



СОЮЗ ПЕДИАТРОВ РОССИИ  
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ  
ОТДЕЛЕНИЕ



Союз медицинских  
работников  
Санкт-Петербурга  
и Северо-Западного региона



САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ



КОМИТЕТ  
ПО ЗДРАВООХРАЩЕНИЮ  
ПРАВИТЕЛЬСТВА  
САНКТ-ПЕТЕРБУРГА



КОМИТЕТ  
ПО ЗДРАВООХРАЩЕНИЮ  
ПРАВИТЕЛЬСТВА  
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

ХII РОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ  
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

# «ВОРОНЦОВСКИЕ ЧТЕНИЯ. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ – 2019»

Посвящается памяти профессора Игоря Михайловича Воронцова

# ПРОГРАММА



28 февраля – 2 марта 2019

Сборник материалов XII Российской научно-практической конференции с международным участием «ВОРОНЦОВСКИЕ ЧТЕНИЯ. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ – 2019».

Санкт-Петербург, 28 февраля–2 марта 2019 – СПб., 2019. – 95 с.

**ОРГАНИЗАТОР КОНФЕРЕНЦИИ:**

- Санкт-Петербургское региональное отделение общественной организации «Союз педиатров России»

**НАУЧНЫЙ СООРГАНИЗАТОР:**

- Союз медицинских работников Санкт-Петербурга и Северо-Западного региона

**ПРИ ПОДДЕРЖКЕ:**

- Правительства Санкт-Петербурга
- Законодательного собрания Санкт-Петербурга
- Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга
- Комитета по здравоохранению Правительства Ленинградской области
- ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ
- ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ
- ФГБУ «Детский научно-клинический центр инфекционных болезней» ФМБА России
- ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Министерства здравоохранения РФ
- ФГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Министерства здравоохранения РФ

**НАУЧНЫЕ РЕДАКТОРЫ:**

д.м.н. проф. Булатова Е. М., д.м.н. проф. Кельмансон И. А.

Материалы, опубликованные в данном сборнике, представлены в авторской редакции. Оргкомитет Конференции не несет ответственности за содержание тезисов.

Санкт-Петербургское региональное отделение общественной организации «Союз педиатров России»

---

Типография ООО «ИТЦ «Символ»,

Санкт-Петербург, пр. Обуховской Обороны, д. 199

ISBN 978-5-9500353-8-8



9 785950 035388

# **СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ**

**ХІІ РОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ  
КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ  
УЧАСТИЕМ**

**«ВОРОНЦОВСКИЕ ЧТЕНИЯ.  
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ – 2019»**

**ПОСВЯЩАЕТСЯ ПАМЯТИ ПРОФЕССОРА И. М. ВОРОНЦОВА**

**28 ФЕВРАЛЯ - 2 МАРТА 2019 ГОДА**

**САНКТ-ПЕТЕРБУРГ 2019**

# СОДЕРЖАНИЕ

Некоторые особенности профилактической работы с детьми грудного возраста <i>Алексеева А. В., Моисеева К. Е.</i> .....	8
Senior-Loken - нефронофтиз-ассоциированный синдром у девочки раннего возраста (описание клинического случая) <i>Андреева Э. Ф., Савенкова Н. Д., Ефимова Е. Л.</i> .....	10
Особенности функционального состояния эндотелия при острых респираторно-вирусных инфекциях у детей <i>Буряк В. Н.</i> .....	15
Проблемы формирования пищевого поведения у детей раннего возраста <i>Бутько П. В., Шабалов А. М.</i> .....	16
Патология кожи у детей-спортсменов на современном этапе <i>Волкова О. С., Орджоникидзе З. Г., Павлов В. И., Демидов Н. А., Резепов А. С.</i> .....	17
Диагностические подходы при подготовке пациентов к АСИТ <i>Воронцова И. М.</i> .....	20
Анализ структуры заболеваний в соматическом отделении многопрофильной детской больницы <i>Гранкина Н. О., Нагнойная И. Г., Бондаловская Е. О., Кисилёва А. К., Лучанинова В. Н.</i> .....	22
Особенности дифференцировки лимфоцитов при atopическом дерматите у детей раннего возраста <i>Дементьева Е. А., Гурина О. П., Блинов А. Е., Варламова О. Н., Блинов Г. А., Степанова А. А.</i> .....	24
Особенности селезеночной артерии и воротной вены у детей с конституционально-экзогенным ожирением <i>Джамаев Л. С., Джумагазиев А. А.</i> .....	25
Особенности и характер гематологических нарушений у детей с ВИЧ-инфекцией <i>Жукова Л. Ю., Колобова О. Л., Соколова Н. Е., Петруничева Е. В., Иванов Д. В.</i> .....	27
Профилактика развития паратрофии у детей на первом году жизни <i>Кдырбаева Ф. Р.</i> .....	31
Взаимосвязь физического здоровья детей и подростков и их конституциональных особенностей <i>Козлов А. К.</i> .....	32
Оценка показателей цитокинового профиля крови у больных хроническим токсическим гепатитом, сочетанным с хроническим некалькулезным холециститом <i>Кондуфор О. В.</i> .....	36

