррекция спастичности приводит к множеству осложнений, среди которых наибольшую клиническую значимость имеют уменьшение функциональных способностей, развитие вторичных ортопедических осложнений, болевого синдрома, затруднения ухода за пациентом и впоследствии ухудшение качества жизни в целом. Однако у паллиативных пациентов зачастую этой проблеме уделяется недостаточно внимания, что связано в первую очередь с ориентированностью на поддержание витальных функций, необходимостью постоянной коррекции сопутствующих заболеваний и вторичных осложнений. Ботулинотерапия – методика местной коррекции спастичности с доказанной эффективностью (уровень доказательности А) и в ряде случаев имеет преимущество перед применением системных миорелаксантов.

Целью данной работы явилась оценка клинической эффективности и экономической целесообразности применения ботулинотерапии у паллиативных пациентов, оценка степени изменения общего качества жизни пациентов и их семей после проведения ботулинотерапии. Материалы и методы: 32 пациента, находившиеся на стационарном лечении в отделении паллиативной медицинской помощи МДГКБ или наблюдающихся в амбулаторном кабинете, получили инъекции ботулотоксином (Ксеомин) с января по июнь 2018 года. Все пациенты имели тяжелые двигательные нарушения (V уровень по шкале глобальных моторных функций GMFCS) и степень выраженности спастичности 3-4 балла по шкале Эшворта. Критериями исключения были пациенты с соединительнотканым перерождением мышц, верифицированным с помощью УЗ-исследования, выраженная мышечная атрофия, а также наличие грубых суставных контрактур. Доза и группы мышц-мишеней подбирались индивидуально, в зависимости от клинической картины (в среднем суммарная доза на сессию у одного пациента составила 15,3 Ед/кг). Оценка спастичности проводилась по стандартной шкале Эшворта (Ashworth Scale) трижды: непосредственно перед проведением инъекций, через 1 месяц и через 3 месяца. 17 детей в течение 1-2 месяца после проведения ботулинотерапии получали активную реабилитационную, 22 пациента получали также ортопедическую коррекцию. Также проводилось анкетирование родителей через 1

месяц после инъектирования с целью оценки изменения качества жизни в баллах от 0 до 3 (0 – не изменилось, 1 – ухудшилось, 2 – ухудшилось, 3 – значительно улучшилось). Оценка экономической целесообразности носила приблизительный характер и складывалась из расчета средней рыночной стоимости препаратов с приблизительным расчетом затрат на 1 месяц для пациента с массой тела 13 кг (средняя масса тела пациентов исследуемой группы), средних затрат на реабилитацию и ортопедическую коррекцию.

Результаты: При оценке выраженности спастичности через 1 месяц у 11% пациентов не отмечалось положительной динамики по шкале Эшворта (82% из них были оценены на 4 балла перед проведением ботулинотерапии, 18% – 3 балла). У 81% отмечалось снижение мышечного тонуса на 1 балл по шкале Эшворта (41% – 4 балла перед проведением ботулинотерапии, 59% – 3 балла). У 8% отмечалось снижение мышечного тонуса на 2 балла (100% – 3 балла до ботулинотерапии). По результатам анкетирования родителей, ухудшения качества жизни ребенка не было отмечено ни в одном случае. Не изменилось качество жизни по мнению 11% родителей. 51% родителей отметили улучшение качества жизни, 38% – значительное улучшение. По результатам оценки материальных затрат следует отметить, что терапия ботулотоксином является более дорогостоящей по сравнению с применением системных миорелаксантов, однако следует учитывать ряд дополнительных факторов. Выводы: Ботулинотерапия как метод коррекции спастичности у детей с тяжелым двигательным дефицитом является эффективным и безопасным методом, не имеющим системных побочных эффектов. Экономическая целесообразность применения ботулотоксина у пациентов с тяжелым двигательным дефицитом остается дискуссионным вопросом, однако, учитывая снижение затрат на ортопедическую коррекцию, а также ограничения в виде максимально допустимой суточной дозы пероральных миорелаксантов и их системные побочные действия, психологический фактор в виде улучшения качества жизни семьи, данный вид терапии в рамках паллиативной помощи можно считать актуальным и востребованным.

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ШКОЛЬНИКОВ

Милушкина О.Ю., Лапонова Е.Д.

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

Интенсификация учебной деятельности современных школьников, изменение образа жизни, появление новых факторов, формирующих неблагоприятные сдвиги в функциональном состоянии организма детей и подростков, требуют их изучения и оценки воздействия для разработки профилактических мер. В настоящее время получены убедительные данные о негативном влиянии на функциональное состояние организма школьников организации и условий проведения ОГЭ и ЕГЭ, авторитарного стиля преподавания, широкого распространения и использования школьниками информационно-коммуникационных технологий (ИКТ), особенности образа жизни, а также социальные факторы (сиротство, нарушение правопорядка и т.п.). Все это предопределяет поиск как предикторов функциональных нарушений у детей и подростков, так и педагогических подходов, позволяющих нивелировать отрицательное влияние на функциональное состояние организма учащихся. Одним из физиологически оправданных путей для реализации этой задачи может стать гендерная дифференциация школьного обучения, учитывающая особенности темпа учебной работы, восприятия и переработки учебной информации мальчиками и девочками. Гигиеническая оценка дифференциации обучения в школе подростков среднего школьного возраста разного пола показала: 1. Изменения

умственной работоспособности в динамике учебного дня, недели и года, ее вегетативного обеспечения и эмоционального состояния учащихся 5-9-х гендерных и смешанных классов наряду с педагогической эффективностью доказывают значительный здоровьесберегающий потенциал гендерно-ориентированного подхода в организации образовательного процесса: на разных возрастных этапах это проявлялось как в более высоких показателях скорости и точности умственной работы, меньшей распространенности случаев явного и выраженного утомления, неблагоприятных реакций АД, повышенный и высокой степени невротизации, так и в различных сочетаниях изучаемых показателей. Например, к окончанию основной школы мальчики гендерных классов имели лучшую (по сравнению с их сверстниками из смешанных коллективов) точность умственной работы – $3,9 \pm 0,19$ стандартизованных ошибок против $5,9 \pm 0,26$ стандартизованных ошибок у учеников смешанных коллективов, $p < 0,001$, а также достоверно меньшую распространенность неблагоприятных реакций АД ($35,3 \pm 5,6\%$ против $83,3 \pm 8,7\%$, $p < 0,01$) и случаев повышенной и высокой степени невротизации ($36,8 \pm 6,0\%$ против $80,0 \pm 8,7\%$, $p < 0,01$). 2. Анализ особенностей учебной мотивации выявил достоверно более высокий ее уровень среди учащихся гендерных коллективов практически на всех возрастных этапах. Например, то, что школьник обязан учиться хорошо, считает 81% мальчиков 5-х гендерных классов и только 30,8% мальчиков 5-х смешанных коллективов ($p < 0,01$). 3. Углубленный медицинский осмотр учащихся 9-х гендерных и смешанных классов (данные Рапорт И.К.) показал меньшую распространенность функциональных отклонений системы кровообращения, костно-мышечной системы и соединительной ткани, невротических реакций у мальчиков – учащихся гендерных классов, а также меньшую распространенность функциональных отклонений органов пищеварения, дыхания, костно-мышечной системы, органа зрения, нарушений иммунитета и нарушений менструальной функции у девочек – учениц 9-х гендерных классов по сравнению с аналогичными данными учащихся смешанных коллективов. Все это свидетельствует о значительном здоровьесберегающем потенциале гендерной дифференциации обучения подростков в основной школе и дает основания для более детальной методической разработки вариантов внедрения ее в учебный процесс как имеющей важное значение для сохранения здоровья обучающихся.

АГРЕССИЯ У ПОДРОСТКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Мороз Е.А., Башлакова А.Н., Вязова Л.И.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Психологические особенности личности пациентов с первичной артериальной гипертензией (АГ) на протяжении многих лет остаются предметом дискуссии. Особое значение придается их вкладу в формирование данного заболевания, что особенно актуально для молодых лиц, в первую очередь подростков. Подростковый возраст является значимым периодом в формировании личности и имеет свои особенности и характеристики, часто значительно затрудняющие адаптацию пациентов в социуме. Физиологические изменения, происходящие в этом возрасте, неблагоприятное сочетание наследственности и факторов внешней среды могут зачастую являться основой для дебюта многих хронических заболеваний, сопровождающих пациентов на протяжении всей последующей жизни. Артериальную гипертензию традиционно рассматривают как психосоматическую проблему, как взаимоотношение соматического, психического, социального единства [1]. Особенности вегетативной регуляции, имеющие существенное значение для патогенеза артериальной гипертензии, тесно связаны с личностными особенностями и типами реагирования на различные психоэмоци-

ональные воздействия, приводящими к дезадаптации у отдельных лиц. Одним из аспектов этой проблемы является изучение взаимосвязи артериальной гипертензии и агрессии.

Цели и задачи: Изучить уровень агрессии у подростков с АГ.

Материалы и методы: Основную группу составили подростки 15-17 лет с артериальной гипертензией (77 подростков), группу сравнения – здоровые подростки 15-17 лет (46 подростков). Для выявления уровня и форм агрессии использовался опросник «Методика диагностики показателей и форм агрессии А.Басса и А.Дарки», состоящий из 75 вопросов-утверждений [2]. Оценивался уровень следующих показателей: физическая агрессия, вербальная агрессия, косвенная агрессия, негативизм, раздражение, подозрительность, обида, чувство вины (аутоагрессия). Оценивались также суммарные показатели: индекс агрессивности и индекс враждебности.

Результаты: Анализ полученных результатов тестирования здоровых подростков и подростков с артериальной гипертензией не выявил достоверных различий ни по одному показателю, в том числе и по суммарным индексам агрессивности и враждебности. Однако у подростков с АГ максимально высокие значения показало чувство вины, то есть проявление аутоагрессии (62,9), индекс агрессивности был выше, чем индекс враждебности, и составили 58,8 и 52,2 соответственно. У здоровых подростков ведущим параметром оказалась физическая агрессия (65,3), а индекс агрессивности (63,0) был выше, чем индекс враждебности (49,0). В зависимости от пола подростков выявлены следующие особенности: у юношей, и больных и здоровых, ведущим параметром была физическая агрессия (66,6 и 69,8 соответственно), у девушек – чувство вины (75,8 и 66,7 соответственно), причем если у здоровых девушек этот показатель соответствовал повышенному уровню, то у больных – высокому. Закономерным образом это отразилось и на уровне суммарных показателей: индекс агрессивности был максимально высоким в группе здоровых юношей – 65,3, минимальным – в группе больных девушек – 54,0. Индекс враждебности имел максимальное значение в группе юношей с АГ – 51,4, минимальное – в группе здоровых девушек – 44,8.

Выводы: 1. Из полученных нами результатов следует, что для подростков с артериальной гипертензией не характерен повышенный уровень агрессии по сравнению со здоровыми сверстниками. 2. Как для здоровых подростков, так и для подростков с артериальной гипертензией характерны повышенные уровни индексов враждебности и агрессивности, что можно объяснить особенностями психологии подросткового возраста, связанными с сохранением индивидуальности, ростом чувства собственной ценности. 3. Проявление саморазрушительных, аутоагрессивных форм более выражено в группе больных подростков с артериальной гипертензией. 4. У девушек с артериальной гипертензией выявлен высокий уровень аутоагрессии – чувство вины. Литература 1. Гарганеева, Н.П. Артериальная гипертония как психосоматическая проблема / Гарганеева, Н.П. [и др.] // Клиническая медицина. - 2004. - №1 2. Малкина-Пых, И.Г. Психосоматика: справочник практического психолога / И.Г. Малкина-Пых – Москва: ЭКСМО, 2005. - 992 с.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МУЛЬТИШТАММОВОГО ПРОБИОТИКА У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ

Мухортых В.А.

Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологий и безопасности пищевых продуктов, Москва

Введение: Пищевая аллергия (ПА) – одна из часто встречающихся проблем детского возраста, неуклонно возрастающая с каждым годом. В научной литературе активно обсуждается в качестве

одной из возможных причин роста распространенности пищевой аллергии – изменение микробиоты кишечника, влияющей на формирование иммунной системы. Вывод о том, что изменения в составе микробиоты связаны с патогенезом аллергических расстройств, повысил внимание исследователей к использованию пробиотиков с целью лечения/ профилактики аллергических заболеваний.

Цель исследования: Оценить эффективность мультиштаммового пробиотика и его влияние на качественный и количественный состав микробиоты кишечника у детей с ПА.

Материалы и методы: Обследовано 122 ребенка в возрасте от 3-х мес до 3-х лет с гастроинтестинальными и кожными проявлениями ПА. Качественный и количественный состав микробиоты у детей с ПА определялся бактериологическим методом. Все дети получали мультиштаммовый пробиотик, содержащий в своем составе 7 пробиотических штаммов в титре 10^9 (*L. casei*, *L. rhamnosus*, *Str. thermophilus*, *B. breve*, *B. infantis*, *B. longum*, *L. acidophilus*) и фруктоолигосахариды из инулина. Препарат получали в дозе по 1 саше x 1 р/д в течение 30 дней.

Результаты: У всех обследованных детей выявлены нарушения микробного пейзажа кишечника в виде преобладания условно-патогенной флоры (*S. aureus*, *Enterobacter*, *Citrobacter*, *Klebsiella*, *Proteus*, грибов рода *Candida*) и сниженного уровня индигенной флоры (бифидобактерии, лактобактерии, *E. coli*). На фоне использования изучаемого препарата в течение 30 дней отмечена положительная динамика клинических симптомов у 91,8 % больных. Содержание микроорганизмов индигенной микрофлоры в фекалиях значительно возросло, а количество условно-патогенных микроорганизмов у 70,2% уменьшилось.

Заключение: Для повышения эффективности проводимой терапии детям с ПА необходимо включать в комплексную терапию пробиотик с мультиштаммовым составом.

НЕАЛКОГОЛЬНЫЙ СТЕАТОГЕПАТИТ У ДЕТЕЙ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Павловская Е.В., Строкова Т.В., Сурков А.Г., Багаева М.Э., Зубович А.И., Таран Н.Н.

Федеральное государственное бюджетное учреждение науки «Федеральный исследовательский центр питания и биотехнологии», Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им.Н.И. Пирогова», Москва

Актуальность: Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) является наиболее распространенным неинфекционным заболеванием печени в мировом масштабе, что связано с увеличением частоты ожирения у взрослых и детей. Неалкогольный стеатогепатит (НАСГ) развивается у 20-25% пациентов с НАЖБП и сопровождается высоким риском прогрессирования с развитием фиброза и цирроза печени. При своевременной диагностике и комплексном лечении НАЖБП возможен регресс стеатогепатита. Вместе с тем, отсутствие настороженности педиатров в отношении коморбидной патологии печени у детей с ожирением приводит к гиподиагностике НАСГ. Цель: Изучить клинико-лабораторную характеристику НАСГ у детей с избыточной массой тела и ожирением.

Материалы и методы: В отделении педиатрической гастроэнтерологии, гепатологии и диетологии ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии» обследовано 145 детей с НАСГ на фоне избыточной массы тела и ожирения в возрасте 6-17 лет (медиана 13 лет), из них 87 мальчиков и 58 девочек. Индекс массы тела (ИМТ) у обследованных пациентов составил 34,3 [30,5; 38,8] кг/м², SDS ИМТ +3,29 [+2,85; +3,92]. Длительность ожирения к моменту обследования – 5,75 [4,0; 9,0] лет. У всех детей ожирение носило экзогенно-конституциональный характер. Всем детям проведено клинико-антропо-

метрическое обследование, оценка биохимических показателей углеводного и липидного обменов, изучение состава тела методом биоимпедансометрии. Диагноз НАЖБП был установлен при наличии ультразвуковых признаков стеатоза печени (гиперэхогенность и неоднородность признаков паренхимы, ослабление эхосигнала в дистальных отделах) при отсутствии других причин стеатоза. НАСГ диагностировалась при выявлении у детей с НАЖБП синдрома цитолиза (АЛТ, АСТ выше референсных значений, АЛТ > АСТ).

Результаты: Среди пациентов с НАСГ преобладали подростки в возрасте 12-17 лет (72,4%). Большинство детей с НАСГ имели 2, 3 и морбидную степень ожирения (24,1, 40,7 и 24,8% соответственно), однако стеатогепатит был выявлен также у 11 детей с 1 степенью ожирения и 4 – с избыточной массой тела. Абдоминальное ожирение отмечено у 135 (93,1%) пациентов, медиана окружности живота составила 105,5 см [95,0; 115,0]. Дислипидемия на момент обследования была выявлена у 103 (71,0%), метаболический синдром – у 65 (44,8%) детей. Уровень АЛТ составил 59,0 [48,0; 82,0] ЕД/л, АСТ – 38,7 [32,0; 48,2] ЕД/л. У большинства детей (74,5%) показатель АЛТ находился в пределах 1,5-2 норм, у 24 (16,5%) детей – 2-3 норм, у 13 (9%) детей – >3 норм. Не выявлено корреляции уровня АЛТ с возрастом и полом пациентов, длительностью заболевания, Z-score ИМТ, показателями липидного обмена, жировой массой тела. Обнаружена слабая корреляция АЛТ с индексом НОМА-IR (R=+0,22, p<0,05).

Выводы: У детей с избытком массы тела НАСГ может развиваться независимо от возраста и длительности ожирения. Детям с избыточной массой тела и ожирением необходимо проведение ультразвукового исследования печени и определение уровня аминотрансфераз. Выявление синдрома цитолиза у детей с ожирением требует активной терапевтической тактики.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Панина О.А., Шульга М.А., Леднев С.А., Литвиненко О.В.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко, Бюджетное учреждение здравоохранения Воронежской области «Областная детская клиническая больница №1», Воронеж

Актуальность: Бронхиальная астма (БА) относится к распространенным заболеваниями, в детском возрасте ее частота составляет около 90%. Дети, как правило, страдают БА легкой степени тяжести (около 50-60%), а в 20-30% – средней тяжести. Но с возрастом наблюдается уменьшение показателей БА с легкой степенью тяжести до 23%. Т. к. такая динамика не совсем типична для хронического течения БА, это позволяет предположить, что часть случаев, диагностированных, как БА, относились к проявлениям обструктивного бронхита. Цель: Определение особенностей состояния здоровья детей с БА. Материалы и методы: Изучены истории болезни 52 детей в возрасте от 5 до 12 лет, страдающих БА.

Полученные результаты: Дети поступали в стационар на 2-4 день заболевания. Аллергические заболевания в виде дерматитов, конъюнктивитов, ринитов определялись у 85% больных, кроме того у 15 детей диагностированы сопутствующие заболевания: нарушения ритма, изменения хордального аппарата, хронические воспалительные процесс ЛОР-органов, остаточные явления перинатальной энцефалопатии, дисплазия соединительной ткани. Оценка физического развития позволила установить, что у большинства детей с БА оно было выше среднего и высокое (у 18 человек), белково-энергетическая недостаточность и избыток массы выявлялись одинаково часто (21,4%), гармоничное развитие: среднее и высокое – у 12 детей. Всем детям проводилось плановое инструментальное,

лабораторное обследование, клинические анализы крови, мочи, кала. Лечение состояло в применении В2-агонистов, ингаляционных стероидов, муколитиков, использовались физиотерапевтические, патогенетические и симптоматические средства терапии.

В задачу исследования входило проведение анализа гемограммы, которая выполнялась автоматическим гемонализатором. Исследование показателей «красной крови» позволило установить наличие явной легкой анемии у 4 больных (9,4%), у остальных показатели эритроцитов и Hb были нормальными (90,6%). У 10 больных с БА выявлено снижение показателей MCH, MCV и MCHC, что свидетельствует о латентной анемии. Латентный дефицит железа является наиболее распространенной формой железодефицитной анемии, при которой отмечается снижение запасов депонированного железа в организме и которое, как правило, не сопровождается клиническими и гематологическими симптомами. При изучении показателей «белой крови» было установлено нормальное содержание лейкоцитов у большинства больных, у 35 больных – сниженное, у 7% – лейкоцитоз нейтрофильного характера (больных с очагами хронической инфекции). Абсолютная нейтропения ниже $2,0 \cdot 10^9/\text{л}$ на фоне нормальных и сниженных показателях лейкоцитов определялась у 50% детей. Абсолютный лимфоцитоз выявлен у 2 больных, моноцитоз – у 5 детей. У остальных детей содержание элементов белой крови соответствовало возрастной норме.

При нейтропении принято оценивать кинетику нейтрофилов по индексу созревания нейтрофилов (ИСН), которое равно соотношению между числом незрелых нейтрофилов и их общим числом. Повышение индекса до 0,3 при нейтропении говорит об истощении резервного пула нейтрофилов в костном мозге. В проведенных исследованиях, количество палочкоядерных нейтрофилов не превышало 1-2%, индекс определялся в пределах нормы (от 0,04 до 0,18). Выводы: Большинство больных детей с БА по эритроцитарным показателям имеют признаки латентной анемии, которая требует диетической и медикаментозной коррекции. Дети с БА в большинстве случаев имеют абсолютную нейтропению, но она не носит критического характера, указывает на отсутствие истощения резервного пула нейтрофилов в костном мозге и поэтому не требует дополнительного обследования и коррекции.

СИНДРОМ ИВЕМАРКА

Панченко А.С., Брюханова С.П.

Читинская государственная медицинская академия, Краевая детская клиническая больница, Чита

Синдром Ивемарка – редко встречаемая и диагностируемая патология, для которой характерна высокая летальность. Встречается более 50 наследственных синдромов, включающих в себя симптомокомплекс обратного расположения органов. К ним, в том числе, относится синдром Ивемарка. Антенатальная диагностика имеет важное значение для своевременного выявления и определения тактики ведения беременности, решения вопроса о сохранении или прерывания беременности.

Представляем клинический случай данного синдрома. Мальчик Т., родился от женщины 24 лет, беременность 5, роды 4. Женщина наблюдалась в женской консультации с 11 недель, регулярно. Проводилась полное лабораторное и инструментальное исследование. По данным УЗИ в 23 недели подозрение на ВПС, рекомендовано ЭхоКГ плода. Настоящая беременность протекала на фоне гестационной анемии легкой степени, хронического пиелонефрита без обострения. Роды преждевременные, быстрые, на сроке 36-37 недель. Отмечалось преждевременное излитие околоплодных вод, в родах однократное нетугое обвитие пуповины вокруг шеи. Оценка по Апгар при рождении составила 7-8 баллов. Мальчик

родился с весом 2483 г, рост 45 см. С рождения состояние ребенка заслуживало внимания за счет неврологической симптоматики, незрелости, изменений со стороны сердечно-сосудистой системы. С рождения из над областью сердца выслушивался систолический шум. В раннем неонатальном периоде у ребенка по данным ЭхоКГ был диагностирован сложный ВПС: открытый AV-канал, полная форма, стеноз легочной артерии. На 2-е сутки синдром появилась желтуха. Для дальнейшего обследования и лечения ребенок переведен в специализированный педиатрический стационар в отделение патологии новорожденных. Во время нахождения в стационаре ребенку проведено ЭхоКГ-исследование, на котором выявлен сложный ВПС: общий AV канал полная форма, двойное отхождение магистральных сосудов от правого желудочка с выраженным стенозом легочной артерии. Тотальный аномальный дренаж легочных вен, кардиальная форма. Ребенок консультирован кардиологом, рекомендовано оперативное лечение в условиях кардиохирургического стационара. По данным УЗИ у ребенка было отмечено увеличение левой доли печени, агенезия селезенки. В дальнейшем малышу проведена компьютерная томография (КТ) с контрастированием, по результатам которой аспления подтверждена. С целью исключения ВАР легких также проведена КТ, выявлено, что строение обоих легких соответствует строению правого легкого. Новорожденный консультирован генетиком, рекомендовано проведение генетической диагностики. Мама ребенка от обследования отказалась. Учитывая наличие у ребенка симптомокомплекса: отсутствие селезенки, ВПС, увеличение доли печени – был выставлен диагноз синдром Ивемарка. Таким образом, у ребенка при обследовании и консультации специалистов был выставлен основной клинический диагноз: Синдром Ивемарка. Множественные врожденные пороки развития: сердечно-сосудистой системы: врожденный порок развития сложный; открытый атриовентрикулярный канал, полная форма; двойное отхождение магистральных сосудов от правого желудочка; выраженный стеноз легочной артерии (градиент давления (правый желудочек легочная артерия) ПЖ ЛА 96 мм. рт. ст.); тотальный аномальный дренаж легочных вен, кардиальная форма; функционирующее овальное окно; функционирующий артериальный проток; хроническая сердечная недостаточность 2А ст.; агенезия селезенки; симметричная (зеркальная) печень; ВАР легких: строение обоих легких соответствует строению правого; субсегментарный ателектаз S2 справа. Ребенок за время нахождения в стационаре получал кардиометаболическую терапию, диуретики, анаприлин. Состояние ребенка прогрессивно ухудшалось, нарастали симптомы дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности. В возрасте 3 месяцев 18 дней жизни наступил летальный исход. Вывод: Согласно литературным источникам и представленным данным клиническим случаем из практики, можно отметить, что синдром Ивемарка встречается редко, однако диагностика данного заболевания в большей степени должна быть установлена в антенатальном периоде. Постановка этой патологии требует междисциплинарного подхода, дети заслуживают внимания и часто требуют интенсивной терапии и хирургического лечения.

СИНДРОМ ПЕРСИСТЕНЦИИ МЮЛЛЕРОВЫХ ПРОТОКОВ

Петрухина Ю.В., Захаров А.И., Меновщикова Л.Б.,

Калинченко Н.Ю., Ерохина Н.Ю., Северина Э.С., Коварский С.Л.
Российский научно-исследовательский медицинский университет им. Пирогова Н.И., Детская городская клиническая больница №13 им. Филатова Н.Ф., Москва

Введение: Нарушение формирования пола – состояние, связанное с клинко-биохимическим проявлением несоответствия между

генетическим, гонадным и фенотипическим полом ребенка, требующего детального обследования для окончательного выбора половой принадлежности.

Материалы и методы: Пациент С., впервые поступил в отделение урологии и плановой хирургии ДГКБ №13 имени Н.Ф. Филатова с направляющим диагнозом «Двусторонний крипторхизм, абдоминальная форма» в возрасте 3 лет. В предоперационном периоде ребенок был обследован согласно принятому в нашей клинике алгоритму, включающему: осмотр, ультразвуковое исследование органов мошонки, паховых каналов и брюшной полости, консультацию генетика, эндокринолога, определение гормонального статуса и проведение пробы с ХГЧ. По данным ультразвукового исследования правое яичко достоверно не определялось, левое располагалось у внутреннего пахового кольца в брюшной полости. Ребенок консультирован генетиком – определен кариотип, соответствующий мужскому полу, эндокринологом – в гормональном статусе отклонений не выявлено, проба с ХГЧ была положительной. Выполнена диагностическая лапароскопия, на которой выявлены гонады, больше похожие на яичники с фолликулами, в малом тазу определялось образование, являющееся, вероятно, гипоплазированной маткой, от которой к гонадам идут образования, похожие на маточные трубы с характерными фимбриями. Учитывая интраоперационные находки и возникшие вопросы, от дальнейшего оперативного вмешательства решено отказаться, принято решение о дообследовании. Повторно проведено расширенное кариотипирование – подтвержден нормальный мужской кариотип 46, XY. Дополнительно изучен гормональный статус – уровни тестостерона, ингибина и антимюллерового гормона оставались в норме, что дало нам повод исключить синдром персистенции мюллеровых ходов. Ребенок вновь консультирован эндокринологом – в связи с невозможностью исключения овотестисов, рекомендована биопсия гонад, при наличии овариальной ткани – двусторонняя гонадэктомия, при наличии исключительно тестикулярной ткани – низведение гонад. Проведена биопсия гонад с двух сторон, согласно заключению – гистологическая картина соответствует строению яичка новорожденного. Семенные канальцы сформированы, но маленькие и с извилистостью. Просвет в большинстве отсутствует. Наличие и распределение клеток в канальцах вариабельно. Инволютивные изменения не выражены. Незначительные признаки склероза стромы. Учитывая эти данные, решено провести двустороннюю орхиопексию. Результаты: В настоящее время низведены оба яичка, на контрольном ультразвуковом исследовании оба яичка в мошонке, кровоснабжаются удовлетворительно. Более тщательное генетическое исследование выявило, что в данном случае имеет место синдром персистенции мюллеровых ходов, обусловленный не отсутствием самого антимюллерового гормона, а нечувствительностью тканей к данному гормону в связи с дефектом рецептора AMHRII (описано около 100 случаев).