Оценка состояния здоровья спортсменов-подростков: Психогенетические аспекты <i>Маринич В. В., Шепелевич Н. В., Маринич Т. В.</i> .....	38
Особенности клинических проявлений рахита у детей раннего возраста <i>Марталог П. Н., Чунту А. О., Романчук Л. В., Пырцу Л. Я., Ченуша Ф. В., Ротарь А. В.</i> .....	42
Эффективность хемоденервации в структуре лечения инфантильной эзотропии <i>Мухутдинова Е. А., Ковалевская И. С.</i> .....	44
Сравнение результатов ингаляционных и эндоназальных провокационных проб с аллергенами домашней пыли при бронхиальной астме у детей <i>Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бочкова М. Е., Майхуб М.</i> .....	45
Аллергические реакции на противозипелитические препараты у детей <i>Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г., Бочкова М. Е.</i> .....	46
Клинические проявления колита, индуцированного пищевыми белками у детей <i>Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г., Бочкова М. Е.</i> .....	48
Кожные и лабораторные тесты в диагностике аллергии у детей <i>Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г., Бочкова М. Е.</i> .....	49
Причины гиповитаминоза В 12 у детей с пищевой аллергией <i>Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г., Майхуб М.</i> .....	50
Использование принципов бережливого производства в деятельности медицинских организаций <i>Орел В. И., Ким А. В., Носырева О. М., Гурьева Н. А., Шарафутдинова Л. Л., Сочкова Л. В., Рубежов А. Л., Булдакова Т. И., Каканов А. М.</i> .....	52
Медико-социальная помощь как составляющая медицинского сопровождения детей <i>Орел В. И., Ким А. В., Рослова З. А., Гурьева Н. А., Носырева О. М., Шарафутдинова Л. Л., Рубежов А. Л., Булдакова Т. И., Каканов А. М.</i> .....	54
Факторы риска нарушения постнатальной адаптации у новорожденных детей от матерей с избыточной массой тела и ожирением <i>Прилуцкая В. А., Гродникова М. И., Александрович А. Ю.</i> .....	56
Актуальные правовые и организационные аспекты редких заболеваний детского возраста <i>Прокофьева Я. А.</i> .....	59

Структура ревматической патологии и противоревматической терапии у детей в Центральном федеральном округе Российской Федерации <i>Севостьянов В. К., Жолобова Е. С., Голубева А. П., Баранова О. В., Поемшина К. С., Полухина А. И.</i> .....	62
Возможности физиотерапевтической помощи детям с задержкой речевого развития <i>Силкина Н. Н., Салова М. Н., Рунова О. С.</i> .....	64
Зарождение общественной поддержки материнства в России конца XIX – начала XX века: Общества «капля молока» <i>Федорченко Н. В.</i> .....	65
Особенности состояния когнитивных функций у дошкольников с последствиями перинатальных поражений нервной системы <i>Хорева В. А., Рунова О. С., Салова М. Н.</i> .....	75
Возрастные и гендерные характеристики групп здоровья детей <i>Чолоян С. Б., Павловская О. Г., Екимов А. К., Дмитриева И. В., Шеенкова М. В.</i> .....	77
Двухлетний мониторинг помповой инсулинотерапии у детей с сахарным диабетом 1 типа <i>Чолоян С. Б., Павловская О. Г., Екимов А. К., Добролюбова М. В., Коннова С. М.</i> .....	79
<b>Студенческие научные работы:</b> Особенности причинных факторов пневмоний у подростков <i>Алтынпара А. И., Галкина Н. Л., Есина А. И., Морозова А. С. В.</i> .....	81
Оценка физического развития и структуры хронической патологии у школьников 7, 9, 11 классов Центрального района г. Санкт-Петербурга <i>Балахонова Я. И., Болурова Р. А., Бродянская Л. В., Дьячкова А. В., Карпова Н. А., Кулаева Д. С., Решетников Н. А., Лагно О. В., Ашмарина С. С.</i> .....	82
Половозрастные особенности питания и физической активности 7, 9, 11 классов Центрального района г. Санкт - Петербурга <i>Балахонова Я. И., Болурова Р. А., Бродянская Л. В., Дьячкова А. В., Карпова Н. А., Кулаева Д. С., Решетников Н. А., Лагно О. В., Ашмарина С. С.</i> .....	84
Оценка физического и полового развития и структуры сопутствующей патологии у пациентов с парциальной соматотропной недостаточностью <i>Вишневецкая Т. В.</i> .....	86
Влияние общеоздоровительных мероприятий в детских дошкольных учреждениях на частоту респираторных инфекций у детей 5-6 лет <i>Гареев В. Д.</i> .....	88

Влияние характера вскармливания на развитие аллергического дерматита у детей <i>Гущина В. И., Бурова П. О.</i> .....	89
Клиническое значение гетерогенности бронхиальной астмы у детей <i>Лашицкая В. Д.</i> .....	91
Сравнение рисков формирования аллергии у детей, родившихся у беременных с патологией желудочно-кишечного тракта и у беременных с аллергической конституцией без выявленной патологии органов пищеварения <i>Полубоярова О. В., Мамедова Д. С. К., Шелёва А. А.</i> .....	93
Сравнение физического развития детей 2-3,5 лет, посещающих и не посещающих детские дошкольные учреждения <i>Севастьянова Н. Ф., Шендрикова Я. С.</i> .....	94

# НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

*Алексеева А. В., Моисеева К. Е.*

*Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург*

**Актуальность:** Государство признает охрану здоровья детей как одно из важнейших и необходимых условий их физического и психического развития. Поэтому воспитание здорового ребенка является важной стратегической задачей. Сохранение здоровья ребенка, снижение заболеваемости и смертности во многом зависит от правильной организации профилактической работы с детьми грудного возраста.

**Цель исследования:** оценить мнение родителей об организации профилактической работы с детьми грудного возраста в амбулаторных условиях.

**Материалы и методы:** В ходе исследования методом случайной выборки было проведено анонимное анкетирование 270 родителей, имеющих детей грудного возраста, которые обслуживались в СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №23», детском поликлиническом отделении № 21.

**Результаты:** проведенное анонимное анкетирование родителей показало, что дородовой патронаж участковым педиатром был проведен только 9,1% респондентов.

Первичный патронаж новорожденных в первые 2-3 дня после выписки матери и ребенка из родильного дома педиатром был осуществлён у 91,2% детей, а 8,8% новорождённых врач в установленные сроки на дому не посещал.

В ходе исследования выявлено, что во время первичного патронажа участковым педиатром измерение длины тела было проведено у 93,1% детей, массы тела ребенка – у 22,9%, окружности головы и груди – у 93,3%. Пальпация живота была выполнена 81,6% новорожденных, аускультация сердца и легких – 89,5%, оценка мышечного тонуса – 61,8%, реакции на свет – 92,7%. Осмотр пупочной ранки был произведен у 60,3% младенцев, состояние родничков – у 90,9%, область тазобедренных суставов – у 98,3%.



Во время патронажа 46,6% родителей получили от педиатра общие рекомендации по вскармливанию и уходу за ребенком. Изучение частоты плановых посещений участковым педиатром в течение первого месяца жизни ребенка показало, что 2 раза в месяц врач посещал 22,3% детей, 3 раза в месяц - 56,4% и 4 раза в месяц - 21,3%.

Оценка полноты прохождения профилактических медицинских осмотров детьми первого месяца жизни, выявила, что 79,9% детей были осмотрены всеми врачами-специалистами согласно «Порядку проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», 16,1% детей – осмотрены в положенный срок не всеми врачами, а 4,0% детей - медицинские осмотры не проходили. Выявлено, что хирургом были осмотрены 73,5% детей, неврологом - 89,4% детей, офтальмологом - 84,7%, оториноларингологом-18,6%, ортопедом - 82,7% и стоматологом- 52,9%.

Изучение полноты охвата детей первого месяца жизни лабораторными, диагностическими и иными исследованиями показало, что только 26,5% детей в полном объеме и в срок были сделаны все исследования, 56,3% - не в полном объеме и частично в срок, а 16,2% новорожденных не проходили лабораторные, диагностические и иные исследования. Оценка родителями частоты плановой посещаемости врача педиатра на первом году жизни ребенка показала, что 17,5% детей посетили педиатра 4 раза, 9,5% детей - 5 раз, 35,8% - 9 раз, 9,3% - 10 раз и 27,9% - 12 раз.

Проведенное исследование выявило, что 100% родителей, участвовавших в анкетировании, были осмотрены педиатром, хирургом, неврологом, офтальмологом и стоматологом согласно «Порядку проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» в возрасте одного года жизни ребенка, за исключением оториноларинголога, которым было осмотрено 56,1% детей.

**Выводы:** Оценка результатов исследования показала, что существует необходимость оптимизации организации профилактической работы участковых врачей педиатров с детьми первого месяца жизни.

# SENIOR-LOKEN – НЕФРОНОФТИЗ-АССОЦИИРОВАННЫЙ СИНДРОМ У ДЕВОЧКИ РАННЕГО ВОЗРАСТА (ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)

*Андреева Э. Ф., Савенкова Н. Д., Ефимова Е. Л.*

*ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург*

*A-Elvira@yandex.ru*

**Актуальность:** Нефронофтиз или «аутосомно-рецессивная медуллярная кистозная болезнь почек» встречается с частотой 50000-900000 населения и является самой частой причиной терминальной стадии почечной недостаточности среди кистозных заболеваний почек генетического происхождения у детей. Под термином «нефронофтиз» понимается аутосомно-рецессивное заболевание почек, проявляющееся полиурией, полидипсией, анемией, прогрессированием в терминальную ХБП. Клинические симптомы заболевания объясняются интерстициальной инфильтрацией с последующим фиброзом и атрофией канальцев. Характерно формирование вторичного (деструктивного) медуллярного или кортико-медуллярного кистоза почек. Объем почек по УЗИ чаще нормальный или уменьшен. Реже встречается увеличение объема почек, что создает картину УЗИ, схожую с АРПП. У большинства детей почечные кисты становятся отчетливо различимы (по результатам УЗИ) только к моменту прогрессирования ХБП до терминальной стадии.

В 10-20% случаев нефронофтиз сочетается с экстраренальными проявлениями и является частью генетического синдрома. Причиной Senior-Loken синдрома является мутация одного из генов: NRHP1 гена (2q12.3-13), NRHP2/INV (9q22-31.1), NRHP3 (3q21-22.1), NRHP4 (1p36.31), NRHP5, NRHP6, IQCB1 (3q13.33), CEP164 (11q23.3), CEP290 (12q21.32), SDCCAG8 (1q43). Частота встречаемости Senior-Loken синдрома составляет 1:1000000 новорожденных. Voichis H. с соавт (1973), Proesmans W. с соавт (1975), Delaney V. с соавт (1978) описали триаду Senior-Loken синдрома: нефронофтиз, дегенерация (пигментный ретинит) или гипоплазия сетчатки, врожденный фиброз печени.