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С НЕПАЛЬПИРУЕМЫМИ ЯИЧКАМИ

Петрухина Ю.В., Захаров А.И., Меновщикова Л.Б., Коварский С.Л., Ерохина Н.О., Калинин Н.Ю., Блох С.П.

Российский научно-исследовательский медицинский университет им. Пирогова Н.И., Детская городская клиническая больница им. Филатова Н.Ф., Москва

Актуальность: Крипторхизм является самой распространенной врожденной аномалией половой системы у мальчиков. Лечение крипторхизма хирургическое – низведение яичка в мошонку, направленное на сохранение потенциальной фертильности и снижение риска малигнизации гонады.

Цель: Улучшение результатов лечения детей с крипторхизмом.

Материалы и методы: Наш доклад основан на опыте лечения 796 детей с крипторхизмом, в возрасте от 1 года до 14 лет, находившихся в отделении урологии и плановой хирургии ДГКБ №13 им. Филатова за последние пять лет. Всем детям с крипторхизмом проводилось УЗИ органов мошонки, паховых областей и брюшной полости при непальпируемых яичках. При односторонней патологии паховой формы выполнялось хирургическое лечение в возрасте 1 года. При двусторонней паховой форме все дети консультировались эндокринологом, с оценкой гормонального статуса в периоде минипубертата или на фоне проведения стимуляционной пробы с хорионического гонадотропина после 6 месяцев жизни. В данной группе проводилось гормональное лечение ХГЧ в качестве предоперационной подготовки. В случае опущения яичка или яичек ребенок наблюдался каждые 6 месяцев. При отсутствии яичек в мошонке выполнялась орхиопексия после окончания гормональной терапии в течение 1 месяца. При непальпируемом одностороннем яичке единственным достоверным исследованием является диагностическая лапароскопия. После оценки положения и состояния яичка проводилось хирургическое лечение. У части детей применялась гормональная терапия, на фоне которой яичко переместилось в паховый канал, что позволило провести открытую операцию у 13% больных. У части детей проводилась двухэтапная операция Фоулера-Стефанса. При непальпируемых яичках обязательно проводилось кариотипирование, консультация генетика. Обследование гормонального профиля в минипубертате или стимуляционная проба с хорионическим гонадотропином для оценки стероидогенной функции гонад после 6 месяцев жизни. В возрасте 1 года проводилась лапароскопия, только после которой при обнаружении гонад назначался курс гормональной терапии и хирургическое лечение.

Выводы: Проведение лечения крипторхизма в раннем возрасте 6-12 месяцев жизни способствует сохранению фертильности и снижению риска малигнизации. Для оценки собственных результатов необходимо проведение рандомизированного исследования.

ДЕТСКАЯ БОЛЬНИЦА СЯТОГО ВЛАДИМИРА. СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ «БАБУШКИ МОСКОВСКОЙ ПЕДИАТРИИ»

Петрайкина Е.Е., Киреева Н.Г., Попов В.В.

Детская городская клиническая больница Святого Владимира Департамента здравоохранения города Москвы, Москва

Московские больницы XIX века построены на частные пожертвования. Детская больница Святого Владимира была основана П.Г. фон Дервизом. Им было выбрано место вотчины бояр Романовых, села Покровское-Рубцово, около Сокольников и Язуы. Больница открылась 1 августа 1876 г. Признана образцовой на Парижской всемирной выставке 1878 г., Всероссийской выставке 1882 г., тогда же награждена золотой медалью на всемирной выставке в Брюсселе как лучшая в Европе. Больница именовалась Образцовой, Сокольнической, затем получила имя врача-большевика И.В. Русакова. Высокий профессиональный уровень и нравственный облик больницы сохранялись всегда. Легендой стало не только мастерство хирурга, но и высота нравственного стояния Главного врача больницы В.А. Кружкова. Заслуженной славой пользовался выдающийся детский хирург академик С.Я. Долецкий, 35 лет руководивший хирургической службой. Сотни успешных уникальных сложнейших операций (операции по разделению близнецов, операции у новорожденных с врожденными аномалиями развития и др.), множество подготовленных для всего СССР детских хирургов, сотни научных трудов и десятки книг – работа академика в нашем стационаре. Высокий научный уровень, сильные многопрофильные клиники и знаменитые врачебные конференции – все это сложилось не в элитарном медицинском центре, а в общедоступной городской больнице с

неизбирательной госпитализацией детей со всей страны. В 1976 г., к 100-летию юбилею, больница награждена орденом Трудового Красного Знамени, Главный врач М.И. Малявина – орденом Ленина. Такие отделения, как хирургии новорожденных (первое в СССР и в Европе – 1960 г.), реанимационное (первое в СССР – 1967 г.), травматологическое, торакальное, челюстно-лицевой хирургии (первое в СССР – 1972 г.), урологическое (первое в СССР – 1953 г.), сосудистое и др., сегодня считаются одними из лучших в Москве и РФ. Отделения гемодиализа, хирургии новорожденных, восстановительной хирургии гортани являются ведущими в РФ. Центр гемодиализа длительное время был единственным в стране детским отделением по лечению острой почечной недостаточности, теперь самый крупный и авторитетный в этой области, принимает больных из РФ и других стран. Отделение восстановительной хирургии гортани, созданное в 1982 году профессором Д.Г. Чирешкиным, является до сих пор единственным в стране. В 1991 году, к 115-летию больницы, ей возвращено имя Святого Владимира. 15 апреля 1994 года вновь освящена восстановленная церковь Живоначальной Троицы – памятник культурного наследия. Уникальный архитектурно-парковый комплекс больницы (также памятник культурного наследия) создает неповторимую комфортную атмосферу для пациентов, членов их семей и коллектива больницы для повышения качества, эффективности и доступности многопрофильной медицинской помощи детям и подросткам Москвы и России. Городской ортопедический центр Филиала создан для оказания специальной ортопедической помощи детям в 1936 году патриархом детской ортопедии Т.С. Зацепиным. В свое время здесь трудились профессора Чаклин В.Д., Абальмасова Е.А., Тер-Егизаров Г.М. Это уникальный загородный стационар для восстановительного лечения, находящийся в Московской области. Реорганизация позволила охватить все возрастные категории детей с ортопедической патологией, проводить весь комплекс лечебных процедур от обследования, консервативного или оперативного лечения с восстановительным периодом в рамках одного учреждения по ОМС, что не имеет аналогов в городской системе детского здравоохранения Москвы. В настоящее время в больнице развернуто 790 коек. Ежегодно госпитализируется более 50 тысяч человек, выполняется более 15000 операций, консультации специалистов и амбулаторное лечение получают более 20 тысяч человек, установлено самое современное оборудование, позволяющее оказывать эффективную, качественную и доступную многопрофильную круглосуточную амбулаторную и стационарную медицинскую помощь с рождения до 18 лет на самом современном уровне, внедрять инновационные технологии в ежедневную клиническую практику. Работают уникальные в Москве и РФ лечебно-диагностические комплексы (нефрология-урология-диализ; травматология-ортопедия-реабилитация и др.) Междисциплинарный подход, взаимодействие лечащих врачей между собой гарантирует 100% точность поставленного диагноза и лечения с достижением целевого клинического результата. Более 140 лет выполняется миссия больницы, заложенная ее создателями – меценатами и знаменитыми российскими врачами: «Милосердие, беспристрастность и профессионализм».

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ДЕТСКОЙ ЭНДОКРИНОЛОГИИ В МОСКВЕ

Петрайкина Е.Е., Новицкая А.И.

*Детская городская клиническая больница Святого Владимира,
Морозовская детская городская клиническая больница
Департамента здравоохранения города Москвы, Москва*

В Москве на 01.01.2018 г. зарегистрировано 12330126 человек, их них 1680251 детей и 292479 подростков. Общая заболеваемость

эндокринной патологией у пациентов до 18 лет возросла за 10 лет в 2 раза. При проведении диспансеризации детей и подростков примерно у 19% осмотренных детей и подростков выявляется различная эндокринная патология. Эти данные констатируют, что детей и подростков с эндокринными нарушениями больше, чем официально зарегистрированных и состоящих на диспансерном учете. В ходе «Пармской кампании» в детских поликлиниках Департамента здравоохранения Москвы (ДЗМ) размещены яркие, привлекающие внимание родителей постеры с первыми клиническими признаками начала сахарного диабета для своевременной диагностики и начала лечения с целью профилактики осложнений заболевания. Консультативно-диагностическая специализированная медико-санитарная помощь по детской эндокринологии оказывается на втором уровне в детских амбулаторно-поликлинических центрах (АПЦ). Третий уровень: специализированная консультативно-диагностическая, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь: детское отделение ГБУЗ «Эндокринологического диспансера ДЗМ», эндокринологические отделения городского Центра детской эндокринологии ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», «ДГКБ имени З.А. Башляевой ДЗМ». В 2017 г. в городском Центре детской эндокринологии Морозовской больницы продолжала работать круглосуточная консультативная помощь врачам и пациентам – телефонная «Горячая линия» по проблемам детской эндокринологии, на которую за год обратилось около 1650 родителей пациентов, подростков, взрослых пациентов с эндокринными заболеваниями, врачи различных специальностей не только Москвы, но других регионов РФ. Для раннего выявления эндокринной патологии в детской популяции москвичей детскими эндокринологами проводится диспансерное обследование различных возрастных групп детей. При диспансерном обследовании % патологии в 2016 г. – 19,3%; в 2017 г. всего осмотрено 180879 детей. Выявлено 22,5% детей с эндокринной патологией: из них заболевание щитовидной железы составило (10204 чел.) 5,6%; узловой зоб (414 чел.) 0,23%; ожирение (12765 чел.) 7,1%; нарушение полового развития (919 чел.) 0,51%. Сахарный диабет 1 типа (СД1) в детском и подростковом возрасте – это около 80% всей эндокринной патологии с рождения до 18 лет. Для предотвращения развития осложнений на фоне длительного течения сахарного диабета 1 типа у детей, инвалидизации и сохранения трудоспособности в городе проводится большая работа. Активно используется один из высокотехнологических методов исследования – непрерывный мониторинг гликемии – CGMS. В 2017 г. – 675 чел., 2016г – 650 чел., в 2015 г. проведено исследование 497 детям – жителям Москвы. Интегрированным показателем компенсации сахарного диабета 1 типа является гликированный гемоглобин (HbA1c). Средний HbA1c у детей в 2017 г. в Москве составил 7,5% – целевое значение компенсации заболевания, у подростков – 8,1%. Сравнительные значения этого показателя за 2015-2017 гг. говорят о стабилизации среднего уровня гликированного гемоглобина как в детской, так и подростковой группе с СД1, что соответствует аналогичным показателям развитых стран Европы и, в рамках доказательной медицины, снижает риск развития сосудистых осложнений. Все дети и подростки с СД1 обеспечиваются только высокоочищенными генно-инженерными инсулинами человека и их аналогами (аналоги 97%). Помповая инсулинотерапия у детей в Москве находит все большее распространение (более чем каждый 3 пациент до 18 лет, – 34%) и ассоциирована с улучшением гликемического контроля и удобства для пациентов. Наличие региональной закупки расходных материалов для инсулиновых дозаторов (помп) является значительной помощью для детей с СД1 – жителей Москвы. Планируется продолжить ведение регистра детей с СД1, врожденным гипотиреозом, врожденной дисфункцией коры надпочечников, гипопитарным нанизмом, гиперинсулинизмом и преждевременным половым развитием в городском Центре

детской эндокринологии Морозовской больницы в ЕМИАС, организация школ по профилактики ожирения во всех округах города на базе АПЦ, в рамках НМО продолжить заседания секции детских эндокринологов в рамках Московского общества детских врачей с проведением профильных образовательных семинаров, медицинских школ, мастер-классов и городских консилиумов пациентов с «трудным диагнозом».

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Пискун Т.А., Хвесько М.И.

*Белорусский государственный медицинский университет,
Городская детская инфекционная клиническая больница, Минск*

Частота инфекции мочевой системы (ИМС) в детском возрасте неуклонно растет. ИМС в раннем возрасте часто протекает под разнообразными «масками»: диспепсические расстройства, острый живот и др. Наиболее вероятно наличие ИМС у детей, имеющих лихорадку, причина которой при сборе анамнеза и осмотре ребенка остается неясной. Малосимптомность и неспецифичность клинических проявлений этой патологии у детей раннего возраста затрудняет своевременную диагностику и может приводить к поздней терапевтической коррекции.

Цель: Установить клинические и лабораторные особенности ИМС у детей раннего возраста, имеющие диагностическую значимость.

Задачи: 1. Проанализировать клинические проявления ИМС у детей раннего возраста. 2. Проанализировать результаты лабораторного и инструментального обследования детей раннего возраста с ИМС. Материалы и методы: Проведен анализ историй болезни (форма 003/у) детей раннего возраста, госпитализированных в УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница» г. Минска в 2017 году с диагнозами о. пиелонефрит и ИМС неуточненная (по МКБ 10 (N10) и (N39)). За 2017 г. с соответствующими диагнозами были госпитализированы 366 детей. Детей первых 3 лет жизни было большинство – 275 (75,13%). Методом случайной выборки были отобраны 100 историй болезни детей раннего возраста, которые были разделены на 2 группы: дети от 0 до 1 года (67%) – 1 группа; дети от 1 года до 3 лет (33%) – 2 группа.

Результаты: Девочек было почти в 2 раза больше (65 девочек и 35 мальчиков). В 1-й группе соотношение мальчики: девочки было 1:1,1, во 2-й – 1:10 ($\chi^2 = 6.635$; $p < 0,001$). У девочек в обеих возрастных группах преобладал пиелонефрит: в 1-й группе в 2 раза чаще (66%), а во 2-й – в 3 раза чаще (77%), чем ИМС. Лихорадка наблюдалась у 95% детей. Средняя продолжительность лихорадки до госпитализации – $3 \pm 1,2$ дня. У половины детей в обеих группах (52% и 51%) лихорадка была единственным клиническим проявлением ИМС. Среди других жалоб и клинических проявлений отмечались: насморк (21% и 15%), жидкий стул (18% и 9%), рвота (9% и 15%). Судороги и дизурические явления отмечались только во 2 группе (у 6%). 8 детей имелиотягощенный анамнез по патологии мочевой системы: пиелонефрит у 3 (37,5%), эпизод ИМВП у 2 (25%), единственная почка у 1 (12,5%), гидронефроз у 2 (25%). Диагноз ИМС при поступлении был поставлен только 27% детей до 1 года и 24% пациентов 2 группы. Большинство детей в обеих возрастных группах поступали с диагнозом острой респираторной инфекции (ОРИ) (63% и 55% соответственно). Диагноз гастроэнтерита при поступлении выставлен 10% детей до года и 15% детей 2 группы. Воспалительные изменения в ОАК наблюдались у всех детей: лейкоцитоз – у 63%, ($\max 52 \cdot 10^9/l$), нейтрофилез у 29%, СОЭ была ускорена у 76% детей ($\max 65$ мм/ч). СРБ был повышен у 70% и 89% детей соответственно, $\max 323,9$ г/л. Пиурия определялась у 2/3 детей в обеих возрастных группах (64,2% и 60,6%). Микрогематурия

в ОАМ была у 19 % детей, протеинурия от (0.038г/л до 1.9 г/л) у 38% пациентов, слизь у большинства детей в обеих группах (72%), соли – у 6% детей. Бактериурия диагностирована у 29% пациентов. 88% детей до года и 92% старше года сдали анализ мочи флору и чувствительность к антибиотикам на 3 и более сутки пребывания в стационаре, что, вероятно, связано с трудностями сбора мочи у детей раннего возраста и назначением этого анализа на 2-3 сутки у детей с яркими катаральными проявлениями. Кроме того, антибактериальную терапию до госпитализации получили 13 детей. У 10 из них посев мочи дал отрицательный результат. Вероятно, в связи с этим только у 37% детей до года и 20% старше титр был диагностическим. При этом у 92,3% определялась *E. coli*, у 3,85% – *Kl. pneumonia*, у 3,85% – *Acinetobacter iwoffii*.

Выводы: 1. Частота встречаемости ИМС зависит от возраста и пола: ИМС встречалась чаще у детей до 1 года (67%); на первом году жизни и мальчики, и девочки болели одинаково часто ($m:d = 1:1,1$), а в возрасте старше года достоверно ($\chi^2 = 6.635$; $p < 0,001$) чаще болели девочки (в 10 раз). 2. Лихорадка была единственным проявлением заболевания у половины детей в обеих группах (50% и 52% соответственно). 3. Бактериологическое исследование мочи у большинства детей проводилось не в первые сутки (чаще спустя 3 дня и позже – у 63% детей). 4. Наиболее частым этиологическим фактором ИМС являлась *E. coli* (92,3%).

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-ГО ТИПА

Прилуцкая В.А., Павловец М.В.

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь

Введение: Недоношенные новорожденные имеют повышенный риск формирования нарушений физического развития (ФР) и течения периода ранней адаптации. При наличии СД 1-го типа у матери вследствие развития микрососудистых нарушений и осложненного течения беременности возрастает вероятность рождения недоношенного ребенка с признаками диабетической фетопатии. Цель исследования: Определить предикторы нарушений ФР у недоношенных детей от матерей с СД 1-го типа.

Материалы и методы: Исследование проведено на базе ГУ РНПЦ «Мать и дитя» (директор К.У. Вильчук). Данные анамнеза матерей и развития детей получены в результате выкопировки и анализа сведений из медицинской документации. Группу наблюдения составили 75 беременных женщин с СД 1-го типа и их недоношенные новорожденные, получившие лечение в перинатальном центре в 2015–2017 гг. Среди 75 беременных нормальный прегравидарный индекс массы тела (ИМТ) имели 47 (1-я группа – Гр1; ИМТ $22,4 \pm 1,4$ кг/м²), избыточную массу тела (МТ) – 22 (2-я группа Гр2; ИМТ $26,3 \pm 1,2$ кг/м²). Ожирение выявлено у 6 женщин (Гр3; ИМТ $34,6 \pm 3,6$ кг/м²). Средний возраст матерей составил в Гр1 $28,4 \pm 5,8$ лет, Гр2 – $27,9 \pm 4,9$ лет и Гр3 – $32,0 \pm 4,2$ лет ($P > 0,05$). Стаж СД у матерей групп наблюдения равен $13,6 \pm 6,9$ лет, $14,5 \pm 7,2$ лет и $15,5 \pm 8,6$ лет ($P > 0,05$). Частота абдоминального родоразрешения в 1-й, 2-й и 3-й группах была 85,1%, 81,8% и 83,3% соответственно и не имела достоверных различий. Гестационный возраст новорожденных в Гр1 составил $33,7 \pm 2,5$ нед, Гр2 – $34,8 \pm 1,5$ нед, Гр3 – $35,7 \pm 0,5$ нед. Группы были сопоставимы по половому составу. Дети 1-й, 2-й и 3-й групп оценку по шкале Апгар на 1-й минуте жизни имели $7,2 \pm 1,3$, $7,4 \pm 1,1$ и $8,0 \pm 0,5$ баллов, на 5-й минуте – $5,5 \pm 1,9$, $6,7 \pm 1,9$ и $8,0 \pm 0,7$ ($P1-2=0,021$; $P1-3=0,004$). ФР младенцев оценивалось с помощью таблиц Fenton, 2013. Данные статистически обработаны с помощью Excel, Statistica 10.0. Результаты. Средняя МТ недоношенных ново-

рожденных составила 2960,7±955,4 г, длина тела (ДТ) – 47,9±5,4 см. При внутригрупповом анализе установлено, что средние МТ и ДТ при рождении недоношенных детей Гр1 составили 2742,6±965,9 г и 46,5±5,5 см. Аналогичные показатели у младенцев от матерей с СД 1-го типа и избыточной МТ равны 3289,5±871,6 г и 50,2±4,4 см, от матерей с ожирением – 3426,7±751,3 г и 50,3±3,5 см. Выявлено, что средние МТ (P1-2=0,035; P1-3=0,08) и ДТ (P1-2=0,011; P1-3=0,048) новорожденных от матерей с избыточной массой тела и ожирением были достоверно выше, по сравнению с детьми от матерей с СД 1-го типа и нормальной МТ. Выявлена положительная корреляционная связь между массой и длиной тела недоношенных и прегравидарным ИМТ матерей ($r=0,27$, $p<0,05$; $r=0,31$, $p<0,05$), прибавкой массы тела за беременность ($r=0,37$, $p<0,05$; $r=0,24$, $p<0,05$), прегравидарной МТ ($r=0,25$, $p<0,05$; $r=0,28$, $p<0,05$) и МТ женщин накануне родоразрешения ($r=0,32$, $p<0,05$; $r=0,33$, $p<0,05$), что подтверждает влияние антропометрических параметров матерей с СД 1-го типа на массу тела их недоношенных новорожденных. Корреляционные связи между стажем и возрастом дебюта СД, возрастом матерей и соматометрическими показателями (МТ, ДТ и окружности головы и груди) недоношенных детей не установлены. При анализе влияния уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) матери накануне, в первом, втором и третьем триместрах беременности и антропометрических параметров детей выявлено, что содержание HbA1c накануне беременности коррелировало с ДТ при рождении у детей Гр1 ($r=0,40$, $p=0,048$), концентрация HbA1c во втором триместре беременности оказывала влияние на МТ новорожденных Гр1 ($r=0,43$, $p=0,045$) и Гр2 ($r=0,29$, $p=0,041$). Среди новорожденных Гр1 доля маленьких к сроку гестации составила 2,1±1,6%, маловесных – 4,3±2,3%, соответствующих сроку гестации – 42,6±5,7%, крупновесных – 21,3±4,7%, крупных – 29,8±5,3%. В Гр2 новорожденных, соответствующих сроку гестации, было 40,9±5,7%, крупных – 59,1±5,7%. В Гр3 детей, соответствующих сроку гестации, оказалось 50,0±5,8%, крупных – 50,0±5,8%. Следовательно, у женщин с СД 1-го типа и избыточной МТ достоверно чаще рождались крупные к сроку гестации младенцы (P1-2=0,021). Выводы: Физическое развитие недоношенных от матерей с СД 1-го типа характеризуется высокой частотой регистрации крупновесных/крупных к сроку гестации. Предикторами нарушений ФР недоношенных новорожденных от матерей с СД 1-го типа являются уровень HbA1c во 2-м триместре беременности, избыточная МТ, ожирение у женщин и избыточная гестационная прибавка веса. Не установлено влияние стажа и возраста дебюта СД у матери на ФР недоношенных детей.

ЭТИОЛОГИЯ НАРУШЕНИЙ ГОЛОСА У ДЕТЕЙ

Радциг Е.Ю., Булышко Я.Е., Орлова О.С.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения России, Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения Москвы, Москва

Введение: Актуальность проблемы обусловлена возрастающей частотой встречаемости нарушений голоса в практике детского оториноларинголога. Сведения об этиологии голосовых нарушений необходимы для повышения эффективности ранней диагностики и лечения данной патологии.

Цель: Определить частоту и причины различных видов нарушения голоса у детей.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находилось 126 детей с различными нарушениями голоса. Обследование включало: анализ жалоб и анамнестических данных на основании опроса и анкетирования, субъективную оценку качества голоса, стандартный

оториноларингологический осмотр, эндоскопию ЛОР-органов, измерение времени максимальной фонации, аудиологическое обследование (по показаниям).

Результаты: Возраст обследуемых пациентов колебался от 1 месяца до 17 лет, средний возраст 5,5 лет ± 0,5 года. Наибольший процент патологии голоса выявлен у детей от 2 до 9 лет. Наиболее распространенной формой нарушения голоса было изменение тембра (96 пациентов, 76,2%), на втором месте – нарушение резонанса (гипоназальность), выявленное у 20 детей (15,9%). Изолированное нарушение громкости голоса отмечено у 1 ребенка (0,8%). Сочетанное изменение сразу двух параметров голоса выявлено в виде нарушения тембра и резонанса (7 детей, 5,6%), нарушения тембра и громкости (2 детей, 1,6%). Выявленные нарушения громкости и/или резонанса явились показанием к проведению аудиологического обследования. У 2 пациентов с изменением громкости голоса диагностирована тугоухость (кондуктивная тугоухость 1-2 степени и нейросенсорная тугоухость 3 степени), у пациентов с нарушением резонанса нарушение слуховой функции не выявлено. Причинами дисфонии (88 детей, 69,8%) по нашим данным были: узелки голосовых складок (62 ребенка, 49,2%), мутационная дисфония (7 детей, 5,6%), катаральный ларингит (5 детей, 4%), ларингит на фоне ГЭРБ (4 детей, 3,2%), функциональная (гипотонусная) дисфония (3 детей, 2,4%), папилломатоз гортани (3 детей, 2,4%), ларингомалация в сочетании с микроаспирацией (3 детей, 2,4%), рубцовый стеноз гортани (1 ребенок, 0,8%). Причинами афонии у 2 пациентов (1,6%) была врожденная мембрана голосовой щели, 6 пациентам (4,8%) был поставлен диагноз – психогенная афония. По мере взросления пациентов росла частота встречаемости функциональных нарушений голоса, однако различная органическая патология преобладала во всех возрастных группах. Ведущей причиной гипоназальности были гипертрофия и/или воспаление глоточной миндалины (15 детей, 11,9%) и аллергический ринит (5 детей, 4%).

Выводы. • Наиболее часто нарушения голоса встречаются в возрасте от 2 до 9 лет. • Наиболее распространенным нарушением голоса является изменение тембра (76,2%). • Среди причин дисфонии лидирует органическая патология, наиболее часто выявляются узелки голосовых складок (49,2%). • Основной причиной гипоназальности является гипертрофия и воспаление глоточной миндалины, а также аллергический ринит.

ОЦЕНКА ВИТАМИННОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ

Ревякина В.А., Кувшинова Е.Д.

Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищевых продуктов, Москва

Введение: Одним из основных методов терапии больных пищевой аллергией является лечебное питание, предусматривающее назначение строгих элиминационных гипоаллергенных диет, которые нередко приводят к дефициту отдельных микронутриентов (витаминов и микроэлементов). Несбалансированное питание и недостаточная обеспеченность микронутриентами негативно влияют на физическое и психическое развитие ребенка, осложняют течение пищевой аллергии и способствуют формированию резистентности к проводимой традиционной терапии. В последние годы накапливаются данные о роли отдельных витаминов и микроэлементов в патогенезе аллергических заболеваний у детей. Активно обсуждаются факторы риска недостаточной витаминной обеспеченности у больных пищевой аллергией и получающих длительные элиминационные гипоаллергенные рационы питания. В этой связи актуальным остаются вопросы изучения витаминного

статуса у больных пищевой аллергией на фоне гипоаллергенных диет и определения способа коррекции витаминной недостаточности. Цель исследования: Определение содержания витаминов у детей с пищевой аллергией для персонализированной коррекции их недостаточной обеспеченности.

Материалы и методы: Обследовано 60 детей в возрасте от 3-х месяцев до 5 лет с атопическим дерматитом, обусловленным пищевой аллергией. Использован комплекс клинико-лабораторных методов обследования, включающий анамнез, осмотр больных, клинические анализы, определение аллергенспецифических IgE антител к пищевым аллергенам, исследование витаминов в крови биохимическим методом.

Результаты исследования: Под наблюдением находилось 60 детей в возрасте от 3-х месяцев до 5 лет с атопическим дерматитом, обусловленный пищевой аллергией. Длительность заболевания составляла в среднем 2,5 лет [3; 4,5]. Среди наблюдаемых больных у 7 отмечались легкие, у 12 – среднетяжелые, а у 11 детей тяжелые проявления атопического дерматита. У большинства этих детей (73,0%) кожные симптомы аллергии были связаны с употреблением коровьего молока и молочных продуктов (творог, кефир). У 27,0% детей наблюдалась поллиаллергическая аллергия на многие пищевые продукты. Уровни аллергенспецифических IgE антител к белкам коровьего молока в сыворотке крови у наблюдаемых больных превышали нормальные значения ($slgE > 0.35 \text{ Me/L}$). Среди других пищевых продуктов, вызывающих обострение симптомов со стороны кожи, были яйцо, рыба и морепродукты, творог, бобовые, куриное мясо, ряд овощей и фруктов. Комплексная оценка химического состава гипоаллергенных диет показала, что содержание витаминов (B1, B2,) адекватно потребностям детей дошкольного возраста. Содержание витаминов А, С и Е в составе этих диет не превышало 50% от возрастной потребности ребенка. При назначении индивидуальных вариантов диеты (безмолочная, безглютеновая) с исключением других индивидуально непереносимых продуктов содержание витаминов было существенно ниже по сравнению с нормой потребления.

Выводы: Проведенное исследование выявило у наблюдаемых детей с атопическим дерматитом низкую обеспеченность витаминами А, С и Е.

НАРУШЕНИЕ ОБМЕНА ГЛЮКОЗЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ.

Ровбуль Т.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно

Гипогликемия – наиболее частая метаболическая проблема у новорожденных. Доказанный повреждающий эффект гипогликемии известен давно. Однако уровень и продолжительность гипогликемии, которая была бы опасна для развития мозга младенца, не известны. Гипогликемия в 90% протекает без клинических признаков. Основными группами риска по гипогликемии являются: ЗВУР, недоношенность, новорожденные от матерей с сахарным диабетом, асфиксия, внутриутробная гипоксия, серологический конфликт, масса тела при рождении более 4000 г, многоплодие. Целью работы было выявление частоты встречаемости гипогликемии у новорожденных, а также зависимости уровня глюкозы от времени приложения ребенка к груди.

Материалы и методы: Изучено 100 историй развития новорожденных, родившихся на протяжении 5 месяцев 2018 года в Гродненском роддоме. Выбор историй был случайным. Все дети были разделены на 6 групп: 1 (40 детей) – дети, родившиеся с помощью кесарева сечения; группа 2 (60 детей) – дети, родившиеся естественным путем; группа 3 (87 детей) – дети с массой тела 2500-4000 г; группа 4 (11 детей) – дети с массой тела до 2500 г; группа 5 (29 детей) – дети,

приложенные к груди сразу; группа 6 (65 детей) – дети, приложенные к груди в течение первых суток. Для определения уровня глюкозы использовалась венозная кровь. Мы в своей работе опирались на критерии гипогликемии, предложенные экспертами ВОЗ в 1997 году – 2,6 ммоль/л, так как именно этот уровень коррелирует с возникновением неврологических нарушений.

Результаты: Из 95 родов закончились рождением живых детей 95, из них с помощью операции кесарева сечения 40 случаев. Средний возраст рожениц $26,5 \pm 2,01$ лет. 91,2% женщин имели экстрагенитальную патологию, отягощенное течение беременности более 84% случаев. Одна женщина имела гестационный сахарный диабет. В процессе 95 родов родилось 100 ребенка (52 девочки, 48 мальчиков), из них 5 пар близнецов. 17 детей родились ранее 37 недель гестационного возраста. В родзале к груди было приложено 29 детей, 6 детей с момента рождения находились на интенсивной терапии. Частота гипогликемии у новорожденных по группам составила: 1-я – $3,07 \pm 2,90$ ммоль/л; 2-я – $3,13 \pm 3,10$ ммоль/л; 3-я – $2,82 \pm 2,85$ ммоль/л; 4-я – $2,56 \pm 3,0$ ммоль/л; 5-я – $3,8 \pm 2,8$ ммоль/л; 6-я – $2,2 \pm 2,9$ ммоль/л. Отдельно была рассмотрена группа доношенных и недоношенных детей. Детей первой группы прикладывали к груди в родзале, а детей второй группы – в течение суток после рождения. Оказалось, что у доношенных детей первой группы средняя концентрация глюкозы была 3,8 ммоль/л, а у детей второй группы 2,2 ммоль/л. У 58% недоношенных детей второй группы концентрация глюкозы была менее 1,4 ммоль/л, в то время как в первой группе таких детей было всего 4%. Кроме того, у голодающих младенцев повысилась концентрация жирных кислот, у 50% из них зарегистрирована кетонурия. Самые высокие значения указанных метаболитов отмечены у детей с самыми низкими концентрациями глюкозы. Необходимо отметить, что, несмотря на низкие концентрации глюкозы, у детей не отмечено клинической симптоматики. Таким образом, недоношенные дети имели более низкие концентрации глюкозы, чем доношенные. По нашим данным наибольшее число детей с гипогликемией выявлено в первые сутки жизни – 35,8%, на вторые сутки жизни выявлено 20,9% детей с гипогликемией, на 3-е – 23,9%, в более поздние сроки (от 4 по 10 день) – 1-7%.

Выводы: 1. К группе риска по развитию гипогликемии должны быть отнесены недоношенные, незрелые к сроку гестации дети, перенесшие интранатальную гипоксию, новорожденные, рожденные от матерей с сахарным диабетом. 2. Для новорожденных из групп риска, концентрация глюкозы должна быть измерена не позднее 1 часа после рождения. 3. У здоровых новорожденных детей не развивается симптоматическая гипогликемия в результате простого недокармливания. 4. Раннее и исключительно грудное вскармливание безопасно возмещает пищевые потребности здоровых доношенных детей. 5. Кормление грудью должно быть начато, как только ребенок готов, предпочтительнее в пределах 1 часа после рождения. 6. Теплозащита (создание и сохранение нормальной температуры тела) в дополнение к грудному вскармливанию является важным условием профилактики гипогликемии.

СЛОЖНОСТИ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ШТУРГЕ-ВЕБЕРА У ДЕТЕЙ С КАПИЛЛЯРНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ

Романов Д.В., Сафин Д.А., Брылеева А.А.

ООО «Профессиональный медицинский центр», Клиника педиатрии и детской хирургии доктора Матара, Москва

Цель и задачи: Определение клинических критериев выявления синдрома Штурге-Вебера у детей с капиллярными мальформациями в области лица.

Материалы и методы: Синдром Штурге-Вебера (СШВ) (энцефалотригеминальный ангиоматоз, невоидная аменция, болезнь Стерджа-Вебера, синдром Стерджа-Вебера-Краббе) – это синдром, который

характеризуется наличием капиллярной мальформации в области лица и шеи, поражением хориоидеи глаза (или глаукомы) и ангиомой мягкой мозговой оболочки головного мозга. Частота встречаемости СШВ 1:20000-50000 детей. Причина до конца не установлена, указана спорадическая мозаичная мутация гена GNAQ (guaninenucleotide-bindingprotein α -q), расположенного в длинном плече 9 хромосомы. Чаще всего данный синдром проявляется судорогами у детей младшего возраста. Основное лечение направлено на предупреждение возникновения судорожного синдрома. Основная проблема данной патологии – это своевременное выявление СШВ. До настоящего времени основным методом диагностики остается проведение МРТ головного мозга, на котором определяются патологические сосудистые образования в мягкой мозговой оболочке. Некоторыми авторами отмечена корреляция между расположением капиллярной мальформации на лице и риском появления СШВ.

Результаты: В период с января 2017 по июнь 2018 года проведено наблюдение за 267 пациентами с капиллярной мальформацией в области лица. 23 пациентам (8,6%) проведено МРТ-исследование. Показания к назначению МРТ определялись на основании комплексного осмотра (невролога, офтальмолога и при наличии обширных сосудистых мальформаций). В результате обследования СШВ выявлен у 6 детей (26% от проведенных МРТ). Судороги до проведения МРТ отмечались у 2 детей (0,7%). Нами проведен анализ корреляции расположения капиллярной мальформации и риска возникновения СШВ. Из 6 детей с подтвержденным СШВ: – у 1 ребенка было билатеральное расположение капиллярной мальформации на лице; у 3 детей расположение мальформации располагалась в области левой половины лица (лобная область, височная область и область щеки) без перехода средней линии; у 1 ребенка отмечалось поражение правой половины лица, туловища (с захватом верхних и нижних конечностей) без перехода средней линии; у 1 ребенка отмечалось расположение в височной области справа без перехода средней линии. В нашем наблюдении поражение глаза выявлено не было. На МРТ основной находкой было выявление патологического сосудистого образования в мягкой мозговой оболочке. У 2 детей было двухстороннее поражение головного мозга, у 4 одностороннее, причем расположение было ипсилатеральным капиллярной мальформации.

Вывод: До настоящего времени остаются сложности со своевременной диагностикой СШВ. Всем детям с капиллярной мальформацией, расположенной в области лица, особенно с двухсторонним поражением или расположением в одной половине лица или в височной области, необходимо раннее проведение МРТ головного мозга. Всем пациентам необходима консультация офтальмолога для осмотра глазного дна, однако необходимо помнить о том, что отсутствие изменений со стороны глазного дна не свидетельствует об отсутствии СШВ у ребенка. Перспективным направлением служит исследование крови (генетическое обследование) для выявления генетических мутаций у пациентов.

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ГОРОДАХ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗНАЧЕНИЯ

Рыков М.Ю.

Научно-исследовательский институт детской онкологии и гематологии, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва

Цель: Анализ основных показателей, характеризующих медицинскую помощь детям с онкологическими заболеваниями в городах федерального значения.

Материалы и методы: Проанализированы оперативные отчеты за 2013-2017 гг. Департамента здравоохранения г. Москвы, Министерства здравоохранения Московской области, Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга и Комитета по здравоохранению Ленинградской области. Оперативные отчеты составлялись главными внештатными детскими специалистами субъектов на основании разработанной одним из авторов анкеты. В 2013-2015 гг. анкеты содержали следующую информацию: численность детского населения в возрасте 0-17 лет; число первичных пациентов; заболеваемость (на 100 тыс. детского населения в возрасте 0-17 лет); общее число детей с онкологическими заболеваниями, состоящих на учете; наличие в субъекте отделения детской онкологии; число детских онкологических коек; число врачей-детских онкологов. В 2016-2017 гг. анкеты также содержали информацию о проценте пациентов, выявленных активно, смертности, одногодичной летальности. Результаты: В 2013-2017 гг. в Российской Федерации выявлено 18090 первичных пациентов, из них в анализируемых субъектах – 2734 (15,1%): в г. Москва – 1315 (7,3%), в Московской области – 492 (2,7%), в г. Санкт-Петербург – 697 (3,9%), в Ленинградской области – 230 (1,3%). За 5 лет число первичных пациентов увеличилось в г. Москва на 18,1%, в г. Санкт-Петербург – на 36%, в Ленинградской области – на 2,5%. В Московской области число первичных пациентов уменьшилось на 2,3%. Заболеваемость в г. Москва увеличилась на 5,3% (с 11,9 на 100 тыс. детского населения в возрасте 0-17 лет в 2013 г. до 11,9 в 2017 г.), в г. Санкт-Петербург – на 18,1% (с 14,9 в 2013 г. до 17,6 в 2017 г.). Заболеваемость в Московской области сократилась на 20% (с 11,8 в 2013 г. до 9,4 в 2017 г.), в Ленинградской области – на 4,9% (с 14,4 в 2013 г. до 13,7 в 2017 г.). Смертность в 2016-2017 гг. в г. Москва сократилась на 37,5% (с 6,4 на 100 тыс. детского населения 0-17 лет до 4), в Московской области – на 50% (с 2 до 1), в г. Санкт-Петербург увеличилась на 50% (с 2 до 3), в Ленинградской области – на 12,5% (с 2,4 до 2,7). Одногодичная летальность в г. Москва увеличилась на 3,7% (с 8,3% в 2016 г. до 12% в 2017 г.), в Московской области – на 3,5% (с 5,4% до 8,9%), в г. Санкт-Петербург – на 3,9% (с 2,5% до 6,4%). В Ленинградской области одногодичная летальность сократилась с 6,5% в 2016 г. до 0 в 2017 г. Число детских онкологических коек не изменилось в Московской области (0,4 на 10 тыс. детского населения в возрасте 0 – 17 лет), г. Санкт-Петербург (0,9) и Ленинградской области (0). Пациентов, выявленных активно, в 2016-2017 гг. в г. Москва и г. Санкт-Петербург не было, в Московской области их процент сократился с 34,2 до 7,3, в Ленинградской области – с 8,7 до 0. В г. Москва число детских онкологических коек увеличилось на 50% (с 0,6 до 0,9). Число врачей-детских онкологов увеличилось в Московской области с 0,009 на 10 тыс. детского населения в возрасте 0-17 лет до 0,06 (+66,7%), в г. Санкт-Петербург – с 0,09 до 0,12 (+33,3%), в Ленинградской области – с 0 до 0,03. В г. Москва число врачей-детских онкологов сократилось с 0,13 до 0,11 (– 15,3%).

Заключение: Представленные в отчетах статистические данные не соответствуют данным Федеральной службы государственной статистики. Отмечается существенное расхождение показателей заболеваемости в городах федерального значения и близлежащих областях, что позволяет предполагать низкую достоверность статистических данных. Отчеты содержат ошибочный расчет показателей заболеваемости на 100 тыс. детского населения. Отмеченный рост заболеваемости свидетельствует, вероятно, об улучшении методов диагностики. При этом уровень заболеваемости ниже, чем в среднем по стране, что также свидетельствует о дефектах статистических данных. Вместе с тем, в г. Москва и г. Санкт-Петербург пациентов, выявленных во время плановых профилактических осмотров, не было, что свидетельствует о низкой онкологической

настороженности врачей-участковых педиатров. Обоснованно утверждать, что медицинская помощь детям с онкологическими заболеваниями нуждается в совершенствовании, в том числе и в городах федерального значения.

АКТУАЛЬНОСТЬ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Савва Н.Н.

Благотворительное медицинское частное учреждение «Детский хоспис», Москва

Основная цель оказания перинатальной паллиативной помощи – повышение качества жизни ребенка и семьи. При необходимости перинатальная паллиативная помощь (медицинская, психологическая, социальная, духовная) оказывается ребенку наряду со специализированной и высокотехнологичной медицинской помощью. Современная медицина – это улучшение диагностики и лечения, возможность дать выжить тем, кто умирал раньше от неизлечимых заболеваний. Но даже сейчас мы пока не способны полностью победить детскую смертность, т.к. существует много смертельных болезней, чаще всего уносящих жизни в первый месяц жизни ребенка. По статистике ВОЗ, в мире каждую минуту умирают 11 детей, всего около 6,6 млн в год и 1 млн – в первый день жизни. В развитых странах, где сведены до минимума такие причины смерти, как голод, инфекции и плохая гигиена, на первое место выходят неизлечимые заболевания неонатального периода, генетические болезни, тяжелые неоперабельные пороки развития ребенка. Смертельный диагноз у ребенка может быть озвучен как во время беременности, так и после рождения малыша, когда что-то случается с ним во время родов, либо какие-то неизлечимые заболевания диагностируют в первый месяц жизни. Период оказания перинатальной паллиативной помощи: с 20-й недели беременности, если у плода установлены пороки, которые угрожают его жизни или несовместимы с жизнью, по 28-ой день после рождения ребенка. В этот промежуток времени малышом и его семьей занимается команда перинатальной паллиативной помощи или перинатальный хоспис. Если ребенок не умер и дожил до месячного возраста, его могут перевести в детское паллиативное отделение (детский хоспис) или выписать домой под наблюдение выездной паллиативной службы. Задачи команды перинатальной паллиативной помощи: • «подхватить» и вести всю семью на протяжении всей траектории болезни ребенка и после его смерти; • осуществлять постоянный контакт со всеми членами семьи для быстрого выявления проблем и быстрого реагирования; • психологическое, духовное и информационное сопровождение при передаче из рук в руки медицинскими службами на дородовом этапе, во время и после родов, или до и после прерывания беременности; • налаживать взаимодействие семьи с другими членами команды: акушерами-гинекологами, врачами детской паллиативной помощи, врачами-неонатологами, другими психологами, социальными работниками, др. Сейчас в России перинатальная паллиативная помощь отсутствует вообще – нет команд, законодательства, понимания – что это такое и зачем. Важно, чтобы были подготовленные специалисты, в том числе психологи, для работы в этой очень сложной в эмоциональном и этическом плане области. И важно понимание общества, что даже если ребенка нельзя вылечить и спасти, грамотное медицинское, психологическое и духовное сопровождение сможет наполнить жизнь смертельно больного малыша и его родителей любовью и радостью.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ СРАЩЕНИЙ МАЛЫХ ПОЛОВЫХ ГУБ У ДЕВОЧЕК

Сибирская Е.В., Адамян Л.В., Колтунов И.Е., Данилова А.П., Данилов А.М.

Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

В настоящее время отмечено значительное увеличение частоты обращений пациенток с данной патологией, от 0,6-3% девочек по данным 2012 г. до 15-20% в 2017 г. Пик заболеваемости приходится на возраст от 2-х месяцев до 5-6 лет. Частыми причинами возникновения синехий малых половых губ являются: неправильная гигиена половых органов в детском возрасте и в периоде новорожденности, а именно слишком частое мытье половых органов, неправильное и неоправданное нанесение гигиенических средств, не приспособленных для интимной гигиены девочек на слизистую вульвы и кожу промежности. Вульвовагиниты также приводят к развитию данной патологии. Особое внимание в формировании синехии малых половых губ в настоящее время следует уделить повышенной алергизации детей, в том числе нерациональной вакцинации. Выявление данной патологии чаще всего происходит при амбулаторном осмотре девочек участковыми педиатрами и детскими гинекологами. Но к сожалению не все педиатры обращают внимание на данную патологию и своевременно не направляют к детскому гинекологу, что в свою очередь приводит к прогрессированию заболевания. Синехия малых половых губ чаще начинается с области задней спайки влагалища и двигается вверх до области клитора. Существует 2 формы данной патологии: при неполной синехии отмечаются изменения уродинамики, «бьющая» струя мочи или подтекание мочи после мочеиспускания. В случае возникновения полной синехии малых половых губ может произойти острая задержка мочеиспускания, в следствии закрытия уретры и нарушения оттока мочи. На базе КДЦ Морозовской ДГКБ, на амбулаторных приемах врача детского гинеколога в период с мая 2016- июль 2017 было зафиксировано 225 обращений по поводу данной патологии, возраст детей варьировался от 0-8 лет. Перед проведением лечения всем пациенткам было проведено клинико-диагностическое обследование. В общем анализе мочи у всех 100%(225) пациенток было отмечено увеличение числа лейкоцитов от 5 до сплошь в поле зрения, при исследовании кала на яйцеглист лишь у одной пациентки 3-х лет были обнаружены яйца гельминтов. Все пациентки были консультированы аллергологом, 14,2% (32) был поставлен сопутствующий диагноз Атопический дерматит. Во время осмотра было выявлено 91% (205) пациентки с неполной синехией малых половых губ и 9% (20) с полной. Девочки с полной плотной синехией были своевременно направлены в отделение гинекологии «Морозовской ДГКБ» для выполнения разделения синехии малых половых губ в условиях стационара. Девочкам с неполной синехией проводилось консервативное лечение. После проведения консервативной терапии в течение 7 дней при повторном осмотре отмечалась полная эпителизация слизистой в области разделения синехии. Всем пациенткам после проведенного лечения была рекомендована ежедневная гигиеническая обработка области малых половых губ вазелиновым или оливковым маслом, правильная гигиена половых органов, профилактика аллергических реакций, наблюдение детского гинеколога и осмотр через 6 месяцев. Результаты: Результаты терапии оценивались через 6 месяцев. У пациенток из 1 группы было отмечено 7% (6) рецидивов, а у пациенток из 2 группы рецидивы составили 23% (26), данным девочкам потребовалось повторное комбинированное лечение, включающее разделение синехии и местную терапию эстрогенсодержащим кремом в течение 7 дней.

Выводы: В результате проведенного исследования мы доказали эффективность лечения синехии малых половых губ у девочек раз-

ных возрастов. Таким образом, при правильно выбранном подходе к лечению синехии малых половых губ мы снижаем вероятность появления рецидивов данного заболевания в будущем. А короткий курс местной терапии снижает риск развития побочных эффектов, что очень важно в детской практике.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

*Сибирская Е.В., Колтунов И.Е., Короткова С.А., Данилов А.М.
Морозовская детская городская клиническая больница, Москва*

В практике врача гинеколога детского стационара апоплексия яичника достаточно частое явление. Так, ретроспективный анализ 800 историй болезни девочек 11-17 лет, поступивших в приемное отделение МДГКБ за 3 (2010-2013 гг.) года с абдоминальным болевым синдромом, показал, что у 18% (144 пациентки) боль была обусловлена наличием структурной патологии репродуктивной системы. Доля различных форм апоплексии яичника составила 27% (39 человек). Всего в 2016 году в отделении гинекологии МДГКБ по поводу апоплексии яичника проходила лечение 431 пациентка. Наиболее частыми клиническими проявлениями апоплексии яичника является: Клиническая картина: острая боль внизу живота (наступающая, как правило, после физической нагрузки либо полового акта); тошнота, рвота; слабость, головокружение, холодный пот; пресинкопальные и синкопальные состояния; нормальная температура тела; болезненность при пальпации в нижних отделах живота; незначительное напряжение мышц в подвздошных областях; умеренно выраженные симптомы раздражения брюшины на стороне поражения; может пальпироваться увеличенный, болезненный яичник. Ультразвуковая картина также недостаточно специфична и основывается на наличии свободной жидкости в брюшной полости, как правило в сочетании со структурными изменениями яичника. Лапароскопическая диагностика обладает довольно высокой точностью (98%) и основывается на ряде критериев: наличие в малом тазу крови, возможно, со сгустками; матка не увеличена, ее серозный покров розовый, поврежденный яичник обычно нормальных размеров. При разрыве кисты (фолликулярная, желтого тела) яичник багрового цвета, может быть увеличенным в зависимости от размеров кисты; по краю яичника или кисты разрыв, обычно не более 1,5 см. Область повреждения на момент осмотра либо кровоточит, либо прикрыта сгустками. В гинекологии детей имеется ряд анатомо-физиологических особенностей, обуславливающих менее выраженную клиническую картину кровоизлияния в яичник и брюшную полость: менее выраженная перитонеальная реакция на наличие крови в брюшной полости по сравнению со взрослыми женщинами (что можно соотнести с созреванием вегетативной нервной системы); широкие компенсаторно-приспособительные механизмы детского организма; невозможность выполнения влагалищного исследования у девочек, не живущих половой жизнью; особенности расположения яичников у детей: чем меньше ребенок, тем более высоко в брюшной полости расположены яичники. Актуальность проблемы диагностики апоплексии яичника у детей заключается в отсутствии яркой, специфической клинической картины, характерной для более старших возрастных групп, частое малосимптомное течение гемоперитонеума. Преимущественное правостороннее поражение в сочетании с абдоминальным болевым синдромом, возможное умеренным лейкоцитозом часто приводит к ошибочной трактовке клинико-лабораторной картины как проявления острой хирургической патологии и не всегда оправданной выжидательной тактике ведения таких пациенток, окончательной диагностики апоплексии яичника как интраоперационно у пациенток, оперированных по поводу подозрения на острую хирурги-

ческую патологию. В настоящее время в Морозовской ДГКБ всем пациенткам с абдоминальным болевым синдромом выполняется УЗИ органов малого таза, брюшной полости; проводится совместный осмотр гинекологом, хирургом; при необходимости выполняется КТ органов малого таза с целью уточнения диагноза.

Заключение: Апоплексия яичника у девочек – достаточно часто встречаемая патология. Учитывая анатомо-физиологические особенности детского организма, данная патология имеет достаточно полиморфную клиническую картину, ведущим симптомом является абдоминальный болевой синдром. С целью дифференциальной диагностики всем менструирующим пациенткам, поступающим в стационар с абдоминальным болевым синдромом, показана консультация гинеколога, УЗИ органов малого таза и брюшной полости, клинический анализ крови. В неясных клинических случаях при диссоциации ультразвуковой и клинической картины наиболее специфичным методом является диагностическая лапароскопия. Статистика отделения гинекологии МДГКБ, показывающая рост количества пациенток, прошедших лечение с различными формами апоплексии яичника, указывает на целесообразность данного подхода в клинической практике.

СПЕКТР И ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ГРАМПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ МИКРОФЛОРЫ, ВЫЗЫВАЮЩЕЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Скепьян Е.Н.

Белорусский государственный медицинский университет, 3-я детская поликлиника, Кафедра клинической фармакологии, Минск

Грамотный выбор эмпирической терапии, точные представления о спектре и чувствительности наиболее значимых представителей Грам(+) флоры, вызывающей заболевания верхних дыхательных путей (далее ВДП), к противомикробным лекарственным средствам (далее ЛС) являются залогом успешности назначаемой фармакотерапии и актуальной проблемой в педиатрии.

Цель и задачи исследования: С целью проведения мониторинга за наиболее частыми возбудителями внебольничных заболеваний ВДП мы были заинтересованы в анализе спектра и чувствительности Грам(+) микрофлоры к противомикробным ЛС у детей с вышеуказанными заболеваниями.

Материалы и методы: Был проведен сравнительный анализ бактериологического обследования мазков из зева и носа на флору и чувствительность к противомикробным ЛС, взятых у 578 пациентов с различными внебольничными заболеваниями ВДП (острые и обострения хронических тонзиллитов, риносинуситы, аденоидиты и т.д.) в 2017 г. на базе детской поликлиники г. Минска. Использовали бактериологический метод для выявления и определения чувствительности выявленных микроорганизмов к противомикробным ЛС в «Минском городском центре гигиены и эпидемиологии».