**Цель:** Описание клинического случая Senior-Loken синдрома.

**Материалы и методы:** иллюстрацией клинических особенностей Senior-Loken синдрома является описание истории болезни девочки 3 лет.

Клиническое наблюдение.

Девочка А. (2015г.р.) поступила в клинику нефрологии в возрасте 3 лет. Родители предъявляли жалобы на отсутствие фиксации взгляда у ребенка, отставание в физическом и психомоторном развитии (не сидит, не ходит). Около 4 недель отмечена слабость, плаксивость, плохой сон; впервые 4 месяца назад случайно выявлены повышение креатинина крови (0,173ммоль/л), мочевины (12,6ммоль/л), анемия легкой степени тяжести железодефицитная (сыв. Fe=8,0мкмоль/л), однократно отмечена гиперкалиемия (7,0ммоль/л).

Беременность матери (18лет) протекала на фоне токсикоза, угрозы прерывания, анемии средней степени тяжести (курс венофера); по УЗИ на 22неделе выявлена гематома матки; в 27 нед – ОРВИ, в 30 недель – острый пиелонефрит. На 30-32 неделе при УЗИ почек плода выявлены диффузные изменения в паренхиме, с 34 недели отмечено многоводие, в 35 недель ветряная оспа. Проведено медико-генетическое консультирование семьи. В семейном анамнезе (со слов родителей проведен анализ 3 поколений) кистозных заболеваний (почек, печени, других паренхиматозных органов) не выявлено. Родители ребенка не являются кровными родственниками.

Роды путем кесарева сечения (на 41 неделе) в связи с косым положением плода, ОПВ светлые, масса при рождении 3500г, длина тела 54см, по шкале Апгар оценка 7/8баллов. После рождения с диагнозом «Ишемически-гипоксическая энцефалопатия» переведена в отделение патологии новорожденных. По результатам УЗИ после рождения подтверждены выраженные диффузные изменения в паренхиме обеих почек, поликистоз почек, поликистоз печени, признаки кавернозной трансформации воротной вены, порто-кавального анастомоза. Признаков нарушения функции почек при рождении не отмечено. Аудиоскрининг: положительный с обеих сторон. Выписана домой в удовлетворительном состоянии.

В 2 месяца впервые отмечено отсутствие фиксации взгляда. В 4 месяца выявлена анемия, задержка психомоторного развития, горизонтальный нистагм, установлена частичная атрофия диска зрительного нерва. По результатам нейросонографии - дилатация передних рогов боковых желудочков, третьего желудочка, субарахноидального пространства и продольной щели головного мозга, признаки нерезкого повышения скорости кровотока в вене Галена.

Под наблюдением невролога по месту жительства с диагнозом: Последствия органического поражения ЦНС. Атонически-астатический синдром. Задержка психо-моторного и речевого развития. Нарушение функции тазовых органов по типу «не-контроля».

В возрасте 1 года 10 месяцев выявлено уплотнение стенок внутрипеченочных желчных протоков, повышение эхогенности и увеличение размеров почек, киста диаметром 5мм в нижнем полюсе левой почки. Врожденный амавроз Лебера (Vis: светоощущение). По МРТ головного мозга в 2 года - единичные очаги глиальных изменений (перивентрикулярно над треугольником левого бокового желудочка, в островковой части правой лобной доли, в субкортикальном отделе левой лобной доли). По ЭЭГ – диффузные изменения биоэлектрической активности общемозгового характера. КТ головного мозга – краниостеноз, ретроцереbellарная киста, признаки смешанной гидроцефалии. В 2 года 7 месяцев – операция – реваскуляризация зрительного нерва справа, ретросклеропломбирование и акупунктурное введение аллопланта слева.

По результатам УЗИ почек в динамике: в 4 месяца – нефромегалия (общий объем почек = 76см<sup>3</sup>), неоднородность, повышение эхогенности паренхимы обеих почек; в 2,5 года – нефромегалия (общий объем почек = 134,5см<sup>3</sup>), повышение эхогенности, нарушение корково-мозговой дифференцировки паренхимы, 2 округлых гипозоногенных образования в паренхиме (слева 6мм, справа 2,2мм); в 3 года – нефромегалия (общий объем почек = 147см<sup>3</sup>), повышение эхогенности паренхимы обеих почек, кисты 2-3 мм в диаметре.

При поступлении в клинику ведущими клиническими синдромами заболевания у девочки А, 3 лет, являлись: отставание в физическом развитии (дефицит массы тела 20%), отставание в психо-моторном и речевом развитии, нарушение функции органа зрения (только светоощущение), рахитические деформации скелета (лобные, теменные бугры, «четки», «браслетки», «Гаррисонова» борозда), асимметрия и гидроцефальная форма черепа, мышечная гипотония, синдром артериальной гипертензии (АД на руках 143/112мм.рт.ст.-130/75мм.рт.ст при ЧСС 110 в мин), синдром интоксикации (уремической), гепатоспленомегалия, синдром портальной гипертензии, полидипсия, полиурия, нарушение функции тазовых органов по типу «не-контроля» (самопроизвольные мочеиспускание и дефекация), множество стигм дисэмбриогенеза.

По лабораторным данным в клинике подтверждены: анемия средней степени тяжести ( $Hb=83\text{г/л}$ ,  $Eg=2,9 \cdot 10^{12}/\text{л}$ ,  $MCV=78,7$ ;  $MCH=27,1$ ;  $MCHC=344$ ;  $Ht=23,5\%$ ,  $Ret=5\%$ ) при отсутствии дефицита железа (сыв.  $Fe=13\text{мкмоль/л}$ , ферритин= $68,8\text{мкг/л}$ ), повышение креатинина ( $0,180\text{ммоль/л}$ ), мочевины ( $18,5\text{ммоль/л}$ ), гиперкалиемия ( $6,3\text{ммоль/л}$ ), гиперхлоремия ( $109\text{ммоль/л}$ ), гиперренинемия ( $102,9\text{пг/мл}$ ), гиперальдостеронемия (более  $1000\text{пг/мл}$ ). Снижение скорости клубочковой фильтрации по расчетной формуле Schwartz ( $25\text{мл/мин}$ ). Уровень паратгормона в пределах нормы ( $88,1\text{пг/мл}$ ), тиреоидный статус в норме, показатели кислотно-основного состава крови компенсированы. Мочевой синдром в виде глюкозурии ( $2,8\text{ммоль/л}$ ), протеинурия ( $0,5\text{г/л}$ ), микрогематурии (7 в п/зр); рН мочи 7,5-8,5; гипостенурия (1006-1010). Микроальбуминурия (более  $200\text{мг/л}$ ). Посев мочи - стерилен, вирусурия (ЦМВ, ВПГ1/2, ВЭБ) не выявлена.

**По результатам УЗИ:** нефромегалия (общий объем почек= $92,6\text{см}^3$ , норма  $62,9 \pm 1,2\text{см}^3$ ), множество кист в паренхиме обеих почек (максимальная справа  $0,5\text{см}$ , слева  $0,8\text{см}$ ). Кортико-мозговая дифференцировка паренхимы отсутствует. Эхогенность паренхимы почек повышена. Гепатоспленомегалия. Признаки фиброза печени, диффузная неоднородность паренхимы печени, единичная киста в правой доле печени размером  $11 \times 8\text{мм}$ . Селезенка с фиброзными прослойками.

**По результатам ЭХО-КГ:** выявлены признаки гипертрофии миокарда левого желудочка.

**По результатам офтальмологического осмотра:** положительный окулопальцевой синдром. ОУ-глазная щель сужена из-за особенностей расположения глазных яблок в орбите (глубоко посаженные). Ребенок не фокусирует взгляд. Непроизвольные движения глазных яблок. Зрачки плохо реагируют на свет. Нистагм. Веки и конъюнктивы без особенностей. Роговица блестящая, прозрачная. Радужка в цвете и рисунке не изменена. Хрусталик прозрачный, расположен правильно. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый с сероватым оттенком, контуры четкие, сосудистый рисунок обеднен. Макулярная зона гиперпигментирована. По всей площади сетчатки множественные беспигментные точечные очаги. Диагноз: Амавроз Лебера.

**Заключение:** На основании характерной клинической картины с поражением органа зрения (амавроз Лебера: врожденная слепота, нистагм, дегенерация сетчатки), почек (нефромегалия, множественные диффузно-расположенные кисты в паренхиме обеих почек,

полидипсия, полиурия, глюкозурия, микрогематурия, протеинурия), печени (фиброз и кистоз печени), ЦНС (отставание с психо-моторном и речевом развитии, гидроцефалия, нарушение функции тазовых органов) в сочетании с анемией средней степени тяжести, девочке А, в возрасте 3 лет установлен диагноз: Senior-Loken синдром. Осложнения заболевания: Хроническая болезнь почек С4. Синдром портальной гипертензии. Гипертрофия миокарда левого желудочка. Ребенку показано проведение консервативной коррекции почечной недостаточности, постановка на учет и наблюдение в отделении ЗПТ, лечение портальной и артериальной гипертензии.

### **Список литературы**

1. Андреева Э.Ф., Савенкова Н.Д. Кистозные болезни почек у детей. Учебное пособие для студентов/Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации. Санкт-Петербург, 2012 - 40с. Сер. Библиотека Педиатрического Университета
2. Детская нефрология: руководство для врачей / Под ред. М.С. Игнатовой. - 3е изд, переработ, доп. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011: 195-199.
3. Андреева Э.Ф. Клинико-генетическое исследование детей и подростков с поликистозом почек. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук/Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Санкт-Петербург, 2008
4. <http://omim.org/entry/266900?search=senior-loken&highlight=seniorloken%20senior%20loken> ссылка актуальна на 15.02.2019
5. Dekaban A.S. Hereditary syndrome of congenital retinal blindness (Leber) , polycystic kidneys and maldevelopment of the brain. American journal of ophthalmology. 1969; 68 (6): 1029-1037.
6. Otto E., Hoefele J., Ruf R. et al. A gene mutated in nephronophthisis and retinitis pigmentosa encodes a novel protein, nephroretinin, conserved in evolution. Am. J. Hum. Genet. 2002; 71:1161-1167.
7. Аксенова М.Е. Нефронофтиз и нефронофтиз-ассоциированные синдромы. Педиатрия. 2015; 94 (3):82-88.

# ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНО-ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ

Буряк В. Н.