Результаты: Среди Грам(+) микрофлоры (n=438, 83% из всех 578 случаев степень колонизации 10⁴ и выше) доминировали *Staphylococcus aureus* (n=350, 80% от Грам(+) возбудителей); в МРСА (n=32, 9,1% среди *St. aureus*); *Streptococcus pneumoniae* (n=76, 17,3%); *Streptococcus pyogenes* (n=12, 2,7%). При определении чувствительности к противомикробным ЛС было установлено, что *Staphylococcus aureus* (n=350) был не чувствителен к пенициллину в 78,1% случаях, но высокочувствителен к оксациллину (90,9%), клиндамицину (97,9%) и эритромицину (96,3%), левофлоксацину (99,5%), цефокситину (90,9%) и гентамицину (в 99,7% случаях). Метициллин-резистентный стафилококк (далее – МРСА) был чувствителен к левофлоксацину (в 93,8% случаях), гентамицину (93,8%), клиндамицину (100%), ванкомицину (100%). *Streptococcus pneumoniae*

в большинстве случаев был чувствителен к пенициллину (87,5%) цефуроксиму (91%), хлорамфениколу (73,8%), левофлоксацину (97,3%), доксициклину (95,5%), линезолиду (100%), ванкомицину (100%), клиндамицину (45,9%), ко-тримоксазолу (60%), эритромицину (17,6%), азитромицину (41,2%). Streptococcus pyogenes был чувствителен в 100% случаев к амоксициллину, клиндамицину, левофлоксацину, цефуроксиму, доксициклину.

Выводы: Практикующие врачи-педиатры на амбулаторном этапе для лечения заболеваний ВДП у детей бактериальной этиологии должны преимущественно использовать менее токсичные, более безопасные для ребенка противомикробные ЛС, не применяя рутинно в педиатрической практике спектр противомикробных ЛС, представленных в антибиотикограмме (фторхинолоны, хлорамфеникол, тетрациклины, аминогликозиды, гликопептиды, линезолид). Проблемы в лечении внебольничных заболеваний ВДП, вызванных Грам(+) микрофлорой могут быть связаны с сохраняющейся резистентностью Staphylococcus aureus к незащищенным пенициллинам, растущей резистентностью Streptococcus pneumoniae к пенициллинам, макролидам, наличием МРСА у отдельных пациентов, а также микробных ассоциаций Грам(+) и Грам(-) микроорганизмов.

МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ НОСОГЛОТКИ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Скельян Е.Н., Топтун П.Д.

Белорусский государственный медицинский университет, 3-я детская поликлиника, Кафедра клинической фармакологии, Минск

В структуре общей заболеваемости детей, а также временной нетрудоспособности, связанной с уходом за больным ребенком, заболевания верхних дыхательных путей (далее ВДП) занимают ведущую позицию. При этом ВДП бактериального генеза являются одной из самых частых причин, требующих назначения противомикробных лекарственных средств (далее ЛС).

Цель и задачи исследования: С целью проведения мониторинга наиболее часто встречающихся микроорганизмов, вызывающих заболевания ВДП у детей, на амбулаторном этапе мы ставили перед собой задачу изучить спектр микроорганизмов по результатам бактериологического обследования вышеуказанных пациентов в течение 2017 г.

Материалы и методы: Был проведен анализ результатов бактериологического обследования мазков из зева и носа на флору и чувствительность к противомикробным ЛС, взятых у 912 детей с различными заболеваниями ВДП (острые и обострения хронических тонзиллитов, риносинуситы, аденоидиты и т.д.), которые лечились амбулаторно в 2017 г. на базе детской поликлиники г. Минска. Спектр микроорганизмов выявляли при использовании бактериологического метода в «Минском городском центре гигиены и эпидемиологии».

Результаты: У 578 пациентов (63,4%) из 912 были обнаружены различные микроорганизмы (степень колонизации составляла 104 и выше), из них – Грам(+) микрофлора встречалась у 83% пациентов (n=438), Грам() – у 17% (n=90). В составе Грам(+)микроорганизмов доминировали: Staphylococcus aureus (n=350, 80% от Грам(+) возбудителей); в т.ч. метициллин-резистентный стафилококк (далее – МРСА) (n=32); Streptococcus pneumoniae (n=76, 17,3%); Streptococcus pyogenes (n=12, 2,7%). Среди Грам() микрофлоры: Haemophilus influenzae (n=30, 33,3% от Грамм() флоры), Klebsiella pneumoniae (n=20, 22,2% случаев), Moraxella catarrhalis (n=14, 15,6% от Грамм() флоры), Pseudomonas aeruginosae (n=8, 8,9%), другие возбудители (n=18, 20%; e.Coli, Enterobacter, Proteus vulgaris и др.). У детей от 1 года до пяти лет чаще были выявлены: Streptococcus

pneumonia, Haemophilus Influenzae и Moraxella catarrhalis – (71%, 66% и 76,9% соответственно), среди пациентов старше 10 лет – Klebsiella pneumoniae (75%). Ассоциации двух и более микроорганизмов чаще встречались у детей, относящихся к группе часто и длительно болеющих с частыми обострениями тонзиллита, аденоидита, с аллергическими заболеваниями (n=135, 23%).

Выводы: Наиболее часто на амбулаторном этапе у детей с заболеваниями ВДП были выявлены Грам(+) микроорганизмы в основном за счет Staphylococcus aureus, в том числе МРСА. Однако спектр микроорганизмов отличался у пациентов различного возраста. Таким образом, успешность проводимой антибиотикотерапии, назначаемой детям с заболеваниями ВДП, зависит от целого ряда факторов, в том числе от принадлежности пациентов к группе ЧДБ, наличия у одного пациента микробных ассоциаций, в состав которых могут входить как различные Грам(+) микроорганизмы, так и сочетания Грам(+) и Грам(-) микроорганизмов.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ВКУСОВЫЕ ПРЕДПОЧТЕНИЯ ДЕТЕЙ В 2015–2016 Г. В ДЕТСКОМ САДУ Г. МОСКВЫ.

Соловьева Ю.В., Горелова Ж.Ю., Рапопорт И.К.

Научный исследовательский институт гигиены и охраны здоровья детей и подростков, Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Министерства здравоохранения России, Москва

Актуальность: В детском садике, как правило, дети периодически болеют, поэтому необходимо оценивать показатели заболеваемости детей. Оценку показателей заболеваемости детей проводит медсестра в конце учебного года. Для этого она ведет соответствующий журнал – «Протокол регистрации пропусков занятий по болезни». В течение года медсестра фиксирует все случаи пропусков занятий по болезни и учитывает пропущенные дни. 30 июля 2013 года вступило в силу постановление главного государственного санитарного врача «Об утверждении СанПиН 2.4.1.3049-13 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций». В разделе XI пункте 11.3 данного документа указано, что «после перенесенного заболевания, а также отсутствия более пяти дней (за исключением выходных и праздничных дней), детей принимают в дошкольные образовательные организации только при наличии справки с указанием диагноза, длительности заболевания, сведений об отсутствии контакта с инфекционными больными». Поэтому в соответствии с данным действующим постановлением и в 2018 году родители имеют право не водить своего ребенка в детский садик в течение пяти дней, не считая праздничные и выходные дни. Данное постановление дает родителям возможность сэкономить время и силы. Кроме того, это время, на которое можно оставить ребенка дома, чтобы он смог укрепить иммунитет, особенно в неблагоприятный период года (ранняя весна и поздняя осень). Однако если ребенок отсутствовал в детском саду более пяти рабочих дней, необходимо посетить поликлинику, так как в противном случае воспитатель не пустит ребенка в сад без справки, в которой указано, что он здоров. Утром воспитатель обязан интересоваться состоянием здоровья ребенка у родителей. При наличии катаральных явлений, интоксикации воспитатель измеряет ребенку температуру. При повышенной температуре ребенок не может находиться в детском саду. В случае возникновения заболевания у ребенка во время пребывания в детском саду, его изолируют от остальных детей до прихода родителей, помещают в медицинский блок,

либо, в зависимости от состояния, сообщив родителям, госпитализируют в больницу.

Цель: Оценить показатели заболеваемости и вкусовые предпочтения детей в детском саду с использованием современных электронных технологий. Задачи данного исследования: 1. Проанализировать показатели здоровья детей по годам. 2. Оценить посещаемость и питание по системе «Проход и питание».

Материал и методы выполнения: Материалом в данной работе являются дети, посещающие детский сад. На основании ведомости посещения детей ведется учет заболеваемости детей в детском саду, а с 2014 г. введен модуль «Проход и питание», который помогает контролировать посещаемость и питание, обеспечивает более высокий уровень безопасности. Модуль «Питание» дает возможность идентифицировать и вести учет детей, которые имеют право на получение льготного питания. Там, где используется система «Проход и питание», требуется личная электронная карта, которая идентифицирует входящего ребенка, родителя или сотрудника сада. О входе и выходе ребенка из сада родители узнают при помощи выбранного ими способа информирования: смс или письмо на электронную почту, выбрав соответствующее приложение в Интернете. С помощью карты можно контролировать, получает ли ребенок льготное питание и находится ли он в детском саду.

Полученные результаты: Посещаемость воспитанников младшей группы была самой высокой, поскольку она была набрана раньше других, дети одновременно начали посещение детского сада. Во 2 группу принимали воспитанников вплоть до 2016 года, соответственно, посещаемость их была ниже. В подготовительных группах посещаемость детей была не ниже 85-90% в течение года, что говорит об эффективности проводимых профилактических мероприятиях и физкультурно-оздоровительной работы в детском садике. Выводы: Показатель индекса здоровья в детском саду несколько снизился по следующим причинам: в 2015-2016 учебном году в садик поступило 69 детей, сформированы 3 младшие по возрасту группы (с 3 до 4 лет). Адаптационный период, который пройден достаточно успешно в эмоционально-психологическом плане, тем не менее, повлиял на показатели медицинского мониторинга. По системе «Проход и питание» была подтверждена посещаемость воспитанников и зафиксировано, что дети активно употребляют в детском садике: сырники и выпечку, но не активно едят овощи и фрукты, что дает возможность проводить и своевременную коррекцию их питания.

ПЕРВИЧНЫЙ СКЛЕРОЗИРУЮЩИЙ ХОЛАНГИТ У ДЕТЕЙ

Строкова Т.В., Сурков А.Г., Багаева М.Э., Павловская Е.В., Филимонова Е.А.

Федеральное государственное бюджетное учреждение науки «Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи», Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова», Москва

Актуальность: Первичный склерозирующий холангит (ПСХ) – редкое хроническое холестатическое заболевание печени, характеризующееся воспалением, облитерацией и фиброзом внутри- и внепеченочных желчных протоков, развитием билиарного цирроза, портальной гипертензии и печеночной недостаточности. Этиология ПСХ неизвестна. Предполагается участие как генетических, так и приобретенных факторов. Наименее изучена данная патология у пациентов детского возраста.

Цель: Изучить клинко-лабораторную характеристику ПСХ у детей. Материалы и методы: Обследовано 27 детей с ПСХ в возрасте 3-17 лет (медиана 13 лет), из них 18 мальчиков и 9 девочек. Всем детям

проведено исследование клинического, биохимического анализа крови, исследование аутоантител (ANA, ASMA, AMA, aLKM1, pANCA), уровня иммуноглобулинов G, A, M, УЗИ и МРТ органов брюшной полости; морфологическое исследование ткани печени выполнено у 9 пациентов.

Результаты: Первые клинические проявления заболевания зарегистрированы в возрасте 2,5-17 лет (медиана 7 лет): кишечный синдром у 10 детей, биохимические изменения со стороны печени – у 10 детей и одновременные проявления – у 7 пациентов. В период 1 нед. – 1 мес. до первых клинических проявлений кишечная инфекция зафиксирована у 7 (дизентерия у двух, КИНЭ – у 5), ОРВИ – у 4 детей. В указанные сроки вакцинация проведена у двоих и профилактическое лечение изониазидом в связи с контактом с больным туберкулезом – у одного ребенка. У 13 пациентов триггера болезни не выявлено. На момент осмотра основными жалобами были боли в животе – у 17, сниженный аппетит – у 10, повышение температуры без катаральных явлений – у 7, слабость, повышенная утомляемость – у 15, артралгии – у 4, жидкий стул – у 15 (в т.ч. гемоколит – у 14), желтушность кожных покровов – у 6 детей. Печень выступала из-под края реберной дуги на 1,5-6 см у 19, селезенка (на 1-4 см) – у 6 детей. По результатам обследования анемия зарегистрирована у 6, повышение СОЭ – у 23 детей. Гипербилирубинемия выявлена у 4 пациентов, синдром цитолиза (АСТ 45-650 ед/л (медиана 111,9 [65;341]), АЛТ 51-560 ед/л (медиана 153 [116;296]), повышение ГГТ (45-578 ед/л (медиана 147 [97;1;215])) – у всех детей. Гиперпротеинемия подтверждена у 11, гипергаммаглобулинемия (21-36%) – у 21, увеличение уровня IgG (19,73- 38 г/л) – у 17 пациентов. Аутоантитела выявлены у 18 из 20 детей. По данным УЗИ у всех больных определялись увеличение размеров печени, неоднородность и гиперэхогенность паренхимы, у 22 пациентов выявлено изменение желчных протоков (расширение, утолщение стенок), что было подтверждено данными МРТ. Морфологическое исследование ткани печени проведено у 9 пациентов, у троих из которых подтверждено наличие гепатита низкой степени гистологической активности. Фиброз 1 стадии выявлен у одного ребенка, 2 стадии – еще у одного пациента, 3 стадии – у троих и цирроз печени – у 4 детей. По результатам эндоскопического и гистологического исследования язвенный колит был обнаружен у 16, болезнь Крона – у 7 детей. По результатам комплексного обследования цирроз печени был подтвержден у 7 пациентов.

Выводы: ПСХ – быстро прогрессирующее заболевание, приводящее к формированию цирроза печени у трети пациентов. У половины детей с ПСХ не выявлен триггер болезни. Заболевание характеризуется гепатомегалией, кишечным синдромом, наличием синдромов цитолиза и холестаза, повышением уровня гамма-глобулинов, IgG, характерной ультразвуковой картиной при обследовании гепатобилиарной системы.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ БЕЗОПАСНОЙ И ЭФФЕКТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА

Стуклов Н.И., Басиладзе И.Г., Пивник А.В.
Российский университет дружбы народов, Москва

Проблема анемии является крайне актуальной. Наиболее часто анемия выявляется у детей и женщин детородного возраста. В развивающихся странах данный показатель достигает 51% у детей до 5 лет и 46% – после. Это связано снижением запасами железа при рождении, нарушением поступления его с пищей, высокой потребностью при их быстром росте и развитии, наличием заболеваний желудочно-кишечного тракта. Основной причиной анемии является дефицит железа (ДЖ), который обуславливает более 70% всех анемий. Скрытый (без клинических проявлений)

и латентный ДЖ (с проявлениями в виде сидеропенического синдрома) встречается еще чаще. Препаратами первой линии для коррекции ДЖ являются пероральные препараты железа, причем наиболее эффективные двухвалентные формы, как правило, плохо переносятся и мало используются. Их применение сопровождается большим количеством побочных эффектов, связанных с желудочно-кишечными проявлениями, и несет риск передозировки. В связи с этим у детей чаще прибегают к назначению трехвалентных форм железа, что делает лечение более безопасным, но не исключает плохой переносимости и требует длительного применения в связи с низкой эффективностью. Наибольшую сложность в коррекции анемии, связанной с ДЖ, представляют пациенты с хроническими заболеваниями кишечника, у которых, с одной стороны, ожидается низкая эффективность лечения в связи с нарушением всасывания железа, а с другой – заболевания являются причиной крайне низкой переносимости, часто требующей отмены лечения. В связи с указанными проблемами в лечении железодефицитной анемии (ЖДА) исследована новая форма сукросомального перорального железа, обладающая уникальным механизмом всасывания и поэтому являющаяся потенциально наиболее безопасной и эффективной среди всех имеющихся препаратов. Сукросомальная структура, окружающая пирофосфат железа, не позволяет контактировать металлу со слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки, что резко снижает такие проявления, как изжога, тяжесть в животе, тошнота и рвота. Учитывая, что железо в данной форме не накапливается в эритроцитах и не повреждает их, прием сукросомального железа не приводит к развитию диареи, запоров и других диспепсических явлений. Мало того, основным механизмом всасывания данной формы является лимфогенный путь через стенку кишечника, что делает возможным использовать данную форму при наличии хронического воспаления, когда другие препараты железа оказываются неэффективными. Для оценки эффективности и безопасности новой сукросомальной формы железа проведена попытка исследования ее для лечения ЖДА у наиболее клинически трудной когорты пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК), которым проведение пероральной терапии с использованием классических препаратов практически невозможно. Цель работы – определить эффективность и переносимость пероральной формы сукросомального железа у больных анемией и ВЗК.

Материалы и методы: Всего в исследование включили 25 больных ВЗС с анемией (21 женщина и 4 мужчины) средним возрастом $40,7 \pm 16,2$ лет, которые получали адекватное противовоспалительное лечение и пероральное сукросомальное железо, содержащее 30 мг элементарного железа в капсуле, по 1 капсуле 2 раза в день в течение 3 месяцев. Эффективность лечения оценивали по показателям гемоглобина и сывороточного железа, переносимость – по выраженности диспепсических явлений (тошнота, рвота, боли в животе, запоры, поносы, кровь в стуле) до и через 3 месяца после начала лечения.

Результаты: Назначение препаратов железа привело к достоверному увеличению гемоглобина с $102,1 \pm 10,5$ до $119,9 \pm 16,1$ г/л ($p < 0,01$) и сывороточного железа с $3,9 \pm 1,8$ до $7,2 \pm 4,0$ мкмоль/л ($p < 0,01$). Ни один пациент, получающий указанное лечение, не прекратил лечение и полностью закончил прием препарата. На фоне приема сукросомального железа отмечено значимое уменьшение клинических проявлений со стороны желудочно-кишечного тракта ($p < 0,05$).

Выводы: 1. Доказана высокая эффективность сукросомальной формы железа по достоверному приросту гемоглобина и сывороточного железа у больных анемией и ВЗК ($p < 0,01$), получающих адекватное противовоспалительное лечение. 2. Данный подход к лечению ЖДА имеет хорошую переносимость, то есть является безопасным, особенно в случаях ВЗК.

ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНАЯ ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ У ДЕТЕЙ: ОСОБЕННОСТИ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА

Титова О.Н., Таран Н.Н., Строкова Т.В., Филатова Т.А.

Федеральное государственное бюджетное учреждение науки «Федеральный исследовательский центр питания и биотехнологии»/ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им Н.И.Пирогова» Министерства здравоохранения, Москва

Питание детей с гастроинтестинальной формой пищевой аллергии часто не соответствует возрастным нормам. Нарушение характера и частоты стула, метеоризм, абдоминальный болевой синдром, срыгивания и рвота способствуют нерегулярному и несбалансированному питанию. Ограниченный рацион питания может оказывать влияние на физическое развитие растущего организма.

Цель исследования: Оценить характер жалоб, физическое развитие и энергетическую ценность рациона у детей с гастроинтестинальной формой пищевой аллергии.

Пациенты, методы: В отделении педиатрической гастроэнтерологии, гепатологии и диетологии ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологий» обследовано 97 детей с подтвержденным диагнозом гастроинтестинальная форма пищевой аллергии: мальчиков – 52 (53,60%), девочек – 45 (46,93%), в возрасте от 6 мес до 16 лет. В зависимости от возраста дети были разделены на 4 группы: I группа – 15 детей (15,5%) в возрасте от 6 до 11 мес; II группа – 56 детей (57,7%) от 1 года до 4 лет 11 мес; III группа – 16 детей (16,5%) от 5 до 10 лет 11 мес; IV группа – 10 детей (10,3%) от 11 до 16 лет. Всем детям были проведены: антропометрия, определение уровня общего IgE и специфических IgE-антител (к белку коровьего молока (БКМ), глютену). Оценка антропометрических данных проводилась с использованием программ ВОЗ Anthro (дети до 5 лет) и ВОЗ Anthro Plus (дети старше 5 лет). У 35 пациентов было проведено исследование фактического питания в домашних условиях и произведен расчет энергетической ценности рациона.

Результаты: Основная жалоба – изменение характера и частоты стула, выявлены у 78 (80,41%) детей: учащенный, жидкий стул наблюдался у 50 (51,55%) детей; запор регистрировался у 28 (28,86%) детей. Жалобы на боли в животе отмечались у 75 (77,32%) детей, метеоризм наблюдался у 71 (73,20%) ребенка, жалобы на сниженный/избирательный аппетит зарегистрированы у 49 (50,51%) детей. Медиана уровня общего IgE составила 51 [14; 238] МЕ/мл. Повышение специфических IgE-антител к БКМ обнаружено у 52 (53,61%) детей, к глютену – у 30 (30,93%) детей, сочетанная IgE-сенситизация (к БКМ и глютену) отмечалась у 27 (27,84%) детей. Результаты антропометрических исследований показали, что дефицит массы тела различной степени тяжести определялся у 44 (45,36%) детей, избыточная масса тела у 8 (8,25%) детей. Задержка физического развития (значение показателя Zscore рост/возраст менее -2) выявлена у 15 (15,46%) детей, преимущественно в I возрастной группе. Энергетическая ценность рациона соответствовала возрастным нормам потребления у 2 (5,71%) детей. Недостаточная калорийность рациона выявлена у 24 детей (68,57%), преимущественно за счет жирового компонента. У 9 детей (25,71%) отмечена избыточная энергетическая ценность рациона за счет белкового компонента.

Заключение: В ходе исследования выявлено, что дети с гастроинтестинальной формой пищевой аллергии получают несбалансированный рацион питания и составляют группу риска по дефициту массы тела и задержке физического развития. Наиболее часто задержка физического развития выявлялась у детей до 1 года, что говорит о наибольшей чувствительности растущего организма к дефициту питательных веществ в этот возрастной период.

НЕОНАТАЛЬНЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ДЕФЕКТАМИ ГЕНА ИНСУЛИНА

*Тихонович Ю.В., Зубкова Н.А., Светлова Г.Н., Лаптев Д.Н.,
Петрайкина Е.Е., Рыбкина И.Г., Киселев С.Л., Тюльпаков А.Н.
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский центр эндокринологии» Министерства
здравоохранения РФ, Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения «Детская городская клиническая больница
святого Владимира», Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения «Морозовская детская городская клиническая
больница» Департамента здравоохранения Москвы, Москва*

Введение: В настоящее время описано более 50 мутаций в гене INS, которые могут быть ассоциированы с различными клиническими вариантами сахарного диабета (перманентный неонатальный сахарный диабет, ПНСД; транзиторный неонатальный сахарный диабет, ТНСД; СД у детей первых лет жизни; MODY10 и СД2 типа). В данном сообщении мы представляем группу пациентов с различными клиническими формами СД, обусловленного мутациями как в кодирующем, так и в некодирующем регионах гена INS.

Методы и материалы: В исследование было включено 60 пациентов с изолированным течением НСД (12 с ТНСД, 48 с ПНСД), 30 пациентов с манифестацией СД от 7 до 12 месяцев жизни и отсутствием основных аутоиммунных маркеров СД1 типа и 620 пациентов с фенотипом МОДИ. Возраст пациентов на момент проведения исследования варьировал от 1 мес до 18 лет (медиана – 10,5 лет). Критерии постановки диагноза МОДИ соответствовали рекомендациям ISPAD 2014 года. Всем пациентам проводилось высокопроизводительное параллельное секвенирование панели генов, ответственных за моногенные формы СД.

Результаты: В гене INS мы идентифицировали 14 гетерозиготных мутаций (12 миссенс-мутаций, 2 сплайсинг-мутации) у 17 пробандов и 11 родственников. В 11 случаях мутации возникли de novo, в 6 – унаследованы от одного из родителей с СД. Среди пациентов с ПНСД мутации в гене INS были выявлены в 10 случаях (10/48, 20,8%), что согласуется с данными литературы. Среди пациентов с дебютом СД от 7 до 12 месяцев жизни мутации были выявлены в 5 случаях (5/30; 16,6%). В 2 случаях мутации (С31W, Е37К) были выявлены у пациентов с фенотипом МОДИ (2/620, 0,32%), что еще раз подчеркивает, что МОДИ10 является редкой формой моногенного СД. Среди пациентов с ТНСД мутации в гене INS выявлены не были. **Выводы:** Полученные данные подчеркивают, что гетерозиготные мутации в гене INS являются не только частой причиной ПНСД (20,8%), но и с сопоставимой частотой (16,6%) встречаются среди пациентов с манифестацией СД от 7 до 12 месяцев жизни и отсутствием аутоиммунных маркеров СД1 типа, что является поводом для активного выявления таких больных.

НЕОНАТАЛЬНЫЙ ХОЛЕСТАЗ В СТРУКТУРЕ СИНДРОМАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

*Толстова Е.М., Зайцева Н.С., Зайцева О.В., Ефимова Е.В.,
Радимова Е.Р., Ионова Е.А., Исаева Е.К.
Московский государственный медико-стоматологический
университет им. А.И. Евдокимова, Детская городская клиническая
больница Святого Владимира, Москва*

Введение: ARC-синдром (Arthrogryposis-renal dysfunction-cholestasis syndrome, MIM 208085) – тяжелое аутосомно-рецессивное заболевание с неблагоприятным прогнозом.

Цель: Представить клинический случай ребенка с ARC-синдромом как одну из причин внутрипеченочного холестаза у детей в периоде новорожденности.

Описание клинического случая. Мальчик от 2-й беременности у женщины 34 лет, 1 срочных оперативных родов в 39 недель путем экстренного кесарева сечения (слабость родовой деятельности). Однократное тугое обвитие пуповины вокруг шеи и плечика, маловодие. Масса при рождении 3150 г, длина 49 см. Оценка по шкале Апгар 4/6/7 баллов. Диагностирован респираторный дистресс синдром. Проводилась СРАР через назальные канюли до 17 часов жизни, далее без кислородной поддержки. Обращали на себя внимание особенности строения черепа в виде скошенного затылка, признаки дисплазии тазобедренных суставов, сгибательные контрактуры коленных суставов. Желтуха появилась на 3 с.ж., выявлено повышение уровня билирубина за счет прямой фракции (132,2/100,4 мкмоль/л), АСТ 50 ед/л, АЛТ 60 ед/л, щелочная фосфатаза 1362 ед/л, уровень ГГТ в пределах нормы. Кроме того, с рождения отмечались признаки ренальной канальцевой дисфункции по типу синдрома Фанкони. Переведен в ДГКБ Св. Владимира в 1 месяц жизни в тяжелом состоянии за счет гипотрофии (вес 3200 г), неврологических симптомов (угнетен, преимущественно спит, взгляд не фиксирует). Кожа иктерична, обращала на себя внимание выраженная сухость кожи, тургор тканей снижен. Кормился энтерально, сосал сам, отмечались обильные срыгивания. В процессе дообследования были исключены наследственные болезни обмена, синдром Алажиля, митохондриальные заболевания. У ребенка подтвержден нормальный мужской кариотип. На основании комплекса признаков (системная патология костной ткани, холестаза при нормальном уровне ГГТ, ренальные тубулярные нарушения) диагностирован ARC-синдром. Кроме того, выявлена гипоплазия мозолистого тела, мальчик не прошел тест отоакустической эмиссии (признаки, описанные у пациентов с данным заболеванием). За время наблюдения несмотря на питание достаточным объемом специализированной смесью прослеживалась плоская весовая кривая. В возрасте 3 месяцев для дальнейшего наблюдения переведен в паллиативное отделение. **Выводы:** ARC-синдром – редкая причина внутрипеченочного холестаза в неонатальном периоде. Типичные проявления в виде сочетанного поражения печени, костной ткани, почечного тубулярного ацидоза служат основанием для постановки диагноза. Специфическая терапия синдрома в настоящее время не разработана.

ПЕДИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ

Туркин А.О., Гехт М.А.

Благотворительный фонд «Дети бабочки», Санкт-Петербург

Буллезный эпидермолиз (БЭ) – это группа генетически и клинически гетерогенных, общим симптомом которых является образование пузырей на коже и слизистых при малейших травмах, а иногда и без них. Оно является редким заболеванием. Распространенность данного заболевания, по данным национального регистра США, составляет 8,22 на 1 млн человек, заболеваемость 19,60 на 1 млн новорожденных. Точных статистических данных по России нет, в нашем фонде зарегистрировано около 300 детей (ежемесячно, а иногда и еженедельно появляются новорожденные, которые становятся подопечными фонда). БЭ различают 4 основные формы: простая, пограничная, дистрофическая и синдром Киндлера. В каждой форме различают множество подтипов, согласно молекулярно-генетическому исследованию. В основе патогенеза БЭ лежит дефект генов, кодирующих структурные белки кожи, из-за чего нарушаются механическая и эластическая прочность кожи и слизистых, в результате чего и образуются пузыри. При простой форме нарушается синтез кератина, при пограничной синтез ламинина, при дистрофической синтез коллагена, при синдроме Киндлера нарушается частично синтез всех структурных

белков кожи. Исходя из строения кожи и слизистой, образуются пузыри согласно расположению вышеперечисленных белков в ее структуре. Но помимо основного кожного синдрома у детей с БЭ развиваются поражения других органов и систем, профилактика и своевременное лечение смогут значительно повысить качество и продолжительность жизни детей.

Актуальность: Редкость этого заболевания приводит к недостаточной осведомленности наших докторов о нем, откровенной боязни в лечении таких детей, неправильному ведению их в периоде новорожденности и младшем возрасте. Это все приводит к более тяжелому течению заболевания, раннему развитию внекожных осложнений, что в итоге значительно снижает качество и продолжительность жизни детей с БЭ.

Цель работы: Выявление основных внекожных проявлений при тяжелых формах БЭ, комплексная разработка клинических рекомендаций для их профилактики и своевременного лечения, разработка комплексного ухода для родителей ребенка.

Материалы и методы: В ходе работы были проанализированы истории болезни детей с БЭ дерматологического отделения ФГАУ «НМИЦ здоровья детей», использован личный опыт амбулаторного наблюдения новорожденных и детей младшего возраста с БЭ различных форм.

Результаты: В ходе анализа историй болезни выявлены следующие внекожные поражения: отмечается задержка физического и психического развития (90% детей с дистрофической формой (ДБЭ)); развитие анемии (70%) от легкой степени тяжести до тяжелой; гипоальбуминемия и дефицит витамина Д (преимущественно дети с ДБЭ); хронические запоры с формированием мегаколона и энкопреза; основными жалобами детей и их родителей были зуд и боль; вследствие поражения слизистой у детей с ДБЭ частые эрозии роговицы и конъюнктивы, гнойные конъюнктивиты; вследствие поражения слизистой рта и губ формирование микростомии, анкилоглоссии, дисфагия, стеноз пищевода, раннее развитие кариеса; опорно-двигательный аппарат: задержка костного возраста, сколиоз, контрактуры коленных и локтевых суставов, формирование псевдосиндактилии по типу «варежки», мышечная атрофия, отсутствие профилактических прививок.

Выводы: у детей с тяжелыми формами БЭ помимо кожного процесса и как его следствие вовлечены в патологический процесс практически все органы и системы, что требует от докторов мультидисциплинарного подхода в обследовании и лечении этих детей, который на данный момент отсутствует; выявлены дефекты в оказании амбулаторной медицинской помощи (например, необоснованный медицинский отвод от профилактических прививок). Медицинской командой фонда разработаны клинические рекомендации по уходу, ведению, профилактике и лечению основных внекожных проявлений БЭ.

ОЦЕНКА ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ АУТОАНТИТЕЛ ПРИ НАРУШЕНИЯХ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Филиппова Т.А., Самойлова Ю.Г., Олейник О.А., Зима А.П., Будеева С.В.

Сибирский государственный медицинский университет, Томск

Исследование частоты выявления аутоантител при СД 1 типа вызывает большой интерес, поскольку имеются данные о различной их распространенности в зависимости от ряда факторов, к которым относится принадлежность к конкретной этнической группе. Полученные результаты позволяют выявить диагностическую значимость и информативность как отдельных видов аутоантител, так и их комбинаций, а также дифференцировать «иммунные» и

«неиммунные» формы, что определяет профилактическую и терапевтическую стратегии. Целью нашего исследования является изучение распространенности аутоантител у детей и подростков при нарушении углеводного обмена для персонализации терапевтической стратегии.

Материалы и методы: В исследование было включено 86 пациентов с СД1 типа в возрасте от 1 до 18 лет с длительностью заболевания до 8 лет: 15 человек – с длительностью заболевания до 1 года, в т.ч. 7 человек с впервые выявленным СД1 типа, 48 человек – с длительностью заболевания от 1 года до 4 лет и 23 человека – с длительностью заболевания от 5 до 8 лет. Всем пациентам дополнительно к общему обследованию было проведено иммунологическое исследование, включавшее определение аутоантител к цитоплазматическим структурам: ICA, GADA, IA2A, IAA, ZnT8A.

Результаты: У 75 (87%) пациентов выявлены положительные аутоантитела, однако их распространенность и сочетания были различными. Превалировали аутоантитела ZnT8A – у 55 пациентов (64%), из них 58% данные аутоантитела выявлены в возрасте от 1 до 7 лет, 70% – в возрасте 8-14 лет и 60% – в возрасте 15-18 лет. IA2A выявлены у 54 человек (63%), преимущественно в группе от 1 до 7 лет (75%). IAA – у 12 (14%), ICA выявлены у 2 (2,4%) человек, GADA – у 1 пациента (1,2%). Чаще всего встречались комбинации ZnT8A с IA2A. Изолированно ZnT8A выявлены у 16 (18,6%) больных, у которых другие аутоантитела не обнаружены.

Обсуждение: Известно, что развитие диабета тесно связано с определением аутоантител GADA, IA2A, ICA, IAA. Присутствие двух или более видов аутоантител свидетельствует о большей вероятности заболевания, чем присутствие одного вида антител. Недавно в мировой литературе ZnT8A стали рассматривать как перспективный маркер аутоиммунной деструкции β -клеток. ZnT8A обнаружены благодаря работам J. Wenzlau и его соавторов. Группа ученых обследовала 223 пациентов с впервые выявленным СД1, у 62,3% из них в дебюте обнаружены антитела к ZnT8. Как известно, распространенность различных видов аутоантител при аутоиммунном СД довольно сильно различается в разных этнических группах, в отдельных регионах. Распространенность аутоантител зависит также от возраста дебюта заболевания. В частности, по данным литературы, IAA чаще встречаются у детей и значительно реже во взрослом возрасте, в то время как GADA наиболее часто определяются при аутоиммунном СД с поздним дебютом.

Заключение: Таким образом, в проведенном нами исследовании наиболее часто встречаются ZnT8A в комбинации с IA2A. Как видно, определение только GADA и ICA в диагностических целях недостаточно, т.к. встречаются значительно реже и могут служить лишь дополнительными маркерами.

РОЛЬ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ В ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОМ ПОДХОДЕ К ХИМИОТЕРАПИИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПОДРОСТКОВ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Хитева А.Ю., Семенова Л.А., Грецов Е.М.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза», Москва

Актуальность: патоморфологические критерии степеней активности туберкулезного воспалительного процесса являются одними из основополагающих при назначении химиотерапевтических препаратов в послеоперационном периоде лечения подростков с туберкулезом органов дыхания, осложненных эмпиемой плевры или экссудативным плевритом. Цель: Показать значимость пато-

морфологических критериев степеней активности туберкулезного воспалительного процесса для последующей химиотерапии.

Материал и методы: 10 подросткам с диагнозом туберкулеза, осложненным экссудативным плевритом или эмпиемой плевры была проведена плеврэктомию с последующим патоморфологическим исследованием операционного материала.

Результаты: До оперативного вмешательства оценивали клинические, лабораторные и микробиологические данные активности туберкулеза. Клинические критерии: наличие жалоб легочного характера и симптомов туберкулезной интоксикации. Микробиологические: наличие роста микобактерий туберкулеза (МБТ) в системе ВАСТЕС MGIT-960 из диагностического материала при поступлении (мокрота или смыв с ротоглотки). Лабораторные: наличие воспалительных изменений в гемограмме. На основании полученных данных определены показания к оперативному лечению: у 6 пациентов (60,0%) – эмпиема плевры, у 4 (40,0%) – экссудативный плеврит. У 3 больных операция была проведена экстренно, до начала химиотерапии, а у 7 – в плановом порядке на различных сроках химиотерапии (от 3 до 10 месяцев). На момент проведения операции во всех случаях бактериовыделение отсутствовало. Клинико-лабораторные признаки активности до операции определены у 6 (60,0%) больных, из них у 4 (66,7%) было сочетание клинических и лабораторных признаков активности, а у 2 пациентов (33,3%) были только клинические признаки. В 4 (40,0%) случаях до операции клинические и лабораторные признаки активности процесса отсутствовали. При патоморфологическом исследовании операционного материала у всех пациентов (100%) выявлена активность туберкулезного процесса, но различной степени выраженности: у 4 (66,7%) из 6 пациентов с наличием клинических и лабораторных признаков активности – патоморфологически констатирована выраженная активность воспаления, у 2 (33,3%) – умеренная. 4 больных без признаков активности туберкулеза имели патоморфологически выраженный воспалительный процесс. На основании полученных данных было скорректировано химиотерапевтическое лечение. У 4 пациентов без признаков активности процесса до операции, но с выраженной активностью (с учетом патоморфологического исследования), длительность химиотерапии составила 6 мес. У 6 больных с наличием различных признаков активности туберкулеза до операции и выраженной или умеренной активностью специфического процесса (по данным патогистологического исследования) длительность химиотерапии составила от 9 до 12 мес.

Заключение: таким образом, данное исследование показало, что клинико-лабораторные данные не всегда коррелируются с данными патоморфологического исследования в вопросах оценки степеней активности туберкулезного воспалительного процесса. Патоморфологические критерии степеней активности воспаления являются одними из составляющих и основополагающих критериев, определяющих персонализированный подход к химиотерапии у подростков после оперативного вмешательства, особенно при отсутствии клинических и лабораторных признаков активности процесса до операции.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ЧЛЕНОВ ИХ СЕМЕЙ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Цейтлин Г.Я., Карелин А.Ф., Румянцев А.Г., Никитина Т.П., Ионова Т.И. Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д.Розачева, Москва, Межрегиональный центр исследования качества жизни, Санкт-Петербург

Актуальность: Качество жизни (КЖ) детей с онкологическим заболеванием – важнейший критерий оценки эффекта противоопухолевой

терапии, также может использоваться для определения эффективности реабилитации. Общепринятые диагностические подходы в педиатрии – физикальные, лабораторные, инструментальные исследования – не позволяют получить полное представление о многоплановых изменениях физического, психического и социального функционирования ребенка. КЖ – интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального состояния и социального функционирования здорового или больного индивида, основанная на его субъективном восприятии и/или субъективном восприятии других лиц из его ближайшего окружения.

Цель: Оценить связанное со здоровьем КЖ детей с опухолями головного мозга (ОГМ) и острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ) в состоянии ремиссии, а также их родителей после окончания лечения. Материалы и методы: В исследование включены дети 5 – 17 лет в ремиссии с диагнозом ОГМ (n=87, средний возраст 10,±4,2 года), 52,9% – мальчики; и ОЛЛ (n=82, средний возраст 9,4±3,2 года), 51,2% – мальчики. Обследованы матери детей с ОГМ (n=78, средний возраст 39,0±5,9 лет) и матери детей с ОЛЛ (n=82, средний возраст 37,0±6,6 лет). КЖ исследовали, применяя детскую и родительскую формы вопросника PedsQL™ Quality of Life Inventory, адаптированного и валидированного в России (МЦИКЖ). Вопросник имеет 4 шкалы: Физическое функционирование, Эмоциональное функционирование, Социальное функционирование, Ролевое функционирование (жизнь в школе/детском саду) и 2 индекса: показатель психоэмоционального функционирования и суммарная шкала (общий балл опросника) – числовое выражение КЖ. Родители обследованы с помощью опросника RAND SF-36 по следующим показателям: физическое функционирование (ФФ); ролевое физическое функционирование (РФФ); боль; общее здоровье (ОЗ); жизнеспособность; социальное функционирование; ролевое эмоциональное функционирование; психическое здоровье. Статистическая обработка: парный t-тест или тест Вилкоксона; критерий Манна-Уитни; критерий Фишера (χ^2). Письменное информированное согласие получено от родителей (лиц, их заменяющих) всех пациентов, а также от детей 8 лет и старше. Протокол исследования утвержден Экспертной комиссией и Независимым этическим комитетом Центра.

Результаты: Показатели КЖ у пациентов с ОГМ значимо ниже, чем у пациентов с ОЛЛ, как по оценкам детей, так и родителей. При сравнении показателей КЖ детей с ОГМ и ОЛЛ выявлены различия по всем шкалам опросника, кроме шкалы эмоционального функционирования (ЭФ) и жизни в школе (ЖШ) по ответам детей и по всем шкалам опросника кроме ЭФ по ответам родителей ($p < 0,05$). Однако при оценке КЖ детей с ОГМ и ОЛЛ по суммарному баллу опросника при сроках ремиссии < 5 лет достоверной разницы между группами нет ($p > 0,05$) и только при больших сроках ремиссии (≥ 5 лет) эта разница достоверна ($p < 0,05$). У детей с ОЛЛ, наоборот, с увеличением срока ремиссии имелась тенденция к повышению КЖ. Снижение КЖ с увеличением срока после окончания лечения у детей с ОГМ можно связать с реализацией поздних осложнений тяжелого и длительного лечения, что обосновывает актуальность ранней реабилитации для этой когорты пациентов. Показатели КЖ родителей детей с ОГМ были значительно ниже, чем у родителей детей с ОЛЛ по шкале ФФ ($p < 0,05$), РФФ ($p < 0,05$) и ОЗ ($p < 0,05$). Это соответствует представлению о тяжелом хроническом стрессе, переживаемом членами семьи ребенка с онкологическим заболеванием. Выводы: 1. КЖ детей с ОГМ существенно ниже КЖ детей с ОЛЛ, и эта разница увеличивается с увеличением срока ремиссии. 2. С увеличением срока ремиссии у детей с онкологическими заболеваниями реализуются поздние осложнения специального лечения, что обосновывает необходимость ранней и длительной реабилитации. 3. Низкое КЖ родителей детей с онкологическими заболеваниями обосновывает обязательное включение их в систему реабилитации в онкопедиатрии и организацию социальной поддержки этой когорты.

НАСЛЕДСТВЕННАЯ ТИРОЗИНЕМИЯ 1-ГО ТИПА У ДЕТЕЙ: ПОКАЗАНИЯ К ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Чекляцова Е.В., Монахов А.Р., Мещеряков С.В., Корнилов М.Н., Маломуж О.И., Цирульникова О.М., Готье С.В.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И.Шумакова» Министерства здравоохранения РФ, Москва

Наследственная тирозинемия 1-го типа (НТ1) является редкой наследственной формой патологии обмена веществ, обусловленной нарушением метаболизма тирозина, приводящей, в том числе, и к поражению гепатобилиарной системы, нередко определяющей жизненный прогноз у детей. НТ1 может протекать в острой форме, с развитием фульминантной печеночно-клеточной недостаточности, и хронической, с формированием цирроза печени. Высокий риск неопластического процесса в печени и желчевыводящих протоках. Единственным патогенетическим средством лечения является Нитизинон.

Цель: Определить показания и оптимальные сроки проведения трансплантации печени у детей с наследственной тирозинемией 1-го типа.

Материалы и методы: Трансплантация печени (ТП) была проведена 5 детям с НТ1. Цирроз печени был диагностирован у всех детей, у 4 – компенсированный, в одном случае в стадии декомпенсации (PELD 25). У 4 детей с компенсированным циррозом печени по данным инструментальных методов обследования выявлены очаговые образования печени в возрасте 1 г 7 м (1 очаг), 1 г 10 м (1 очаг), 9 л 10 м (3 очага), 12 лет (множественные очаги, билобарное поражение, инвазия сосудов). Уровень АФП в среднем составил $26237,5 \pm 20525,2$ МЕ/мл, в одном случае – 17,9 МЕ/мл. Все дети получали патогенетическую терапию Нитизиноном. Иммуносупрессивная терапия в посттрансплантационном периоде у 3 детей была представлена ингибиторами кальциневрина (такролимус) в сочетании с глюкокортикостероидами (ГКС) и микофенолатами (МФ) у 2-х детей, в одном случае – такролимус в сочетании с эверолимусом и МФ; 2 ребенка получали такролимус в сочетании с ГКС. Средняя концентрация такролимуса в сыворотке крови $8,7 \pm 1$ нг/мл. Сроки наблюдения $17,6 \pm 16,9$ мес. (45-4 месяца). У одного пациента, ТП которому была проведена в 17 л 11 м (очаговые образования выявлены в возрасте 12 лет), через 3 месяца после оперативного лечения (ТП), отмечалось прогрессирование заболевания (мультиорганные метастазы гепатохолангиоцеллюлярной карциномы).

Результаты: У детей старшей возрастной группы (11 л 8 м и 17 л 11 м, масса тела $49 \pm 12,7$ кг.) проведена трансплантация печени от посмертного донора, родственная трансплантация фрагмента печени выполнена 3 детям младшего возраста (1 г 10 м, 3 г и 3 г 8 м) с массой тела $13,3 \pm 1,5$ кг. Показанием к проведению ТП у 1 ребенка были жизнеугрожающие осложнения цирроза печени; у 4 детей – выявленные очаговые образования нативной печени. По данным патоморфологического исследования в трех случаях диагностированы злокачественные новообразования печени: гепатоцеллюлярная карцинома, холангиокарцинома печени, гепатохолангиоцеллюлярная карцинома.

Выводы: Проведение патогенетической терапии нитизиноном (Орфадин), лечебное питание и низкобелковая диета позволяют улучшить функцию печени, но не исключают риски развития онкологических заболеваний гепатобилиарной системы. Положительное решение вопроса о проведении трансплантации печени должно быть принято у данной категории больных при выявлении очаговых образований в печени вне зависимости от уровня АФП в сыворотке крови в связи с высокой вероятностью наличия неопластического процесса гепатобилиарной системы. Оптимальные сроки проведения

ТП – до развития критических проявлений печеночно-клеточной недостаточности, портальной гипертензии, необратимой задержки психического и физического развития.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЯМ

Чолоян С.Б., Павловская О.Г., Трикоменас Н.Н., Шеенкова М.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России, Государственное автономное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая больница», Оренбург

Согласно ст. 40 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская реабилитация (МР) – комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, МР осуществляется в медицинских организациях (МО) и включает в себя комплексное применение природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов.

Цель: Изучить состояние МР детям в ГАУЗ «Детская городская клиническая больница» г. Оренбург (ДГКБ).

Задачи работы: Изучить организацию и эффективность МР детям в ДГКБ.

Материалы и методы ее выполнения: Данные медицинской информационной системы ДГКБ за 2017 год. Методы статистический и аналитический.

Полученные результаты: В больнице имеется 5 поликлиник, консультативно-диагностический центр, круглосуточный стационар, дневные стационары, отделение МР на 59 коек. В проведении МР участвуют 16 врачей, 40 медицинских сестер, 11 специалистов психологов и педагогов. МР осуществляется в зависимости от тяжести состояния пациента в три этапа: а) первый этап МР осуществляется в острый период течения заболевания или травмы в отделениях реанимации и интенсивной терапии МО по профилю основного заболевания при наличии перспективы восстановления функций реабилитационного потенциала и отсутствии противопоказаний к методам реабилитации – осуществляется в отделении реанимации круглосуточного стационара; б) второй этап МР осуществляется в ранний восстановительный период течения заболевания или травмы, поздний реабилитационный период, период остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения в стационарных условиях МО (отделении реабилитации); в) третий этап МР осуществляется в ранний и поздний реабилитационный периоды, период остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения в отделениях (кабинетах) реабилитации, физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии, мануальной терапии, медицинской психологии, кабинетах логопеда, специалистов по профилю оказываемой помощи МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, а также выездными бригадами на дому. По шкале реабилитационной маршрутизации, созданной на основе шкалы Рэнкина, в ДГКБ лечатся пациенты: 3-5 баллов (выраженные нарушения функции) – в круглосуточном стационаре; 2-3 балла (умеренные и средней степени нарушения) – в отделении реабилитации; 1-2 балла (минимальные и умеренные нарушения) – в пяти поликлиниках ДГКБ.

Число детей, прикрепленных к ДГКБ в 2017 году, было 43397. Из них детей-инвалидов 584. Нуждались в МР 26921 человек. Получили МР 26436. Охват медицинской реабилитацией детей в 2017

году составил 98,2%. Число детей-инвалидов, нуждающихся в МР, было 584. Нуждались в санаторно-курортном лечении 18790. Получили его 5599 человек. Охват санаторно-курортным лечением детей – 29,8%. Число детей-инвалидов, нуждающихся в санаторно-курортном лечении, 524 – 89,8%, а получивших санаторно-курортное лечение 132 – 25,2% от числа нуждающихся. Получили МР в 2017 г. 584 ребенка-инвалида. Из них: в поликлинике – 537, в стационаре – 391. Стационарное лечение в областной детской больнице – 182, в других стационарах области – 355 человек. В реабилитационных центрах области – 184 (31,8%), в стационарах, центрах республиканского значения – 42, в санаториях местного значения 106 человек – 18,3%, в санаториях республиканского значения 26 человек – 4,4%. Получены следующие результаты оздоровления детей-инвалидов в 2017 году. Положительная динамика у 429 детей – 73,5%, без динамики было у 151 детей – 25,9%. Отрицательная динамика отмечена у 4 детей – 0,6%. Выполнено ИПРА у 100% детей-инвалидов. Динамическое наблюдение отмечалось у 100% контингента. Немедикаментозная терапия проведена в 43,2%, а лекарственная терапия в 100%. Протезирование/ортезирование проведено в 0,55% случаев. Реконструктивные операции в 0,55%. Выводы: Таким образом, МР с динамическим наблюдением, с учетом индивидуального подхода к пациенту, позволяет сегодня повысить качество здоровья и качество жизни.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Чолоян С.Б., Павловская О.Г., Шеенкова М.В., Байгазина Е.Н. Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, Государственное автономное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая больница», Оренбург

Согласно Постановлению Правительства Российской Федерации от 5 мая 2018 г. № 555 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения», пункта «к» статьи 37, участниками информационного взаимодействия являются медицинские организации (МО). Единая система взаимодействует с медицинскими информационными системами (МИС) МО.

Цель: Изучить современные возможности МИС в МО на примере ГАУЗ «Детская городская клиническая больница» г. Оренбург (ДГКБ). Задачи работы: Оценить возможности применения МИС в МО с целью управления.

Материалы и методы ее выполнения: Совокупные данные МИС ДГКБ. Методы статистический и аналитический.

Полученные результаты: В ДГКБ МИС существует и развивается в течение 19 лет. На сегодня количество информации в базе данных следующее: пациентов 296 496; записей по экспертизе качества медицинской помощи 5917182; о параклинике 1 088 893; обращений (территориальный фонд ОМС с 2011 года) 2 609 402; запись на прием 3 631 752. Список компонентов программы представлен: АРМ Регистратура; АРМ Врача; АРМ Участкового врача-педиатра; АРМ медицинской сестры врача-педиатра участкового; АРМ Вакцинопрофилактика; АРМ Лаборатория; Ультразвуковая диагностика; Функциональная диагностика; Рентген; АРМ Стационар. История болезней; АРМ Статистика; АРМ Врачебная комиссия; АРМ Врач-эксперт; АРМ Экономист (ФОМС); АРМ Учет затрат. МИС позволяет быстро перейти к следующим данным: персональные данные; план вакцинации; электронная медицинская карта; отправка СМС сообщения родителям пациента; информация об аллергических реакциях; информация по диспансерному учету; информация о

прикреплении; информация о запланированных диагностических и лечебных мероприятиях; информация о текущем нахождении пациента; назначения. Система дает возможность формировать календарь работы врача: список записанных на прием пациентов; список пациентов, которым назначена явка на прием, но пациент не записан на этот день; список пациентов для направления на МСЭ; список пациентов по диспансеризации (здоровые, больные); список зарегистрированных вызовов на дом (для участкового врача-педиатра): переданные от пациента, активы из роддома, активы со станции скорой медицинской помощи, активы от стационара (выписанные пациенты), активы от службы неотложной помощи МО, активы от узкого специалиста. Модуль «Статистика» МИС позволяет делать 1. Формирование базы статистических документов. 2. Внутренний контроль заполнения статистических документов. 3. Реестр финансовых документов. 4. Контроль выполнения плана-задания. 5. Формирование счетов-реестров. 6. Загрузка данных из ФОМС и СМО (МЭК, заказные услуги). 7. Статистические отчеты. В модуле «Статистика» предусмотрена информационная панель счетов-реестров. Панель предназначена для отображения актуальной информации при работе с реестрами счетов. Разделы модуля «Статистика». 1. Амбулатория: – Количество законченных случаев по алгоритму оплаты по должности – Отчет по нозологии по цели и категории сложности – Распределение посещений по виду обращения по Ф.И.О. пациента. 2. Стоматология: – Анализ профилактических посещений. – Общий отчет по Ф.И.О. врача. – Отчет по нозологии по возрастам. 3. Стационар: – Длительность лечения пациентов в стационаре. – Распределение законченных случаев по КСГ. – Распределение пациентов по исходам лечения. – Распределение пациентов по возрастным группам по МКБ X. 4. Неотложная помощь: – Распределение вызовов по поводу обращения по Ф.И.О. – Распределение вызовов по МКБ и исходу. – Распределение вызовов по исходу по Ф.И.О. – Распределение вызовов по поводу обращения... 5. Экспертиза: – Экспертиза качества медицинской помощи по должности – Экспертиза качества медицинской помощи по Ф.И.О. – Отчет о проведенной экспертизе (список пациентов). – Отчет о работе экспертов. 6. Экономист: – Выполнение ТПГГ бесплатного оказания медицинской помощи части средств ОМС. – Отчет о деятельности МО в сфере ОМС (приказ ФОМС № 146 форма. № 1). – Распределение случаев МЭК по финансовым санкциям. – Сведения о работе МО в сфере ОМС (форма 14-мед). 7. Заказные услуги.

Выводы: Таким образом, современные МИС позволяют эффективно управлять медицинской организацией, что формирует новую модель оказания медицинской помощи детям на принципах бережливого производства.

ПИЩЕВАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К ГЛЮТЕНУ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Шапошникова А.Ф., Трфимкина Т.В., Попова Е.С. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения Москвы», Москва

Актуальность исследования: В настоящее время не вызывает сомнений актуальность задач, связанных с лечением и реабилитацией детей, страдающих расстройствами аутистического спектра. Статистические показатели свидетельствуют о росте выявляемости расстройств аутистического спектра. По данным ООН, за последние 30-40 лет в большинстве стран, где ведется статистика данного заболевания, заболеваемость поднялась от 4-5 человек до 50-116 случаев на 10 тыс. детей и составляет в среднем 1%. В последние

годы в литературе активно обсуждается эффективность применения безглютеновой диеты у детей с расстройствами аутистического спектра. Гастроинтестинальные симптомы выявляются у данной группы больных достаточно часто – от 46 до 84% по разным данным (Lakatos P.L. 2011). Некоторые российские авторы отмечают наличие аутистических расстройств в рамках поражений нервной системы у детей с целиакией (Ревнова М.О. 2005). Из уже существующих исследований, посвященных безглютеновой диете, можно сделать вывод, что диета дает положительный эффект в отношении аутистической симптоматики (Millward et al., 2008; Whiteley et al., 2012), однако вопрос о целесообразности специфической диетотерапии у детей с аутизмом сохраняется.

Цель исследования: Оценка целесообразности применения безглютеновой диеты в структуре комплексной медицинской помощи детям с расстройствами аутистического спектра.

Задачи исследования – изучить возможную корреляцию степени выраженности аутистических расстройств у детей с расстройствами аутистического спектра и уровня антител (иммуноглобулинов А и G) к глиадину, которые являются маркерами аутоиммунного ответа на попадание в кишечник глютена. Разработать рекомендации по применению диетотерапии (безглютеновой диеты) у детей с расстройствами аутистического спектра.

Материал и методы исследования: Исследование было проведено на базе острого психиатрического отделения для детей дошкольного возраста ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» в 2017 году. В исследовании участвовало 100 детей в возрасте от 4 до 7 лет, 9 девочек и 91 мальчик. Количество детей с расстройствами аутистического спектра – 51 чел., 49 чел. составляли контрольную группу, представленную другими нарушениями психического развития – умственная отсталость различной степени выраженности, а также задержка интеллектуального и речевого развития. Диагноз «детский аутизм» был выставлен на основании клинико-психопатологического обследования и верифицирован по методике ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule, Lord et al). Степень выраженности аутистических расстройств была оценена с помощью методики CARS (Childhood Autism Rating Scale, Schopler et al). В процессе исследования у всех детей был взят анализ крови на наличие антител к глиадину (иммуноглобулины G и A), в дальнейшем проведен анализ корреляции между показателями тяжести аутистических расстройств и уровнем антител к глиадину. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием статистического программного пакета STATISTICA 6, а также Excel XP.

Полученные результаты: Повышение антител к глиадину по сравнению с референсными значениями отмечалось у 37 детей из общей выборки. Преобладающее количество при этом составили дети с расстройствами аутистического спектра (28 чел., 75,7%). Следует отметить, что наиболее высокое значение антител к глиадину (IgA – 100 ед/мл, IgG – от 37 до 57 ед/мл) было выявлено у 6 детей с аутистическими расстройствами наиболее тяжелой степени выраженности. При анализе взаимосвязи показателей выраженности симптомов актизма и уровня антител к глиадину, была выявлена достоверная корреляционная связь $p < 0,001$ ($r_s = 0,652$).

Выводы: 1. Выявлена заметная корреляционная связь между степенью тяжести аутистических расстройств и уровнем антител к глиадину, что может свидетельствовать о наличии связи между глютеновой энтеропатией и аутистическими расстройствами. 2. Безглютеновая диета может быть рекомендована детям с расстройствами аутистического спектра только при наличии повышения уровня антител к глиадину. 3. Целесообразно включение исследования уровня антител к глиадину в стандарт обследования детей с аутизмом.

МАНИФЕСТАЦИЯ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗОВ У ДЕТЕЙ, ДИАГНОЗЫ-«МАСКИ»

*Шенец С.Г., Кувшинников В.А., Болбас А.Г., Змитрович А.И.
Белорусский государственный медицинский университет,
городская детская инфекционная клиническая больница, Минск*

Онкологическая заболеваемость детей и подростков в РБ в настоящее время растет со среднегодовым темпом прироста 1,52-2,35% в год. В структуре детской онкопатологии острые лимфобластные лейкозы (ОЛЛ) занимают лидирующую позицию. Вопросы ранней диагностики острых лейкозов (ОЛ) сложны ввиду того, что первичные клинические симптомы скрываются под «масками» других заболеваний, в том числе инфекционных. Исходя из этого, изучение начального периода ОЛ, а также формирование онкологической настороженности приобретает важное практическое значение для врачей педиатров.

Цель исследования: Изучить особенности клинико-лабораторных синдромов ОЛ у детей в период манифестации заболевания с выявлением диагнозов-«масок».

Материал и методы: Проведен анализ клинико-анамнестических и лабораторных данных у 20 детей в возрасте от 0 до 15 лет, находившихся на лечении в городской детской инфекционной клинической больнице г. Минска в период с 2008 по 2007 год, которым впервые был выставлен диагноз «ОЛ».

Результаты: Средний возраст обследованных детей составил 5,2±3,5 года. Пик заболеваемости пришелся на возраст 2-4 года. Распределение по полу: мальчики – 11 (55%), девочки – 9 (45%). ОЛЛ был диагностирован у 18 пациентов (90%), из них В-клеточный тип у 78%, пре-В-тип у 17%, Т-клеточный тип – у 5%. На долю острого миелобластного лейкоза пришлось 2 случая (10%). В клинической картине начального периода заболевания наблюдались синдромы: гипертермический – у 18 детей (90%), анемический – у 16 (80%), астенический (выраженная слабость) – у 15 (75%), гепатолиенальный – у 14 (75%), болевой (в виде оссалгий) – у 9 (45%), лимфолиферативный – у 6 (30%); катаральный – у 6 (30%), диспептический – у 6 (30%), геморрагический – у 3 (15%). Были выявлены патологические изменения в гемограмме у обследованных детей: ускоренное СОЭ (скорость оседания эритроцитов) – у 84%, анемия – у 80%, нейтропения – у 75%, лимфоцитоз – у 75%, лейкоцитоз – у 70%, тромбоцитопения – у 55%, лейкопения – у 20%. У 60% детей в периферической крови были выявлены бластные клетки (28,6%±10,8%), что позволяло сразу установить диагноз и перевести ребенка в профильный стационар. У 40% пациентов бластные формы в гемограмме отсутствовали, что свидетельствует о ранней диагностике и, безусловно, улучшает прогноз заболевания. В биохимическом исследовании крови обследованных детей была выявлена ферментемия. Высокий уровень ЛДГ и ЩФ был установлен у 80% пациентов, АсАТ – у 45%, АлАТ – у 20%. В результате исследования были также установлены диагнозы-«маски» ОЛ у детей: ОРИ (у 75%), пневмония (у 15%), артрит (у 15%), ОКИ (у 15%), инфекционный мононуклеоз (у 10%), инфекция мочевой системы (у 10%), ангина (у 5%), гепатит (у 5%), гастрит (у 5%). Длительность диагностического периода в инфекционном стационаре составила 5,8±1,17 дней.

Выводы: 1. ОЛ у детей характеризуется полиморфизмом неспецифических симптомов. Манифестация ОЛ чаще всего протекает под масками других заболеваний: ОРИ, пневмонии, артрита, ОКИ, инфекционного мононуклеоза, инфекции мочевой системы. 2. Важное практическое значение в ранней диагностике ОЛ приобретает выявление ведущих клинических синдромов, гематологических сдвигов в периферической крови, а также ферментемии в биохимическом исследовании крови. 3. Во всех сомнительных случаях ребенку необходимо проводить пункцию костного мозга и консультировать у онкогематолога.

ОЦЕНКА ПИЩЕВОГО СТАТУСА ШКОЛЬНИКОВ С АНЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

*Шенец С.Г., Кувшинников В.А., Вязова Л.И., Башлакова А.Н.
Белорусский государственный медицинский университет, Минск*

Многочисленные эпидемиологические исследования, проводимые в последние годы в различных странах, выявили взаимосвязь между пищевым рационом и возникновением ряда хронических неинфекционных заболеваний. Большая подверженность детского организма заболеваниям, связанным с дефицитом микронутриентов, обусловлена распространенными у них гиповитаминозами, свидетельствующими о недостаточности обменного пула витаминов и микроэлементов, его быстрой истощаемости в период ускоренного созревания и роста на фоне неадекватного поступления с пищей. Анемия является наиболее распространенной недостаточностью алиментарной природы.

Цель исследования: Изучить фактическое питание и режим питания школьников с анемическим синдромом на современном этапе. Материал и методы: Анализ фактического питания проводили анкетно-опросным методом воспроизведения 24-часового питания в течение 3 непоследовательных дней у 88 школьников г. Минска с анемическим синдромом в возрасте 7-15 лет. 1 группу составили 30 детей 7-11 лет, 2 группу – 58 подростков 12-15 лет. Содержание пищевых ингредиентов в рационах питания проводили расчетным методом с использованием специальных таблиц химического состава пищевых продуктов и готовых блюд с учетом потерь при тепловой и кулинарной обработке. Полученные результаты сравнивались с рекомендуемыми нормами потребления (РНП) пищевых ингредиентов для соответствующих возрастных групп.

Результаты: Анализ фактического питания детей с анемическим синдромом в возрасте 11-15 лет позволил выявить недостаточное содержание в рационах белков (1 гр. – 67% от РНП; 2 гр. – 72%) и углеводов (1 гр. – 73%; 2 гр. – 84%), чем была обусловлена также и недостаточность энергетической ценности данных рационов, которая составила 73% от РНП у детей 7-11 лет и 87% у подростков 12-15 лет. Установлено также недостаточное содержание в рационах школьников некрахмальных полисахаридов (НКП) (1 гр. – 21% от РНП; 2 гр. – 28%) и клетчатки (19% и 24% соответственно), средние величины потребления НКП в анализируемых группах не превышали 7 г в сутки, а клетчатки 9 г в сутки, что свидетельствует о значительном дефиците в рационах питания овощей, фруктов и цельнозерновых продуктов. В результате исследования выявлен также дефицит целого ряда витаминов и микроэлементов (МЭ), принимающих участие в гемопоэзе. Однако содержание жиров в рационах школьников превышало РНП (106% и 140%). Избыток сахарозы и жиров вытесняют из рациона другие источники энергии, имеющие питательную ценность (белки, сложные углеводы), а следовательно, приводят к дефициту водорастворимых витаминов и МЭ. Анализ содержания различных форм железа в суточных рационах питания школьников с анемическим синдромом выявил значительную частоту низкого потребления общего железа с пищей (60% и 50% от РНП) и показал, что удельный вес потребления гемового железа за счет мясных продуктов и рыбы невелик и составляет менее 40% от общего потребления железа. Следовательно, основную долю этого МЭ школьники потребляли в виде негемового железа, усвоение которого существенно затруднено и зависит от различных ингибирующих факторов. Наше исследование также показало, что режим питания у 72,7% обследованных школьников не соответствует возрастным особенностям, имеет отклонения от физиологически обоснованных регламентов, таких, как пониженная кратность питания (77,3%),

перерывы между приемами пищи 5-8 часов и более (86,4%), пропуск приемов пищи (68,2%), что приводит к понижению частоты потребления основных продуктов (блюд) и снижению уровня пищевого статуса.

Выводы: Сформировавшееся на современном этапе пищевое поведение детей школьного возраста не обеспечивает оптимального поступления микронутриентов и энергии с пищевыми рационами, приводит к снижению уровня пищевого статуса и является фактором риска развития анемических состояний.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ ЦИФРОВОГО ТОМОСИНТЕЗА В ДИАГНОСТИКЕ МЕТАФИЗАРНЫХ ПОРАЖЕНИЙ У ДЕТЕЙ

Шолохова Н.А., Ганиева А.М.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения РФ, Москва, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая больница Святого Владимира» Департамента здравоохранения Москвы, Москва

Изучены потенциальные возможности применения методики цифрового томосинтеза в оценке изменений костной ткани при поражениях метафизов трубчатых костей различной этиологии. Были анализированы результаты обследования 95 детей с различными жалобами за период с 2009 г. по 2017 г., среди которых выявлены следующие группы заболеваний: воспалительные; рахит и рахитоподобные; опухоли и опухолеподобные. По данным рентгенографии, выполненной всем пациентам, костные изменения определялись в 55% случаев. Ультразвуковое обследование проводилось в 38% случаев. Дополнительные лучевые методы, такие, как мультисрезовая компьютерная томография и магнитно-резонансная томография, выполнялись при необходимости в 22,5% и 5% случаев соответственно. Средняя лучевая нагрузка при РГ составила 0,08 мЗв, при МСКТ – 2 мЗв. Тем пациентам, у которых были выявлены изменения на рентгенограммах, для уточнения характера изменений костной ткани использована методика цифрового томосинтеза со следующими техническими параметрами: фокусное расстояние – 100 см; угол отклонения трубки – 35 градусов; интервал между срезами – 4 мм; ток рентгеновской трубки – 200 мА; напряжение – 81 кВ; размер кадра – 30×40 см, средняя лучевая нагрузка – 0,2 мЗв. В результате в ходе обследования в 92% случаев были выявлены дополнительные изменения, а именно: очаги деструкции костной ткани, очаги по типу «матового стекла» с четкой локализацией, формой, размерами, структурой и контурами, не выявленные ранее при проведении стандартной рентгенографии. Данные, полученные с помощью томосинтеза, оказались достаточно информативными для выбора адекватной тактики ведения пациента. Методика томосинтеза расширяет возможности рентгеновского метода исследования. Является ведущей уточняющей рентгенодиагностической технологией у пациентов с метафизарными поражениями трубчатых костей у детей, учитывая ее высокую информативность и относительно низкие (сопоставимые с традиционной рентгенографией) уровни лучевой нагрузки.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УСЛОВИЯХ ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА

Шульга М.А., Леднев С.А., Панина О.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко» Министерства здравоохранения России, Бюджетное учреждение здравоохранения Воронежской области «Областная детская клиническая больница КБ №1», Воронеж

Актуальность: Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) – ведущая причина смерти населения Российской Федерации (РФ). Это обусловлено особенностями образа жизни, большого количества факторов риска в условиях крупного промышленного города, старением населения.

Цели и задачи исследования: Изучить распространенность основных модифицируемых и немодифицируемых факторов риска ССЗ у студентов 1 и 6 курсов ВГМУ им. Н.Н. Бурденко.

Материал и методы: На добровольной основе в анонимном анкетировании приняли участие студенты 1 и 6 курсов. Всего обследовано 194 человека (43 – студенты 1 курса и 121 – 6 курса соответственно). Результаты: Из 43 обследованных студентов 1 курса (средний возраст – 18,3 лет) выявлено 30 человек (69,7%) с различными факторами риска ССЗ. Из студентов 6 курса проанкетировано 121 человек (средний возраст – 23,3 года). Выявлено 70 человек (57%) с наличием факторов риска (ФР). В группе с выявленными ФР: курят на 1 курсе – 47% юношей, 7% – отказались от этой вредной привычки. Среднее количество выкуриваемых ежедневно сигарет составляет 4,2. Стаж курения у большинства – около 1 года. Отцы курят у 80% из них. 33% девушек выкуривают до 5 сигарет в день, стаж курения – 1 год. У 67% из них курят отцы. На 6 курсе курят 60% юношей, бросили – 20%. Стаж табакокурения – 4 года, количество сигарет – в среднем 5,4 в день (от 1 до 15). Отцы курят у 48% из них. 11% девушек, бросили – 20%. Стаж курения – 5 лет, выкуривают около 7 сигарет в день (от 3 до 10). Отцы курят у 77%. Регулярно употребляют алкоголь на 1 курсе 73% юношей, причем впервые пробыли в 13 лет. Наиболее часто употребляемыми напитками названы пиво и коньяк. Среди девушек группы риска употребляют алкоголь 60%, средний возраст впервые попробовавших спиртные напитки – 15 лет. Девушки отдают предпочтение пиву и вину. На 6 курсе эпизодически (1-2 раза в месяц) употребляют алкоголь 73% юношей. Возраст первого употребления алкогольных напитков – 15,5 лет (от 8 до 18 лет). Самые распространенные напитки – пиво, водка, коньяк. Среди обследованных девушек редкое употребление алкоголя отмечают 62%. Впервые попробовали алкоголь в среднем в 17 лет (от 9 до 20 лет). Самыми часто употребляемыми напитками являются – пиво, вино. Избыточная масса тела (индекс массы тела >25) выявлена у 13% юношей и 40% девушек первого и у 24% юношей и 11% девушек шестого курса. Среди факторов риска – измеряли артериальное давление (АД) у студентов. Согласно опроснику, первокурсники за уровнем АД следят в 33% случаев, причем у 7% юношей и у 40% девушек бывают ситуационные повышения до 140/90 мм рт.ст. Близкие родственники страдают гипертонической болезнью (ГБ) у 90% студентов. На 6 курсе следят за уровнем АД 40% студентов, причем у 4% юношей и у 22% девушек бывают ситуационные повышения. У 85% из них ГБ страдают близкие родственники. Результаты оценки госпитальной шкалы уровня тревоги и/или депрессии показали, что из 30 студентов 1 курса с выявленными факторами риска отмечена субклинически выраженная тревога у 76%, из 60 студентов 6 курса – у 36%. Субклинически выраженная депрессия – у 33% студентов 1 курса и у 43% – 6 курса. У больших

ИБС субклинически выраженная тревога выявлена в 77%, субклинически выраженная депрессия – у 42%.

Выводы: 1. Отмечено высокое распространение факторов риска сердечно-сосудистой патологии у студентов как первого, так и шестого курсов. 2. На шестом курсе количество студентов, бросивших курить, больше, чем на первом. Возможно, это связано с активной борьбой с курением, которая уже несколько лет проводится в ВГМУ им. Н. Н. Бурденко. 3. У первокурсников лиц с субклинически выраженной тревогой и депрессией больше, чем у выпускников. Возможно, это связано с постепенной адаптацией студентов к учебе в университете. 4. Анализируя количество ФР студентов, можно предположить, что лица в молодом возрасте с большой долей вероятности имеют риск развития заболеваний сердечно-сосудистой системы в более зрелом возрасте. Это говорит о необходимости усиления пропаганды здорового образа жизни среди студентов.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ ЛАРИНГИТОВ У ДЕТЕЙ

Шульга М.А., Леднева В.С., Панина О.А., Литвиненко О.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко» Министерства здравоохранения России, Бюджетное учреждение здравоохранения Воронежской области «Областная детская клиническая больница КБ №1», Воронеж

Актуальность: Острые ларингиты занимают ведущие места в структуре инфекционной заболеваемости детей. Причиной возникновения острого ларингита являются вирусы, а также инфекции, возбудители которой постоянно сапрофитируют в гортани и легко активизируются под влиянием ряда эндогенных и экзогенных факторов. К эндогенным факторами относятся: хронические очаги воспаления: хронический фарингит, гнойный синусит, хронический тонзиллит, нарушения носового дыхания (искривление носовой перегородки, хронический гипертрофический ринит и т.д.). Особую группу представляют дети с острым ларингитом, протекающим на фоне дисплазии соединительной ткани (ДСТ). ДСТ снижает резистентность организма к различным возбудителям и предрасполагает к хронической патологии внутренних органов, в том числе дыхательной системы.

Цель: Изучение клинических и лабораторных особенностей острых ларингитов у детей на фоне дисплазии соединительной ткани.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 105 детей (62 мальчика и 43 девочки) в возрасте от 1 года до 4 лет, получавших лечение в БУЗ ВО ОДКБ №2 г. Воронежа. У всех детей в приемном отделении был поставлен диагноз: острый инфекционный ларингит. Все больные были разделены на несколько групп по вариантам течения. 1 группа – 30 человек с острым ларингитом, протекавшим без стеноза гортани; 2 группа – 36 детей, имевших острый ларингит со стенозом гортани, возникший впервые; 3 группа – 39 больных с рецидивирующим стенозирующим ларингитом. Достоверных различий по возрастному показателю и полу между группами не было. Результаты и обсуждение: Данные лабораторного исследования выявили, что этиологическим фактором у всех детей являлась вирусная инфекция. У детей всех групп преобладали вирусы парагриппа 1 и 3 типов (67%), реже выделялись вирусы гриппа А и В (16%), аденовирус (14%), респираторно-синциальный вирус (3%). Бактериальных возбудителей не было обнаружено ни у одного ребенка. Анализ степени выраженности дисплазии соединительной ткани выявил следующие закономерности. В первой группе признаки легкой ДСТ были выявлены у 3 больных (8,3%). Во второй группе легкая степень ДСТ имела место у 9 детей (25%), средней

степени – у 5 пациентов (13,8%). Признаки легкой ДСТ отмечались в третьей группе у 20 больных (51,3%), средней тяжести – у 15 ребенка (39,2%). Тяжелые формы ДСТ не были выявлены ни в одной из групп. У всех детей с ДСТ отмечался более длительный период лечения по сравнению с детьми, не имеющими признаков изменения соединительной ткани: в 1 группе прием препаратов требовался на 2,5–0,3 дня больше, во 2 и 3 группах этот показатель был увеличен на 4–5 дней. Особенно торпидное течение было отмечено у 8 детей (22,2%) второй группы и 15 детей (39,2%) третьей группы, которые имели наряду с симптомами ДСТ, лимфатический диатез и повышенный уровень IgE. Клинические проявления сохранялись ларинготрахеита у этих детей сохранялись на 6–0,4 дня больше. Выводы: Наиболее частой причиной острых ларингитов у детей с ДСТ является вирус парагриппа 1 и 3 типов. Наличие ДСТ, лимфатико-гипопластического и атопического диатезов увеличивает период лечения острых ларингитов у детей.

СТРЕПТОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ У ЧАСТО ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Якимович Н.И., Мирутко Д.Д., Салих Е.П.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Детей, подверженных частым острым респираторным заболеваниям, принято называть часто болеющими детьми (ЧБД). К часто болеющим относят детей в соответствии с инфекционным индексом (ИИ), определяемым как отношение всех случаев ОРЗ за год к возрасту ребенка. У часто болеющих детей ИИ составляет от 1,1 до 3,5. У редко болеющих детей от 0,2 до 0,3.

Цель: Определить частоту носительства стрептококковой инфекции в зева у часто длительно болеющих детей.

Актуальность: Частые длительные заболевания у детей приводят к: 1. нарушению физического развития 2. нервно-психического развития 3. нарушению адекватного иммунного ответа 4. формированию хронических процессов в носоглотке, органах дыхания, сердце, почках.

Задачи исследования: Оценить частоту носительства стрептококковой инфекции в зева у детей группы ЧДБ и их семей двумя методами (Диагностика по антигену с использованием экспресс-систем и определение антител – определение в сыворотке крови титра АСЛ-О). Оценить возможность применения экспресс-теста для определения В-гемолитического стрептококка группы А участковым врачом, без направления пациента в лабораторию. Своевременное выявление

основного возбудителя заболевания позволяет целенаправленно и эффективно проводить лечебно-профилактические мероприятия и существенно снизить риск развития повторных респираторных заболеваний и осложнений.

Материал и методы: Обследовано 140 пациентов (исследуемая группа – 110 детей ЧДБ, контрольная – 30 здоровых детей) в возрасте от 2 до 17 лет Группы были сопоставимы по полу и возрасту. Использовались экспресс-тесты на антигены к В-гемолитическому стрептококку группы А определение в сыворотке крови титра АСЛ-О. Обследованы 20 семей детей из группы ЧДБ на носительство стрептококка. Обследованы 10 семей детей из контрольной группы на носительство стрептококка. Выявлен стрептококк в зева у 39% детей ЧДБ (положительная реакция на проводимый экспресс-тест была у 43 из 110 детей группы ЧД). В группе контроля (здоровые дети) у всех 100% детей стрептококк не определен (экспресс-тесты были отрицательные). У 27 детей из 32 в группе ЧДБ наблюдалось незначительное повышение титра АСЛ-О (203–580 ЕД). У пяти пациентов группы ЧДБ стрептококк был выявлен только экспресс-тестом на антиген, титры АСЛ-О были в пределах нормы. Обследовано 20 семей детей с положительным тестом на В-гемолитический стрептококк группы А, в результате носительство стрептококковой инфекции выявлено в 17 семьях. Обследовано 10 семей детей с отрицательным тестом на В-гемолитический стрептококк группы А, в результате носительство стрептококковой инфекции выявлено не было. С целью санации стрептококковой инфекции 10 детям было назначено в/м введение бициллина-5: 1 раз в месяц в течение 6 месяцев, 33 детям и членам их семьи в возрастной дозировке амоксициллин(кларитромицин) курсом на 7–10 дней. В результате проведенного лечения при контрольном обследовании стрептококк у детей исследуемой группы и членов их семей выделен не был.

Выводы: 1. Часто длительно болеющие дети в 39% случаев имеют носительство стрептококковой инфекции в зева. Данную группу детей необходимо обследовать на наличие В-гемолитического стрептококка группы А. 2. Практическое преимущество имеет применение экспресс-тестов на антиген, т.к. это метод быстрый, точный, малоинвазивный. 3. У детей из группы ЧДБ, имеющих носительство стрептококковой инфекции в зева, выявлено носительство стрептококка в семье в 85% случаев. Необходима санация всех носителей в семье. 4. В группе детей с положительной реакцией экспресс-теста, после санации, при исследовании через год тест отрицательный, среднее количество случаев ОРИ уменьшилось в 2 раза, средняя длительность случая сократилась в 2,1 раза.

ДЕФЕНСИНЫ КАК БИОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ НАРУШЕНИЯ БАРЬЕРНОЙ ФУНКЦИИ КОЖИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ

Богуславская Ю.А., Кочанова В.В., Кудрявцева А.В., Свитич О.А., Жигалкина П.В.

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, Москва

Введение: Дефенсины – это пептиды, обладающие антимикробной активностью и отвечающие за защитную функцию кожных покровов и слизистых оболочек в отношении бактериальных, вирусных и грибковых патогенов. Известно, что нарушения работы врожденного иммунитета и изменение продукции или активности дефенсинов могут приводить к различным кожным заболеваниям, например, к атопическому дерматиту (АД).

Цель работы: Изучить экспрессию генов дефенсинов в кератиноцитах больных АД детей и подростков.

Материалы и методы: В исследовании участвовали 89 детей и подростков в возрасте от 3 месяцев до 17 лет, мальчики и девочки примерно в равных пропорциях (средний возраст 7,1 лет). Были исследованы как острые формы АД (n=44), так и хронические (n=45). Средний балл по шкале SCORAD составил $41 \pm 8,7$ (от 10 до 96). Легкая форма течения по шкале SCORAD составляет менее 20 баллов, средняя форма – 20-40 и тяжелая – более 40. Группа сравнения состояла из 14 детей без какой-либо кожной патологии. Соскобы с кожных покровов брали одновременно с непораженных и пораженных участков до применения местной терапии (190 образцов). В образцах, взятых с кожных покровов (клетки эпителия), для определения экспрессии генов HBD-1,2,3 (человеческие бета-дефенсины типов 1,2,3) и HNP-1 (человеческий нейтрофильный пептид-1) мы использовали метод экстракции РНК, реакцию обратной транскрипции и ПЦР в режиме реального времени. Статистическая обработка данных производилась с помощью StatSoft «Statistica 8.0». Для определения статистически значимых отклонений в исследуемых группах был использован метод Mann-Whitney. Данные представлены в сравнительном анализе с генами «домашнего хозяйства».