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Екатеринбург

vladimir.buryak@inbox.ru

**Цель исследования:** изучить функциональное состояние эндотелия при острых респираторно-вирусных инфекциях у детей.

**Материалы и методы:** Обследовано 40 детей в возрасте от 3-х до 13 лет, находившихся на стационарном лечении по поводу острой респираторно-вирусной инфекции и 20 здоровых детей аналогичного возраста, составивших контрольную группу. У всех детей было изучено содержание в крови простагландинов Е, F, простациклина, тромбксана. Концентрация указанных простаноидов определялась посредством радиоиммунологического метода с применением наборов реактивов фирмы «Amersham» (Великобритания).

**Результаты:** Результаты. Обнаружена тенденция к повышению концентрации таких простаноидов, как простагландин Е и простациклин, обладающих вазодилиатирующим эффектом, а также тромбксана, участвующего в процессе тромбообразования при снижении содержания простагландина F с вазоконстрикторным воздействием. При этом повышение уровня простагландина Е и тромбксана, а также снижение концентрации простагландина F было достоверным по сравнению с группой контроля. Содержание простагландина Е у больных детей составило  $986,44 \pm 66,03$  пкг/мл, у здоровых  $708,23 \pm 15,63$  пкг/мл ( $p < 0,05$ ). Уровень тромбксана у обследованных пациентов равнялся  $1107,43 \pm 77,64$  пкг/мл, в контроле –  $793,67 \pm 41,46$  пкг/мл ( $p < 0,01$ ). Концентрация простагландина F у больных составила  $403,55 \pm 44,21$  пкг/мл, у здоровых –  $567,80 \pm 53,50$  пкг/мл ( $p < 0,05$ ). Полученные закономерности были нами связаны с действием токсинов возбудителей вирусных инфекций на сосудистый эндотелий, истощением компенсаторных вазоконстрикторных реакций, что подтверждалось у 57,5% пациентов превышением нормальных значений простагландина Е, у половины больных – простациклина и у 47,5% лиц – тромбксана, а также у 40% пациентов снижением простагландина F.

**Заключение:** Полученные результаты свидетельствуют о развитии у детей нарушений функционального состояния эндотелия на фоне острых респираторно-вирусных инфекций. Указанное обстоятельство диктует необходимость включения в комплекс лечения детей, переносящих острую респираторно-вирусную инфекцию, противовирусных препаратов, обладающих способностью восстанавливать функциональную активность эндотелиальных структур.

## **ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

*Бутько П. В., Шабалов А. М.*

*Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом общего ухода за детьми ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, Санкт-Петербург*

**Актуальность исследования:** нарушения формирования пищевого поведения у детей представляют одну из ведущих причин развития ожирения и метаболического синдрома в будущем. Анализ наиболее актуальных и распространенных ошибок родителей в воспитании и формировании пищевого поведения у детей в раннем возрасте является важной составляющей в профилактике избыточного веса и ожирения у детей.

**Цель исследования:** оценить особенности и проблемы в формировании правильного пищевого поведения у детей в возрасте от 1 до 3 лет в г. Санкт-Петербурге.

**Материалы и методы:** Проведено анкетирование 298 родителей с использованием on-line платформы «Google формы». Площадкой для опроса явилась социальная сеть «ВКонтакте», в частности тематические группы для мам, имеющих детей раннего возраста. Вопросы были разработаны с учетом рекомендаций, включённых в Национальную программу оптимизации питания детей в возрасте от 1 года до 3 лет в Российской Федерации (2016 г.). Результаты: согласно полученным данным, только 28% детей имеет 5 организованных приемов пищи в день, 51% - имеют 4 кормления в день, 21% - 3 кормления. Больше половины детей (52%) имеют 2 перекуса в день. Самыми распространенными перекусами явились мучные изделия (30%), а также овощи и фрукты (27%). Необходимо отметить, что 78% родителей не уделяет внимания оформлению блюда, а 57% предлагают еду из баночки/



упаковки, не выкладывая ее в посуду. Также следует отметить, что 12% детей не любят овощи. Совместный прием пищи не организуется у 7% семей, а 16% семей не обеспечивает адекватной замены блюд, от которых отказался ребенок. Во время приема пищи примерно одинаковое количество детей (23%) смотрят планшет/телефон и взрослых (24%) смотрят телевизор. Отмечен высокий процент (37%) семей, посещающих фаст-фуд с детьми.

**Выводы:** анализ полученных данных показал, что следует больше внимания уделять формированию пищевого поведения. Необходимо обеспечивать полноценные 5 приемов пищи в день, стремиться к полному исключению перекусов. Важно рекомендовать родителям уделять внимание оформлению блюд и выкладывать уже готовые блюда из упаковки в посуду ребенка. Следует вводить в рацион большее количество овощей и фруктов и обеспечивать адекватную замену блюд, от которых отказался ребенок. Ребенок должен принимать пищу в спокойной обстановке, необходимо убрать игрушки, которые могут отвлечь внимание ребенка, выключить телевизор, планшет, мобильный телефон. Важно исключать фаст-фуд из рациона как детей, так и родителей.

## **ПАТОЛОГИЯ КОЖИ У ДЕТЕЙ-СПОРТСМЕНОВ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

*Волкова<sup>1</sup> О. С., Орджоникидзе<sup>2</sup> З. Г., Павлов<sup>2</sup> В. И., Демидов<sup>3</sup> Н. А.,  
Резепов<sup>4</sup> А. С.*

*1. УК ПРОФИ Клиник, ООО. г. Владивосток*

*2. ГАУЗ МНПЦ МРВСМ Департамента здравоохранения г. Москвы, РФ.*

*3. ГБУЗ Больница г. Московский Департамента здравоохранения г. Москвы, РФ*

*4. Медицинский штаба ПФК «Арсенал» (Тула)*

*mnpdsm@mail.ru*

В городе Москва имеется более 3600 млн. лиц, занимающихся спортом на разном уровне подготовки. Значительную часть из них составляют дети и подростки. Численность населения Приморья, систематически занимающегося физической культурой и спортом на данный момент, превышает 500 000 человек. По данным профильного департамента краевой администрации количество систематически занимающихся спортом жителей края за прошлый год увеличилось на 5,6%.

В настоящее время, в Приморье занимается физкультурой и спортом более 25% человек, или, каждый четвертый житель края.

При этом наибольший рост количества занимающихся спортом (более чем на 11 тыс. человек) наблюдается в возрастной категории до 18-ти лет. Причем, зачастую это подростки-спортсмены высокого и, даже, чемпионского уровня, имеющие в некоторых видах спорта (художественная гимнастика, синхронное плавание, фигурное катание и др.) лидирующие позиции в мире.

**Материалы и методы:** За основу взята выборка углубленного медицинского обследования (УМО), включавшая осмотр дерматолога, 1435 спортсменов Приморского края и Московского региона.

**Обсуждение:** По нашим данным, около 40% спортсменов-подростков организованных спортивных коллективов, имели поражения кожи. Особое внимание уделялось кожным инфекциям, распространенны у спортсменов всех возрастов, особенно тех, кто занимается такими видами спорта, как борьба и футбол. Инфекции могут передаваться от одного спортсмена другому непосредственно через непосредственный контакт или косвенно через загрязненные предметы, такие как полотенца, маты и оборудование.

Наиболее часто наблюдавшейся вирусной инфекцией кожи у спортсменов, было поражение, вызванное вирусом простого герпеса. При этом обращало на себя внимание наличие у 2,6% спортсменов-подростков герпетической инфекции; частота достигала 7,6% у спортсменов, занимающихся единоборствами.

Особое внимание обращало относительно частое выявление у спортсменов-единоборцев, т.н., *tinea corporis gladiatorum*. Действительно, несмотря на то, что инфекция простого герпеса у борцов достаточно хорошо известна, в последнее время повышенное внимание уделяется дерматофитной инфекции, так как *tinea corporis gladiatorum*, вызываемая в большинстве случаев *Trichophyton tonurans*, поражает борцов с угрожающей скоростью. Передача этой инфекции происходит главным образом при непосредственном контакте. Быстрое выявление и лечение *tinea corporis gladiatorum* жизненно важно для минимизации нарушений в командных тренировках и соревнованиях. Первостепенное значение имеют профилактические меры.

Из бактериальных инфекций большую проблему представляют штаммы стафилококка, устойчивые к бета-лактамам антибиотикам,

часто вызывающие у спортсменов целлюлит, фолликулит, фурункулы, абсцессы. Наиболее часто, подобные поражения выявлялись у представителей контактных видов спорта. Штаммы, предающиеся в спортивной среде, зачастую были чувствительны к фторхинолонам, эритромицину, доксицилину

Из других актуальных проблем, следует отметить контагиозный моллюск, бородавки, грибковые поражения. Чтобы снизить риск развития кожных инфекций в организованных спортивных детско-юношеских коллективах, мы рекомендуем:

- Чаще мыть руки с мылом и водой, а при их отсутствии, - использовать спиртосодержащие салфетки для рук;
- Принимать душ как можно скорее после каждой тренировки и игры;
- Мыть и сушить форму и тренировочный инвентарь после каждого использования.
- Не делиться полотенцами, мылом, лосьонами, одноразовыми бритвами или другими предметами личной гигиены
- Использовать защитный барьер (например, полотенце) между кожей и общим оборудованием, таким как силовые тренажеры или скамейки для сауны.

**Заключение:** Вследствие значительных перегрузок, снижающих иммунитет, и непосредственных контактов в процессе состязаний, в среде спортсменов-подростков распространены кожные инфекции, зачастую специфические и устойчивые к терапии. Это диктует повышенную настороженность врачей-дерматологов в отношении кожных инфекций и акцент на профилактические мероприятия.

# ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ ПРИ ПОДГОТОВКЕ ПАЦИЕНТОВ К АСИТ

*Воронцова И. М.*

*ФГБОУ ВО Ярославский Государственный Медицинский Университет*

*Минздрава РФ, г. Ярославль, Россия*

*vorontsovainessa@yandex.ru*

**Цель исследования:** Определить диагностические подходы и возможные ошибки в процессе подготовки пациентов с пыльцевой аллергией к проведению аллерген-специфической иммунотерапии (АСИТ) при результатах кожного аллерготестирования, указывающих на полисенсibilизацию.

**Материалы и методы:** Анализ литературных данных в базе PubMed, elibrary.

**Результаты и обсуждение:** Кожные пробы, входящие в клинические рекомендации и стандарты диагностики аллергических заболеваний, были и остаются основной процедурой при обследовании детей и взрослых. По литературным данным, у 50-80% пациентов результаты аллергообследования указывают на полисенсibilизацию. Когда положительные результаты кожных прик-тестов выявляют сенсibilизацию к аллергенам из разных групп, например, клещ домашней пыли и пыльца злаков, проблем с выбором причинно-значимого лечебного аллергена для АСИТ, как правило, не возникает. Однако, сложной оказывается ситуация при четкой клинической симптоматике аллергического ринита, риноконъюнктивита и/или бронхиальной астмы и выявлении сенсibilизации сразу к нескольким пыльцевым аллергенам из групп растений, календарные периоды цветения которых перекрываются или следуют один за другим.