Результаты: В поврежденных участках кожи уровень экспрессии конституционального HBD-1, индуцируемых, HBD-2 и HBD-3 снижается в 1,2, 2,98, 1,6 раза соответственно. В непораженных участках кожи HBD-1 снижается в 1,25 раза, а HBD-2 в 1,17 раза. Уровни индуцируемого HBD-3 сравнимы с уровнями его в группе контроля. Экспрессия HNP-1 увеличивается максимально до 4,4 раза в пораженной коже и в 3 раза в непораженных участках кожи. У пациентов с тяжелой АД и АД средней тяжести наблюдалось существенное снижение HBD-2 (1674 и 1000) по сравнению с легкой формой АД, при которой не было отмечено таких изменений (2486). Уровень экспрессии HNP-1 увеличивается от легких форм АД до тяжелых.

Обсуждение: В ходе нашего исследования мы обнаружили, что *St. aureus* с более выраженными патогенными свойствами колонизирует пораженные кожные покровы в большинстве случаев тяжелых форм АД. Также коагулазонегативные стафилококки играют важную роль в развитии АД, а их способность к выработке энтеротоксина определяет их значение в прогрессировании заболевания. Если рассматривать прогрессирование АД от острых до хронических

его форм, то мы можем оценивать обсеменение кожных покровов стафилококком как результат нарушения работы и врожденного иммунитета, и барьерной функции кожи. Таким образом, невозможно получить хороший эффект от наружной терапии, если не проводить эрадикацию стафилококка и не контролировать повторное обсеменение им во время ремиссии АД.

Выводы: Таким образом, существует дисбаланс в экспрессии антимикробных пептидов и в незатронутых участках кожи, и в участках с повреждением при АД. Наиболее выражен дисбаланс в индуцируемом HBD-2. Более того, по сравнению с HBD экспрессия HNP-1 повышается на всей поверхности кожных покровов. Это позволяет косвенно предположить наличие компенсаторных защитных механизмов против бактериальной инфекции. Тяжелые хронические формы АД ассоциированы с ростом экспрессии дефенсинов. Так, можно сделать заключение о необходимости применения наружной терапии на всей поверхности кожи, а не только в зонах поражения, для реализации ее противовоспалительного эффекта и эрадикации стафилококка.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ИНЫЕ ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИЕ СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА

Буромская Н.И., Абрамов А.В.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения Москвы», Москва

Профилактика суицидального поведения – одна из наиболее острых проблем, стоящих как перед медиками, так и перед всем обществом. Так, по данным Росстата, в 2013-14 гг. на 100 тыс. жителей произошло 19,5 случаев завершённого суицида, в 2016 это количество уменьшилось до 15,4 на 100 тыс. населения. При этом 25% от общего количества суицидов в мире совершаются лицами моложе 25 лет. Профилактика суицидального поведения требует комплексного полипрофессионального подхода на всех этапах оказания медицинской помощи. Такие подростки нередко в первую очередь попадают в поле зрения врача-педиатра, хирурга, реаниматолога, токсиколога и др. Профилактическая работа может быть успешной только в том случае, когда все дети, попавшие в стационар общего профиля после суицидальной попытки или на фоне психического заболевания, в том числе страдающие нарушениями пищевого поведения, осматриваются врачом-психиатром. С 2014 года в ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой» работает выездная психиатрическая бригада: специалисты Центра осматривают детей и подростков с ментальными нарушениями, в том числе после суицидальной попытки, находящихся на лечении в многопрофильных больницах города Москвы (ДГКБ им. Н.И. Филатова, ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского, ДГКБ им. З.А. Башляевой, НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, ДГКБ св. Владимира, МДГКБ и пр.). Подавляющее большинство вызовов психиатрической бригады Центра им. Г.Е. Сухаревой связано с суицидальными проявлениями и нарушениями пищевого поведения (РПП). Так, за первый квартал 2018 года было осуществлено 93 выездных консультации, 68 из которых были сопряжены с суицидальными попытками, 10 – с РПП (в 2016 было осуществлено 73 выезда, в 2017 – 181 выезд).

В подавляющем большинстве случаев даже после первой беседы с пациентом удавалось установить, что проблемы с психоэмоциональным состоянием существовали многие месяцы, а в некоторых случаях годы, до совершения жизнеугрожающих действий, однако ребенок не попадал в поле зрения психиатров. Нередко у таких детей, находясь в соматическом стационаре, сохраняются аффективные и другие (галлюцинаторные, бредовые) психические расстройства, которые могут оказаться опасными как для самого пациента, так и для окружающих. В такой ситуации после стабилизации соматического состояния необходимо лечение в психиатрическом стационаре. В таких случаях врач-психиатр из выездной бригады может рекомендовать лечение во время пребывания в соматическом стационаре, оговорить целесообразность последующего перевода в психиатрическую больницу или рекомендовать обращение к специалисту по месту жительства после выписки. Однако решение вопроса о вызове выездной бригады зависит от лечащего врача-педиатра: от уровня его подготовленности, информированности, компетентности, отсутствия страха перед обращением к коллеге-психиатру. При общем физикальном осмотре врачу-педиатру в первую очередь следует обращать внимания и активно расспрашивать пациента о выявляемых нарушениях целостности кожных покровов – самопорезы, самоожоги, линейные царапины, следы от самокусков, чаще всего локализующиеся в области предплечий, передней поверхности бедер, живота, грудной клетки. Выявление вышеуказанных признаков, короткий опрос пациента (уточнение эмоционального состояния, расспрос о планах на будущее), сбор объективных анамнестических сведений у родственников позволяют своевременно направить ребенка на консультацию в психиатрическую службу, тем самым существенно снижая риски суицидальных попыток. Для пациентов с нарушениями пищевого поведения необходимо в первую очередь оценить индекс массы тела (ИМТ) согласно перцентильным таблицам, рекомендуемым ВОЗ. Пациента с выявленным дефицитом массы тела целесообразно опросить о режиме питания, отношении к своей внешности, уточнить у родителей особенности режима питания и физической нагрузки ребенка, обратить внимание на их внезапные и беспричинные изменения; повышенную утомляемость, вялость, обморочные состояния. Диагностически значимыми являются нарушения менструального цикла, патология ЖКТ, развивающиеся на ранних этапах ограничения в питании. Таким образом, эффективность наших действий по сохранению жизни и здоровья детей, в особенности с суицидальными тенденциями или иными опасными для жизни состояниями, зависит от комплексного подхода с участием команды высококвалифицированных специалистов, постоянно обменивающихся информацией друг с другом.

ВОЗБУДИТЕЛИ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ И ИХ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИМИКРОБНЫМ ПРЕПАРАТАМ

Козловский А.А.

Гомельский государственный медицинский университет, Гомель

Введение: Одной из актуальных медико-социальных проблем являются инфекции мочевой системы в детском возрасте, лечение которых зависит от своевременной диагностики заболевания и рациональной антибактериальной терапии. К сожалению, антибактериальный препарат часто назначается эмпирически, до получения результатов микробиологического исследования (до 4-5 суток), хотя адекватная этиотропная терапия возможна только с учетом чувствительности микроорганизмов. Для оказания медицинской

помощи пациентам с патологией мочевой системы в нашей стране в 2005 году были разработаны клинические протоколы диагностики и лечения. Однако, на наш взгляд, данные рекомендации требуют пересмотра в силу постоянно меняющейся структуры возбудителей и их чувствительности к антибактериальным препаратам, а также в связи с появлением на фармацевтическом рынке новых эффективных препаратов.

Идея: Изучение этиологической структуры микробно-воспалительных заболеваний мочевой системы у детей позволит своевременно назначить адекватную антибактериальную терапию.

Цель: Изучить этиологическую структуру инфекции мочевой системы у детей Гомельской области и предложить стартовую антибактериальную терапию с учетом чувствительности микроорганизмов. **Материалы и методы:** Нами проанализировано 100 историй болезни детей за 2017 год на базе детского нефрологического отделения учреждения «Гомельская областная клиническая больница». Выделено 2 группы: 1-я – 22 мальчика (22,0%), 2-я – 78 девочек (78,0%). Всем пациентам проведен посев мочи на микрофлору и определение чувствительности к антибиотикам по стандартной методике.

Результаты обсуждения: Средний возраст обследованных девочек составил $11,35 \pm 0,21$ года, мальчиков – $10,76 \pm 0,74$ года. В структуре микробно-воспалительных заболеваний мочевой системы преобладали: хронический пиелонефрит (53,0%), инфекция мочевой системы (37,0%), острый пиелонефрит (10,0%). Основными этиологическими агентами инфекции мочевой системы у мальчиков были *Escherichiacoli* (36,4%), *Enterococcusfaecalis* (27,3%), *Staphylococcushaemolyticus* (13,6%), *Proteusmirabilis* (13,6%) и *Klebsiellapneumoniae* (9,1%). Грамотрицательная флора у мальчиков встречалась достоверно чаще, чем грамположительная (86,4% и 13,6% соответственно; $p=0,0082$). Этиологическая структура воспалительных заболеваний мочевой системы у девочек представлена следующими возбудителями: *Escherichia coli* (43,6%), *Staphylococcus epidermidis* (14,1%), *Enterococcus faecalis* (11,6%), *Proteus mirabilis* (10,3%), *Staphylococcus haemolyticus* (5,1%), *Klebsiella pneumoniae* (5,1%), *Staphylococcus saprophyticus* (3,8%), *Candida* (3,8%) и другие (2,6%). Грамотрицательная флора у девочек обнаруживалась достоверно чаще, чем грамположительная (77,0% и 23,0% соответственно; $p<0,001$). При определении чувствительности бактерий к антибактериальным препаратам установлено, что у многих детей независимо от пола выделенные микроорганизмы были устойчивыми к пенициллинам (пенициллин, оксациллин), защищенным пенициллинам и цефалоспорином I поколения (цефазолин). Это значит, что названные средства, рекомендуемые в общепринятом протоколе лечения, не оказывают должного влияния на возбудителя инфекции и не дают ожидаемого результата лечения. Наиболее чувствительными возбудителями мочевой инфекции оказались к цефалоспорином III-IV поколения (цефтриаксон, цефоперазон, цефепим и др.), аминогликозидам (амикацину), нитрофурантоину, кларитромицину, ванкомицину, карбапенемам (имипенем, меропенем), фторхинолонам (ципрофлоксацин, офлоксацин). На основании этого считаем более предпочтительным назначение данных препаратов при отсутствии или невозможности проведения микробиологического исследования мочи.

Выводы: Инфекционно-воспалительные заболевания мочевой системы у детей характеризуются этиологической мультифакторностью. По-прежнему лидирующую роль в этиологии инфекций мочевой системы у детей Гомельской области играют грамотрицательные бактерии (*Escherichia coli*, *Enterococcus faecalis*, *Proteus mirabilis*). Анализ антибиотикограммы показал разный уровень чувствительности бактерий к антибактериальным препаратам, в том числе устойчивость по отношению к наиболее распространенным и широко используемым в амбулаторной педиатрической практике лекарствам (пенициллины, защищенные пенициллины, цефалоспорины

I поколения). В связи с этим для эффективного лечения инфекции мочевой системы у детей требуется обязательное определение инфекционного агента и его чувствительности к антибактериальным препаратам в первые дни заболевания.

ОЦЕНКА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВИТАМИНОМ D ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОРОДЕ ГОМЕЛЕ

Козловский Д.А.

Гомельская областная клиническая больница, Гомель

Введение: В настоящее время установлено, что витамин D не только принимает участие в фосфорно-кальциевом обмене (кальциемический эффект), но и выполняет важные некальциемические функции в организме человека. Исследования последних лет указывают на необходимость поддержания нормального уровня витамина D в сыворотке крови не только для достаточной минерализации костей, но и для правильной работы иммунной системы и профилактики респираторных, аллергических и аутоиммунных заболеваний, нарушающих социальную адаптацию ребенка.

Идея: Недостаточный уровень витамина D в сыворотке крови у детей раннего возраста в г. Гомеле требует проведения масштабных исследований в Республике Беларусь и изменения подходов к назначению профилактических и лечебных доз витамина D.

Цель: Изучить обеспеченность витамином D детей раннего возраста, проживающих в городе Гомеле (Беларусь).

Материалы и методы: С августа 2016 по май 2017 года на базе Гомельской центральной городской детской клинической поликлиники обследовано 77 детей (40 мальчиков и 37 девочек) в возрасте от 1 до 3 лет (средний возраст – 14,13±0,78 месяца), из них 43 ребенка в возрасте от 3 до 12 месяцев, 23 – в возрасте от 1 до 2 лет, 11 детей – в возрасте от 2 до 3 лет. Определение 25(OH) D в сыворотке крови проводили методом хемилюминисцентного иммуноанализа. Обеспеченность витамином D оценивали на основании следующих критериев: нормальным считали содержание 25(OH)D в пределах 30–80 нг/мл, 20–30 нг/мл соответствовали недостаточности, 10–19 нг/мл – дефициту, а менее 10 нг/мл – тяжелой дефициту витамина.

Результаты обсуждения: Только на первом году жизни все дети (независимо от вида вскармливания) получали профилактическую дозу витамина D (Аквадетрим или Вигантол) – 500 МЕ. Однако при осмотре у всех пациентов до одного года выявлялся рахит легкой или средней степени тяжести, что может быть связано с недостаточной профилактической дозой витамина D3. Исследование содержания метаболита витамина D у детей первого года жизни показало следующее среднее значение – 38,26±2,48 нг/мл (11,4–82,7 нг/мл). У 62,8% детей выявлены нормативные значения 25(OH)D (среднее значение – 48,3±2,53 нг/мл). Несмотря на прием профилактических доз, 20,9% детей имели недостаточность витамина D (среднее значение – 25,46±0,9 нг/мл), 16,3% – дефицит витамина D (среднее значение – 16,03±1,25 нг/мл). У детей в возрасте от 1 до 2 лет среднее содержание метаболита витамина D составило 34,31±3,41 нг/мл (4,0–63,7 нг/мл). При этом у 60,9% детей отмечены нормативные значения 25(OH)D (среднее значение – 44,16±2,72 нг/мл), у 21,7% – недостаточность витамина D (среднее значение – 27,28±1,68 нг/мл), у 13,0% – дефицит витамина D (среднее значение – 10,14±4,13 нг/мл). У 1 (4,4%) ребенка диагностирован авитаминоз D (4,0 нг/мл). Исследование уровня 25(OH)D у детей в возрасте от 2 до 3 лет показало сниженное среднее содержание метаболита витамина D – 30,42±2,7 нг/мл (8,4–40,5 нг/мл). Только у 48,9% детей выявлены нормативные значения 25(OH)D (среднее значение – 35,37±2,59 нг/мл). Недостаточность витамина D (сред-

нее значение – 25,65±1,12 нг/мл) имели 28,4% пациентов, дефицит (среднее значение – 12,97±1,46 нг/мл) – 22,7% детей.

Выводы: У детей раннего возраста, проживающих в г. Гомеле, выявлена высокая частота дефицита витамина D различной степени выраженности. Наименьший уровень метаболита витамина D зарегистрирован у детей в возрасте от 2 до 3 лет. Медианные значения 25(OH)D в сыворотке крови были наибольшими в группе детей до 1 года по сравнению с группой от 2 до 3 лет (38,26±2,28 нг/мл и 30,42±2,7 нг/мл; $p=0,037$). Данная ситуация, очевидно, связана не только с географическим положением региона, обуславливающим ультрафиолетовый дефицит, но и недостаточной эффективностью мероприятий по профилактике дефицита витамина. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости разработки и внедрения в практическую медицину региональной программы профилактики, ранней диагностики и коррекции недостаточности витамина D, что позволит снизить риск развития неблагоприятных состояний и предотвратить в будущем значительные прямые и косвенные экономические потери, связанные с временной нетрудоспособностью в результате нарушения функционального состояния организма.

ДИСТАНЦИОННЫЙ МОНИТОРИНГ – НОВАЯ ФОРМА ДОСТИЖЕНИЯ КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА И ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ.

Кошмелева М.В., Самойлова Ю.Г., Олейник О.А., Кобякова О.С.
Сибирский государственный медицинский университет, Томск

Актуальность: На амбулаторном приеме не всегда удается полноценно оценить вариабельность гликемии и ее коэффициенты, а также провести тщательную коррекцию инсулинотерапии из-за нехватки времени у врача. Повышение эффективности оказания медицинской помощи и, как следствие, улучшение компенсации сахарного диабета может быть достигнуто путем внедрения дистанционного наблюдения. С учетом технологического прогресса в медицине использование дистанционных технологий является очень актуальным направлением в наблюдении за пациентами с сахарным диабетом 1 типа.

Цель: Оценить клинико-метаболическую эффективность дистанционного мониторинга детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа.
Материалы и методы: В исследование было включено 80 пациентов с сахарным диабетом 1 типа, в возрасте 8-18 лет (12,6±2,8), которые были распределены на 2 группы: 1 – пациенты, получающие инсулинотерапию в помповом режиме с дистанционным мониторингом (40 чел.). Во 2-ю группу включены больные, получающие терапию в базисно-болюсном режиме (40 чел.). Все пациенты были сопоставимы по возрасту и полу. Обследованные 1 группы дистанционно передавали данные по самоконтролю, проводимой инсулинотерапии и диете врачу для получения рекомендаций, с помощью программы CareLink iPro-2, Guardian (Medtronic, США). Пациенты из второй группы очно посещали врача по месту жительства. Для оценки метаболической эффективности всем пациентам проведен анализ гликированного гемоглобина (HbA1c). С помощью калькулятора EasyGV [<https://www.phc.ox.ac.uk/research/technology-outputs/easygv/>] определялись следующие коэффициенты: среднее значение гликемии (MEAN), стандартное отклонение (SD), индекс длительного повышения гликемии (CONGA), индекс лабильности гликемии (LI), индекс риска гипогликемии (LBGI), индекс риска гипергликемии (HBGI), средняя амплитуда колебаний гликемии (MAGE), M-value, среднечасовая скорость изменения гликемии (MAG). Каждому пациенту в начале и в конце исследования были предложены опросники по «Методам оценки качества жизни (КЖ), связанного со здоровьем и психоэмоционального статуса пациентов» (MOS-SF36) и «Опросник качества жизни у детей и подростков – Диабетический модуль» PedsQL.

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программы IBM SPSS Statistics 20.0.0. Для ненормально распределенных параметров производился расчет квартилей (Me, Q1-Q3). Значимость различий оценивали по U-критерию Манна-Уитни. Значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты: При сравнении гликемии натощак 8.8(8.2-9.7) ммоль/л и перед сном 9.65(8.7-10.9) ммоль/л в двух группах данные показатели имели достоверную разницу ($p=0.001$). Показатель среднего уровня гликемии (в группе 1 – 9.55(7.85-10.65), в группе 2 – 11.1(9.3-13.4)) имели достоверную разницу ($p=0.007$). HbA1c имел достоверное снижение показателей у пациентов 1 группы по сравнению с группой 2 ($\chi^2=-0,450$, $p=0,014$). Так как гликированный гемоглобин не всегда достоверно отражает уровень компенсации, был проведен анализ параметров вариабельности, который был ниже в группе 1 по сравнению с группой 2 SD ($\chi^2=0,022$, $p=0,022$), CONGA ($\chi^2=-0,853$, $p=0,001$), J-index ($\chi^2=-0,504$, $p=0,005$), LBG1 ($\chi^2=-0,451$, $p=0,014$), HBG1 ($\chi^2=-0,053$, $p=0,003$), MAGe ($\chi^2=-0,480$, $p=0,008$), M value ($\chi^2=-0,593$, $p=0,001$). Анализ показателей КЖ показал, что пациенты как 1-й, так и 2-й группы не достигали среднепопуляционных значений, однако абсолютные показатели КЖ больших 1-й группы имели тенденцию к увеличению по сравнению со 2-й группой наблюдения ($p^* < 0,0001$ и $p^* = 0,077$ соответственно).

Выводы: Дистанционный мониторинг пациентов с сахарным диабетом 1 типа является эффективным методом наблюдения и приводит к уменьшению вариабельности гликемии и улучшению компенсации заболевания, а также способствует улучшению качества жизни с поправкой критерия QALY (качественно прожитых лет жизни) на 1,5 года. Протокол исследования одобрен Этическим комитетом ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России (заключение № 5004 от 28.11.2016). Контактные данные: Кошмелева Марина Владиславовна 8-953-923-24-71 mvbulavko@mail.ru

ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ МДГКБ

Лаврова В.С., Кумирова Э.В., Тысячная Е.М.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Морозовская детская городская клиническая больница», Москва

Цель: Ознакомление с организацией оказания медицинской помощи детям с данными патологиями, признанными incurable, в отделении паллиативной медицинской помощи МДГКБ.

Задачи: Оценить и отразить • частоту встречаемости в отделении ПМП детей с данными аномалиями, признанных консилиумом incurable, виды часто встречаемых в стационаре аномалий ЦНС • характер сопутствующих патологий, особенности их течения и варианты исхода этих патологий • основные векторы терапии, необходимые врачи-специалисты • превентивные меры в отношении возникновения осложнений и сопутствующих патологий.

Материалы и методы: Истории болезни пациентов с аномалиями развития ЦНС, госпитализированных в отделение паллиативной медицинской помощи за время его существования, в том числе их электронные эквиваленты на базе системы «медialog»; сравнительный анализ.

Полученные результаты: Дети с врожденными аномалиями ЦНС встречаются довольно редко (менее 10% от общего количества пациентов), из всех пороков развития на долю нервной системы выпадает 90%. В основном это гидроцефалия (в том числе в рамках аномалии Денди-Уокера), микроцефалия, спинномозговая грыжа, аномалия Арнольда-Киари. Также встречаются: анэнцефалия,

энцефаломенингоцеле, врожденные кисты головного мозга, аномалии развития извилин ГМ. У детей с врожденными аномалиями ЦНС в силу их вынужденного положения (лежа) в представленной группе ведущим сопутствующим диагнозом выступила пневмония, в том числе аспирационная, которая зачастую поддается антибактериальной терапии только «антибиотиками резерва», и иногда в исходе имеющей фиброз легкого. Дети с такими аномалиями часто страдают гидроцефалией. Проводится терапия диуретики, разгрузочные вентрикулярные пункции, постановка наружного вентрикулярного дренажа, постановка вентрикулоперитонеального шунта. Также эти дети склонны к констипации и дефициту массы тела вплоть до кахексии, несмотря на адекватно проводимую нутритивную поддержку, в том числе постановку назогастрального зонда, наложение врачами-хирургами гастростомы, что в свою очередь выступает также в качестве профилактики аспирационной пневмонии. Проводится ЛФК, массаж, физиотерапия. Такие дети довольно часто испытывают проблемы с дыханием – дыхательную недостаточность вплоть до III степени, требующие респираторной поддержки в виде кислородотерапии, вспомогательной или искусственной вентиляции легких. По показаниям врачами-оториноларингологами таким детям устанавливается трахеостомическая канюля, с помощью которой достаточно удобно ухаживать за дыхательными путями пациента, тем самым помимо прочего проводя профилактику пневмонии. Часто у детей с аномалиями развития ЦНС отмечаются парезы и параличи конечностей, в 100% случаев отставание в психоречевом и моторном развитии, псевдобульбарный и бульбарный синдромы, судорожный синдром. Правильное позиционирование пациентов помогает профилировать вторичные осложнения в виде пролежней, мацераций кожи, аспираций пищи и слюны. Некоторый процент таких детей заболевает инфекцией мочевыводящих путей, которая успешно лечится по стандартной схеме. Иногда возникает острая задержка мочи центрального генеза, в этом случае проводится катетеризация мочевого пузыря, иногда долговременная. Небольшой процент таких детей в исходе госпитализации выписывается по месту жительства, дети родителей с московской пропиской прикрепляются к Кабинету паллиативной медицинской помощи, имеющемуся на базе МДГКБ. В случае исхода в виде клинической смерти пациента ему немедленно оказываются расширенные реанимационные мероприятия в полном объеме. Достаточно велик процент успешных сердечно-легочных реанимаций. Если у ребенка есть родственники, с ними с момента поступления ребенка в отделение регулярно проводятся беседы относительно течения и прогноза заболевания, им оказывается психологическая поддержка, в том числе психологом, имеющимся в штате отделения. Выводы: Дети с аномалиями развития ЦНС, имеющие паллиативный статус, в силу тяжести своего состояния довольно часто госпитализируются по причине возникновения сопутствующих патологий, а также декомпенсации по основному заболеванию. В отделении паллиативной медицинской помощи им оказывается весь комплекс лечебно-диагностических мероприятий, все необходимые консультации врачей-специалистов.

СТРЕМИТЕЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННОГО

Борисенко А.А., Дмитриева К.В., Старостина Л.С., Мелешкина А.В.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Университетская детская клиническая больница №1, Москва

Пациент поступил в УДКБ на второй этап выхаживания (28.02.2018) на 4-й день жизни с диагнозом: Синдром срыгивания и руминации

новорожденного. Церебральная ишемия. Мальчик от I беременности, второй из бихориальной биамниотической двойни. Из семейного анамнеза: Мать 26 лет, соматический и гинекологический анамнез неотягощены. Беременность наступила после проведения ЭКО по причине мужского бесплодия. Течение беременности: 1 и 2 триместр – без особенностей. На 3-м триместре – на сроке 36 недель мать перенесла ОРВИ средней тяжести. Анамнез жизни: Родился на 38-39 неделе гестации путем операции кесарева сечения в связи с тазовым предлежанием первого плода. Околоплодные воды светлые, оценка по шкале Апгар 8/8. Вес при рождении – 2830 г, рост – 50 см. Окружность головы – 35 см, окружность груди – 33 см. Группа крови матери и ребенка А (II), Rh+ положительный. Наблюдалась неонатальная гипогликемия (глюкоза 2,2 ммоль/л). Внутриутробная гипотрофия. Риск реализации ВУИ. Осмотр при поступлении: вес 2650 г, длина 50 см. Состояние средней степени тяжести, обусловленное синдромом срыгивания, умеренными неврологическими нарушениями на фоне внутриутробной задержки развития. Дистоничен с гипотонией. Рефлексы новорожденных вызываются нестойко, быстро истощаются. Тремор подбородка. С первых суток находился в кувезе. Термостабилен: 36.6-36.70С. ЧСС 142 в минуту. ЧД 46 в минуту. SpO2 96-98%. При обследовании: Нейросонография: эхопризнаки умеренного повышения перивентрикулярной экзогенности на фоне структурной незрелости головного мозга. Субэпидимальные псевдокисты с двух сторон. ЭхоКГ: Данных за ВПС нет. Общий анализ мочи: рН 5,5, р-1,005, белок-0.239, эпителий плоский – много, лейкоциты – 0-1-3 в п/зр. Слизь умеренное количество. Общий анализ крови в пределах нормы. Биохимический анализ крови в пределах нормы. В посевах со слизистой зева, кала от 28.02.18. получен *Staphylococcus aureus* – 107, метициллинрезистентный. Анамнез заболевания (наблюдение в УДКБ): С 25.02.18 по 28.02.18 состояние средней тяжести. Питание получал из соски. Плохо усваивал пищу. Наблюдалось медленное сосание и срыгивание. Кожные покровы иктеричные на бледно-розовом фоне, чистые. Мышцы дистоничны. Рефлексы вызываются, истощаемы. Живот мягкий, безболезненный, вздут. Перистальтика активная. Стул переходный. Моча светлая, диурез адекватный. С 27.02.18 получал амоксицилин (риск реализации ВУИ). 28.02.18 отмечается активное сосание из соски, питание усваивает, не срыгивает. Стул переходный, желто-зеленый, 2 раза за сутки. 01.03.18 состояние ухудшилось, тяжелое. Симптоматика развивалась в течение дня: 12.00 – отказался от питания, из соски высосал 3 мл, была произведена установка гастрального зонда. Питание введено болюсно. 15.00 – обильное срыгивание слизью с примесью желчи. Отмена энтерального питания. Полное парентеральное питание из расчета физиологических потребностей. Проводится терапия: Гепарин, Викасол, Дицинон. При осмотре: кожные покровы с серым оттенком. Мышечная гипотония. Поза полуплексии. Рефлексы угнетены. Крик слабый, болезненный. Живот мягкий, безболезненный, вздут. Чувствительный при пальпации. Перистальтика значительно ослаблена. Стул до 15.00 был 2 раза желто-зеленый, переходный. В 16.45 стул слизистый, окрашен кровью, «малиновое желе». Моча светлая, диурез 2,1мл/кг/ч. Учитывая клиническую картину, тяжесть состояния, заподозрена специфическая инфекция перинатального периода и некротизирующий энтероколит новорожденного. В связи с чем 01.03.18 в 16:30 начата терапия Меронемом (60 мг/кг сут в/в) первая доза. Для контроля состояния и лечения переведен в ОРИТН Морозовской ДГБ. Подтвержден диагноз: Некротизирующий энтероколит новорожденного. Некроз толстой кишки. Учитывая отрицательную динамику состояния ребенка (стремительное развитие симптоматики) была выполнена операция: Лапароскопия, илеостомия. Послеоперационное лечение гладкое. Стома функционирует нормально. Ребенок прибавляет в весе. Планируется

следующий этап лечения в виде пластики толстой кишки. Прогноз благоприятный. Данный клинический случай представляет собой пример стремительного развития симптоматики на фоне относительного благополучия после рождения.

КОМПОЗИЦИОННЫЙ СОСТАВ ТЕЛА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Самойлова Ю.Г., Олейник О.А., Подчиненова Д.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Томск

Актуальность: Распространенность избыточной массы тела и ожирения неуклонно растет во всем мире. В настоящее время значительная часть населения планеты проживает в странах, где от последствий избыточной массы тела умирает больше людей, чем от последствий хронического голода. Тревожно растет количество детей и подростков, страдающих от избыточной массы тела. Ожирение, начавшееся в детском возрасте, влечет за собой краткосрочные и долгосрочные неблагоприятные последствия для физического и психосоциального здоровья, которые могут приводить к инвалидизации в трудоспособном возрасте и росту преждевременной смертности. В настоящее время для изучения патогенеза ожирения и его осложнений особое внимание уделяется оценке общего количества жировой ткани в организме и ее топографии. Распределение жировой ткани определяет риск развития сопутствующих ожирению метаболических осложнений. Индекс массы тела (ИМТ) – наиболее широко используется в клинической практике и на популяционном уровне для диагностики ожирения. Применение ИМТ позволяет оценивать риски заболеваемости и смертности для широко распространенных нозологий, но на индивидуальном уровне ИМТ не всегда адекватно отражает степень жировотложения и не позволяет различать подкожную и висцеральную жировую ткань. Биоимпедансный анализ (БИА) – это электрофизический метод, основанный на измерении электрической проводимости разных тканей, что позволяет оценить композиционный состав тела, который влияет на развитие метаболических осложнений ожирения и тактику реабилитации.

Цель: Оценить особенности композиционного состава тела детей и подростков в зависимости от пола и степени ожирения (SDS ИМТ). Материалы и методы: В исследовании приняли участие 150 детей и подростков, проживающих в Томской области, в возрасте от 7 до 17 лет – 80 девочек и 70 мальчиков. Всем участникам исследования было проведено измерение антропометрических показателей (измерение роста и массы тела с расчетом ИМТ) и анализ композиционного состава тела методом биоимпедансометрии с помощью аппарата Inbody 770. Было проведено распределение исследуемых в соответствии с классификацией ожирения у детей и подростков (ВОЗ, 2003) следующим образом: избыточный вес (SDS ИМТ 1.0-2.0), I степень ожирения (SDS ИМТ 2.0 – 2.5), II степень ожирения (SDS ИМТ 2.6- 3,0), III степень ожирения (SDS ИМТ 3.1 – 3.9) и IV степень ожирения (SDS ИМТ ≥ 4.0).

Выводы: Согласно проведенным исследованиям, среди детей в Томске в возрасте от 7 до 17 лет увеличение степени ожирения (увеличение SDS ИМТ), сопровождающееся повышением уровня общей воды в организме, количества мышечной массы и увеличением доли висцерального жира у исследованных детей, что может быть фактором риска развития метаболических нарушений в будущем. Коррекция выявленных нарушений должна быть обязательным условием программ реабилитации детей и подростков с ожирением.

Содержание

<i>Адамян Л.В., Колтунов И.Е., Сибирская Е.В., Полякова Е.И., Короткова С.А., Моксякова Е.Г.</i> Диагностика уринокольпоса у ребенка 11 лет	60
<i>Адамян Л.В., Колтунов И.Е., Сибирская Е.В., Шарков С.М., Короткова С.А., Осипова Г.Т.</i> Дифференциальная диагностика некротизированного дивертикула Меккеля и изолированного перекрута маточной трубы	60
<i>Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Геворгян А.П., Тарбая Н.О., Осипова Г.Т.</i> Методы лечения первичной дисменореи у девочек-подростков	61
<i>Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Короткова С.А., Осипова Г.Т., Моксякова Е.Г.</i> Аномальные маточные кровотечения в пубертатном периоде и факторы, приводящие к их развитию	61
<i>Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Короткова С.А., Тарбая Н.О., Осипова Г.Т., Геворгян А.П.</i> Абдоминальный болевой синдром у девочек, диагностические ошибки (клинический случай)	62
<i>Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Осипова Г.Т., Тарбая Н.О., Моксякова Е.Г.</i> Аномальные маточные кровотечения у девочек-подростков, приводящие к железодефицитным состояниям	62
<i>Акмаева Л.М., Платонова С.Е., Безрукова Д.А., Богданьянц М.В., Хазова Г.С.</i> Структура раннего детского аутизма в Астраханской области	63
<i>Аникеева Н.А., Гребова Л.П., Горкина Л.Ф., Шумилина М.В., Емелькина Е.И.</i> Клинико-диагностические критерии синдрома Штурге–Вебера	63
<i>Асманов А.И., Злобина Н.В., Пивнева Н.Д.</i> Оценка качества жизни у детей с аллергическим ринитом после проведения эндоскопической септопластики	64
<i>Бавыкина И.А., Перцева М.В.</i> Показатели массы и роста у детей с синдромом Дауна	64
<i>Балашова Л.М., Кузнецова Ю.Д., Коробова Л.С.</i> Провоспалительные и противовоспалительные цитокины в развитии ретинопатии недоношенных и диабетической ретинопатии	65
<i>Батышева Т.Т., Платонова А.Н., Шиошвили В.А., Быкова О.В., Глазкова С.В., Исаичева В.В.</i> Алгоритм назначения методов физиотерапевтического воздействия при ишемическом инсульте у детей и подростков	65
<i>Батышева Т.Т., Типсина Н.В., Проскурина Ю.К., Уханова А.Н., Кирсанова Е.Ю.</i> Использование рубрики F 84.8 (другие общие расстройства развития) в клинической практике детских врачей-психиатров и врачей-неврологов	66
<i>Борисов А.С.</i> Принципы ухода за детьми – хроническими канюленосителями	66
<i>Бржезинская Л.Б., Самсонова Л.Н., Латышев О.Ю., Окминя Г.Ф., Киселева Е.В.</i> Конституциональная задержка полового развития у мальчиков: предикторы старта пубертата	67
<i>Бритикова Е.А., Торбина О.И.</i> Диагностика ВИЧ-инфекции у детей первого года жизни	67
<i>Булышко С.А., Солдатский Ю.Л., Денисова О.А., Северин Т.В.</i> Абсцессы стенок глотки у детей	68
<i>Виноградова А.Г., Крутикова Н.Ю.</i> Изменение показателей костной прочности и кальций-фосфорного обмена у тубинфицированных детей	68

<i>Витковская И.П.</i> К вопросу о повышении качества оказания медицинской помощи детям с орфанными заболеваниями в Москве.....	69
<i>Витковская И.П.</i> Юридическая грамотность врачей по вопросам медицинской помощи детям с орфанными заболеваниями	69
<i>Витковская И.П.</i> О софинансировании медицинских услуг родителями детей с орфанными заболеваниями в мегаполисе	70
<i>Власенко А.В., Филин А.С., Богдан И.В.</i> Роль сотрудников детских медицинских организаций в формировании здорового образа жизни и профилактике неинфекционных заболеваний у детей.....	70
<i>Вязова Л.И., Шенец С.Г., Мороз Е.А., Башлакова А.Н.</i> Клинико-микробиологические особенности кишечного дисбиоза у новорожденных детей с перинатальным поражением центральной нервной системы	71
<i>Гаймоленко С.Г., Панченко А.С.</i> Агенезия трахеи у новорожденного ребенка.....	71
<i>Галибин И.Е., Коварский С.Л., Меновщикова Л.Б., Смолянкин А.А., Подвойская И.В.</i> Посттравматический приапизм у детей	72
<i>Галькевич Н.В.</i> Анализ летальных исходов врожденного токсоплазмоза	73
<i>Галькевич Н.В., Ширяева О.А.</i> Трудности диагностики менингококковой инфекции на догоспитальном этапе у детей раннего возраста	73
<i>Гехт М.А.</i> Новорожденный и буллезный эпидермолиз. Тактика ведения. Дифференциальная диагностика	74
<i>Гольцман Е.А., Кузнецова А.А., Петрова С.И., Копяков А.Л., Позднякова О.Ф., Пешехонова Ю.В.</i> Опыт диагностики и лечения врожденной лобарной эмфиземы у детей.....	74
<i>Гребова Л.П., Анিকেева Н.А., Симонайтес А.А., Пискунова М.А., Рожкова Л.М., Кудряшова О.Ю., Мухина О.В.</i> Редкая неонатальная форма синдрома Марфана	75
<i>Гусева М.А.</i> Поведенческие и эмоциональные проблемы и их коррекция у детей, закончивших лечение злокачественных опухолей.....	75
<i>Данилова М.Г., Салтыкова В.Г., Батрак М.Н., Усенко Е.Е.</i> Сопоставление данных ультразвукового и электрофизиологического исследований при невропатии большеберцового нерва у детей, страдающих сахарным диабетом 1 типа	76
<i>Демина И.В., Гусарова С.А., Попова М.В., Водолазская Е.В., Белова Е.А., Михалева Е.В.</i> Клинический случай галактоземии 1-го типа у новорожденного.....	76
<i>Демина И.В., Ельчанинова О.Е., Игринева Е.Н., Ситаева Н.В., Бавыкина О.В., Славнова О.В.</i> Случай туберозного склероза у ребенка первого года жизни	77
<i>Дубровина Я.С.</i> Особенности реабилитации пациентов с дистрофическим типом буллезного эпидермолиза. Опыт России.....	78
<i>Ерешко О.А., Макарова С.Г., Намазова-Баранова Л.С., Вишнева Е.А., Кожевникова О.В., Сновская М.А., Алексеева А.А.</i> Маркеры эффективности аллерген-специфической иммунотерапии у детей с поллинозом и перекрестной пищевой аллергией	78
<i>Зубкова К.А.</i> Лечение недостаточности кровообращения у детей со сложными врожденными пороками сердца на клиническом примере ребенка с функционально единственным желудочком	79

<i>Игнатов Д.А., Лупандина-Болотова Г.С.</i>	
Роль моторного онтогенеза в становлении антигравитационной системы у детей первого года жизни	79
<i>Ильина А.Я., Мищенко А.Л., Баринова А.С., Ахалова Е.А., Кокая И.Ю., Мазуркевич М.В., Побединская О.С., Шморгун Т.В., Царева Л.Э., Дубовец Н.Ф.</i>	
Прогностическое значение показателей гемостазиограммы у детей грудного возраста с наследственной тромбофилией	80
<i>Касохов Т.Б., Сохиева Ф.А.</i>	
Иммунологические показатели у детей с обструктивным бронхитом и методы иммунокоррекции.....	81
<i>Козина А.А., Окунева Е.Г., Барышникова Н.В., Митина Т.И., Хрулев С.Е., Цуканов К.Ю., Шаталов П.А., Красненко А.Ю., Ильинский В.В.</i>	
Наследственная патология опорно-двигательной системы раннего детского возраста: проблемы дифференциальной диагностики.....	82
<i>Козловский А.А.</i>	
Региональные факторы риска развития желтух у новорожденных детей города Гомеля.....	82
<i>Колтунов И.Е., Петряйкина Е.Е., Бузина Н.В., Витковская И.П., Анджель А.Е., Теновская Т.А., Валиева С.И.</i>	
Морозовская детская больница: 115 лет служения. Взгляд в будущее.....	83
<i>Кондратьева Е.И., Воронкова А.Ю., Бобровничи В.И., Шерман В.Д., Жекайте Е.К., Никонова В.С., Красько О.В., Петрова Н.В., Чакова Н.Н., Будзинский Р.М.</i>	
Сравнительная характеристика больных муковисцидозом и объема оказываемого лечения Московского региона и Республики Беларусь	83
<i>Кондратьева Е.И., Жекайте Е.К., Никонова В.С., Воронкова А.Ю., Шерман В.Д.</i>	
Содержание витамина D в разные периоды года при муковисцидозе у пациентов Московского региона	84
<i>Коновалова А.В., Вольнец Г.В.</i>	
Выявленный аутоиммунный гепатит 1 типа на стадии цирроза печени	85
<i>Коновалова А.В., Вольнец Г.В.</i>	
Редкое сочетание overlap-синдром+НЯК+антифосфолипидный синдром	85
<i>Коробова Л.С., Лазарев В.В., Балашова Л.М., Кантаржи Е.П.</i>	
Анестезия и показатели газообмена, кислотно-щелочного состояния у детей при офтальмологических вмешательствах	85
<i>Крюков А.И., Ивойлов А.Ю., Тардов М.В., Архангельская И.И.</i>	
Синдром обструктивного апноэ сна у детей: диагностика и хирургическая тактика лечения	86
<i>Крюков А.И., Кунельская В.Я., Ивойлов А.Ю., Мачулин А.И., Шадрин Г.Б.</i>	
Тонзилломикоз у детей: диагностика, лечение	87
<i>Крюков А.И., Кунельская Н.Л., Ивойлов А.Ю., Гаров Е.В., Гуров А.В., Байбакова Е.В., Ибрагимова З.С.</i>	
Вестибулярная дисфункция у детей с хроническим гнойным средним отитом.....	87
<i>Крюков А.И., Кунельская Н.Л., Ивойлов А.Ю., Кисина А.Г., Яновский В.В., Морозова З.Н.</i>	
Диагностический алгоритм нарушений слуха при патологии носоглотки в детском возрасте	88
<i>Крюков А.И., Кунельская Н.Л., Ивойлов А.Ю., Пакина В.Р., Яновский В.В., Морозова З.Н.</i>	
Опыт лечения детей с экссудативным средним отитом	89
<i>Кузнецова М.Н., Поляков С.Д., Подгорнова Н.С., Соболев А.М.</i>	
Анализ физического развития и скоростно-силовых показателей детей	90
<i>Кулько А.Б., Кондратьева Е.И., Воронкова А.Ю., Шерман В.Д., Никонова В.С., Будзинский Р.М.</i>	
Микозы и колонизации дыхательного тракта грибами у детей с муковисцидозом.....	90
<i>Ларькова И.А., Ревякина В.А., Мухортых В.А., Джусоева Е.В.</i>	
Эффективность проактивной терапии ингибитором кальциневрина у подростков со среднетяжелым течением атопического дерматита	91

<i>Левченко О.А., Лавров А.В.</i> Высокопроизводительное секвенирование в диагностике умственной отсталости	91
<i>Липатова Е.С., Бритикова Е.А., Володина Н.А., Пахомова И.А.</i> Особенности клиники, диагностики, течения и исхода острого энцефалита на примере клинического случая с летальным исходом	92
<i>Литвиненко О.В., Шульга М.А., Панина О.А., Леднев С.А.</i> Анализ особенностей здоровья учащихся общеобразовательных школ	92
<i>Макрецькая Н.А., Тюльпаков А.Н.</i> Синдром мнимого избытка минералокортикоидов	93
<i>Малеева Н.П., Кацова Г.Б., Попова Л.В., Дмитриева М.К.</i> Некоторые социальные аспекты семей, имеющих детей с психическими заболеваниями	93
<i>Маслова Н.А., Тысячная Е.М., Кумирова Э.В., Щедеркина И.О., Колтунов И.Е., Мальцев С.А.</i> Ботулинотерапия как метод коррекции спастичности у паллиативных пациентов	94
<i>Милушкина О.Ю., Лапонова Е.Д.</i> Гигиенические аспекты профилактики функциональных нарушений у школьников	94
<i>Мороз Е.А., Башлакова А.Н., Вязова Л.И.</i> Агрессия у подростков с артериальной гипертензией	95
<i>Мухортых В.А.</i> Эффективность использования мультиштаммового пробиотика у детей с различными проявлениями пищевой аллергии	95
<i>Павловская Е.В., Строкова Т.В., Сурков А.Г., Багаева М.Э., Зубович А.И., Таран Н.Н.</i> Неалкогольный стеатогепатит у детей с избыточной массой тела и ожирением	96
<i>Панина О.А., Шульга М.А., Леднев С.А., Литвиненко О.В.</i> Современные особенности здоровья детей с бронхиальной астмой	96
<i>Панченко А.С., Брюханова С.П.</i> Синдром Ивемарка	97
<i>Петрухина Ю.В., Захаров А.И., Меновщикова Л.Б., Калинин Н.Ю., Ерохина Н.Ю., Севергина Э.С., Коварский С.Л.</i> Синдром персистенции мюллеровых протоков	97
<i>Петрухина Ю.В., Захаров А.И., Меновщикова Л.Б., Коварский С.Л., Ерохина Н.О., Калинин Н.Ю., Блох С.П.</i> Тактика лечения детей с непальпируемыми яичками	98
<i>Петряйкина Е.Е., Киреева Н.Г., Попов В.В.</i> Детская больница Святого Владимира. Сегодняшний день «бабушки московской педиатрии»	98
<i>Петряйкина Е.Е., Новицкая А.И.</i> Актуальные вопросы оказания медицинской помощи по детской эндокринологии в Москве	99
<i>Пискун Т.А., Хвесько М.И.</i> Клинические особенности инфекции мочевой системы у детей раннего возраста	100
<i>Прилуцкая В.А., Павловец М.В.</i> Особенности физического развития недоношенных новорожденных от матерей, страдающих сахарным диабетом 1-го типа	100
<i>Радциг Е.Ю., Булышко Я.Е., Орлова О.С.</i> Этиология нарушений голоса у детей	101
<i>Ревякина В.А., Кувшинова Е.Д.</i> Оценка витаминного статуса у детей с пищевой аллергией	101
<i>Ровбуть Т.И.</i> Нарушение обмена глюкозы у новорожденных детей	102

<i>Романов Д.В., Сафин Д.А., Брылеева А.А.</i> Сложности своевременной диагностики синдрома Штурге-Вебера у детей с капиллярными мальформациями.....	102
<i>Рыков М.Ю.</i> Медицинская помощь детям с онкологическими заболеваниями в городах федерального значения.....	103
<i>Савва Н.Н.</i> Актуальность организации перинатальной паллиативной помощи детям.....	104
<i>Сибирская Е.В., Адамян Л.В., Колтунов И.Е., Данилова А.П., Данилов А.М.</i> Современный взгляд на проблему сращений малых половых губ у девочек.....	104
<i>Сибирская Е.В., Колтунов И.Е., Короткова С.А., Данилов А.М.</i> Особенности диагностики апоплексии яичника в детском и подростковом возрасте.....	105
<i>Скельян Е.Н.</i> Спектр и чувствительность грамположительной микрофлоры, вызывающей заболевания верхних дыхательных путей у детей.....	105
<i>Скельян Е.Н., Тонтун П.Д.</i> Микробный пейзаж носоглотки у детей с заболеваниями верхних дыхательных путей на амбулаторном этапе.....	106
<i>Соловьева Ю.В., Горелова Ж.Ю., Рапопорт И.К.</i> Оценка показателей заболеваемости и вкусовые предпочтения детей в 2015–2016 г. в детском саду г. Москвы.....	106
<i>Строкова Т.В., Сурков А.Г., Багаева М.Э., Павловская Е.В., Филимонова Е.А.</i> Первичный склерозирующий холангит у детей.....	107
<i>Стуклов Н.И., Басиладзе И.Г., Пивник А.В.</i> Новые возможности безопасной и эффективной коррекции дефицита железа.....	107
<i>Титова О.Н., Таран Н.Н., Строкова Т.В., Филатова Т.А.</i> Гастроинтестинальная пищевая аллергия у детей: особенности нутритивного статуса.....	108
<i>Тихонович Ю.В., Зубкова Н.А., Светлова Г.Н., Лаптев Д.Н., Петряйкина Е.Е., Рыбкина И.Г., Киселев С.Л., Тюльпаков А.Н.</i> Неонатальный сахарный диабет, обусловленный дефектами гена инсулина.....	109
<i>Толстова Е.М., Зайцева Н.С., Зайцева О.В., Ефимова Е.В., Радимова Е.Р., Ионова Е.А., Исаева Е.К.</i> Неонатальный холестаза в структуре синдромальной патологии (клинический случай).....	109
<i>Туркин А.О., Гехт М.А.</i> Педиатрические аспекты ведения детей с буллезным эпидермолизом.....	109
<i>Филиппова Т.А., Самойлова Ю.Г., Олейник О.А., Зима А.П., Будеева С.В.</i> Оценка диагностической значимости аутоантител при нарушениях углеводного обмена у детей и подростков.....	110
<i>Хитева А.Ю., Семенова Л.А., Грецов Е.М.</i> Роль морфологических критериев в персонализированном подходе к химиотерапии после хирургического вмешательства у подростков больных туберкулезом органов дыхания.....	110
<i>Цейтлин Г.Я., Карелин А.Ф., Румянцев А.Г., Никитина Т.П., Ионова Т.И.</i> Качество жизни детей с онкологическими заболеваниями и членов их семей на этапе реабилитации.....	111
<i>Чеклецова Е.В., Монахов А.Р., Мещеряков С.В., Корнилов М.Н., Маломуж О.И., Цирульникова О.М., Готье С.В.</i> Наследственная тирозинемия 1-го типа у детей: показания к трансплантации печени.....	112
<i>Чолоян С.Б., Павловская О.Г., Трикоменас Н.Н., Шеенкова М.В.</i> Опыт проведения медицинской реабилитации детям.....	112
<i>Чолоян С.Б., Павловская О.Г., Шеенкова М.В., Байгазина Е.Н.</i> Использование медицинских информационных систем при оказании медицинской помощи детям.....	113

<i>Шапошникова А.Ф., Трфимкина Т.В., Попова Е.С.</i>	
Пищевая чувствительность к глютену у детей с расстройствами аутистического спектра	113
<i>Шенец С.Г., Кувшинников В.А., Болбас А.Г., Змитрович А.И.</i>	
Манифестация острых лейкозов у детей, диагнозы-«маски».....	114
<i>Шенец С.Г., Кувшинников В.А., Вязова Л.И., Башлакова А.Н.</i>	
Оценка пищевого статуса школьников с анемическим синдромом в современных условиях.....	115
<i>Шолохова Н.А., Ганиева А.М.</i>	
Применение методики цифрового томосинтеза в диагностике метафизарных поражений у детей.....	115
<i>Шульга М.А., Леднев С.А., Панина О.А.</i>	
Распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в условиях промышленного города	116
<i>Шульга М.А., Леднева В.С., Панина О.А., Литвиненко О.В.</i>	
Актуальные вопросы диагностики острых ларингитов у детей	116
<i>Якимович Н.И., Мирутко Д.Д., Салих Е.П.</i>	
Стрептококковая инфекция у часто длительно болеющих детей.....	117
КОНКУРС МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ	
<i>Богуславская Ю.А., Кочанова В.В., Кудрявцева А.В., Свитич О.А., Жигалкина П.В.</i>	
Дефенсины как биологические маркеры нарушения барьерной функции кожи при атопическом дерматите	118
<i>Буромская Н.И., Абрамов А.В.</i>	
Суицидальное поведение и иные жизнеугрожающие состояния детей и подростков в практике врача-педиатра.....	118
<i>Козловский А.А.</i>	
Возбудители инфекции мочевой системы у детей Гомельской области и их чувствительность к антимикробным препаратам	119
<i>Козловский Д.А.</i>	
Оценка обеспеченности витамином D детей раннего возраста, проживающих в городе Гомеле	120
<i>Кошмелева М.В., Самойлова Ю.Г., Олейник О.А., Кобякова О.С.</i>	
Дистанционный мониторинг – новая форма достижения компенсации сахарного диабета и повышения качества жизни пациентов.	120
<i>Лаврова В.С., Кумирова Э.В., Тысячная Е.М.</i>	
Опыт оказания паллиативной медицинской помощи детям с аномалиями развития центральной нервной системы в условиях МДГКБ.....	121
<i>Борисенко А.А., Дмитриева К.В., Старостина Л.С., Мелешкина А.В.</i>	
Стремительное развитие некротизирующего энтероколита у новорожденного	121
<i>Самойлова Ю.Г., Олейник О.А., Подчиненова Д.В.</i>	
Композиционный состав тела детей и подростков с ожирением.....	122



Профессиональный конгресс-оператор
в области организации специализированных
многопрофильных медицинских
и фармацевтических мероприятий,
бизнес-конференций

КОНГРЕССЫ, ФОРУМЫ,
СЪЕЗДЫ, КОНФЕРЕНЦИИ
**ОРГАНИЗОВАНО БОЛЕЕ
250 МЕРОПРИЯТИЙ**

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ
ЕВРОПЕЙСКИХ
МЕРОПРИЯТИЙ

ШИРОКАЯ ГЕОГРАФИЯ
**МЕРОПРИЯТИЯ
БОЛЕЕ ЧЕМ В 50
ГОРОДАХ РОССИИ**

МАСШТАБ
МЕРОПРИЯТИЙ
ДО 10 000 ДЕЛЕГАТОВ

ПОСТАВЬ ТОЧКУ В ВЫБОРЕ КОНГРЕСС-ОПЕРАТОРА

+7 (495) 722-64-20 • +7 (495) 518-26-70 • www.kstinterforum.ru • info@kstinterforum.ru
117485, г. Москва, ул. Обручева, д. 30/1, стр. 2