АСИТ – единственный метод лечения, дающий длительный эффект после завершения. Принимая во внимание продолжительный период лечения и его стоимость, врач должен оценить эффективность планируемой АСИТ и выявить причинно-значимый аллерген, что бывает затруднительно в случае положительных результатов на ряд (или множество) аллергенов. Среди способов, уточняющих диагностику, ведущие позиции занимает компонентная или молекулярная аллергодиагностика (КАД), позволяющая определить IgE к уникальным и перекрестно-реагирующим молекулам в составе аллергена, и дифференцировать, таким образом, истинную сенсibilизацию от

перекрестного реагирования. Показано, что при положительных кожных пробах с несколькими пыльцевыми аллергенами, последующая КАД выявляет сенсibilизацию к профилинам и/или полкальцинам, дающим перекрестные реакции у 37% обследованных. То есть треть пациентов, считающаяся полисенсibilизированными по результатам анамнеза и кожных проб, таковыми не являются. Пожалуй, единственным недостатком КАД остается ее высокая стоимость. Как показывают новейшие исследования, количество позиций для КАД можно значительно уменьшить, изменив шкалу оценки кожных проб.

Именно в процессе подготовки к АСИТ, оценивая результаты кожных проб, важно установить размер волдыря, считающийся положительной пробой. При проведении кожных проб по обычному протоколу диагностическим считается диаметр положительного прик-теста 3 мм. Исследования показали, что профиль АСИТ, основанный на клинических данных и результатах прик-тестов размером 3 мм, после проведения КАД был изменен в 42-48%, а основанный на диаметре прик-теста 5 мм – только в 19-21% случаев. Таким образом, только лишь увеличение диагностически значимого размера волдыря с 3 до 5 мм наполовину улучшает точность диагностического поиска, отсекая пациентов с положительными пробами небольшого диаметра, которые могли бы быть результатом перекрестного реагирования и давать картину псевдополисенсibilизации.

**Выводы:** Выявление причинно-значимого аллергена является основополагающим фактором назначения эффективной АСИТ. Высокий процент выявления полисенсibilизации при обследовании пациентов заставляет решать вопрос о выборе наиболее важного лечебного аллергена. Шагом, помогающим на пути диагностики, является изменение шкалы оценки кожных проб. Установление размера волдыря, который рассматривается как положительный результат прик-теста, на уровне 5 мм, позволит уже на этом этапе отсечь большую часть положительных проб по причине перекрестного реагирования. Если после этого сохраняется неопределенность с установлением ведущего причинно-значимого аллергена, то следует обратиться к методу компонентной аллергодиагностики.

# АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СОМАТИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

*Гранкина Н. О., Нагнайна И. Г., Бондаловская Е. О., Кисилёва А. К.,  
Лучанинова В. Н.  
СПб ГБУЗ «Детская городская больница №2 св. Марии Магдалины»,  
Санкт-Петербург  
ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России,  
Санкт-Петербург  
lvaln@mail.ru*

Объективно отразить степень утраты здоровья детского населения позволяют показатели заболеваемости, а её структура даёт возможность определить приоритеты профилактики при организации обслуживания детей в лечебно-профилактических учреждениях (приказ МЗ РФ от 07.03.2018, № 92н).

**Цель исследования:** изучить структуру заболеваний детей, находившихся в последние три года на обследовании и лечении в соматическом (педиатрическом) отделении одной из многопрофильных детских больниц г. Санкт-Петербурга.

**Материал и методы:** Материалом для анализа послужили годовые отчёты заведующего отделением. При обработке результатов применялись методы описательной статистики.

**Результаты:** Определено, что отделение все годы работало интенсивно, а именно: показатель работы койки в году в среднем от 463,19 до 503,6, заполнение отделения от 119,2 до 138,0% в 2018 году. Основная масса больных поступала из приёмного отделения в экстренном порядке. После дифференциально-диагностического обследования и назначения лечения в соматическом отделении (длительность пребывания на койке от 8,5 дней в 2016 до 6,2 в 2018 году) пациенты при необходимости переводились в профильные отделения. Из нозологических групп болезней обращает на себя внимание рост количества больных с бронхолёгочными заболеваниями, в частности, с пневмониями. Так в 2017 году имело место значительное увеличение среднетяжёлых микоплазменных пневмоний у детей младшего и старшего школьного возраста. Постановка диагноза этим детям уже в первые дни пребывания в стационаре не представляла трудностей (болезнь протекала

типично для так называемой атипичной пневмонии) и персонифицированная терапия была эффективна. Широкое использование бытовой химии, продуктов с высоким содержанием красителей и консервантов, а также нерациональное питание детей и бесконтрольный приём лекарственных препаратов способствуют увеличению количества пациентов, как с гастроэнтерологической, так и аллергической патологией. Особенностью клиники болезней костно-мышечной системы (артриты, синовиты и др.) стала более выраженная их тяжесть, а также атипичное течение, что требует применения большего количества диагностических методик для установления окончательного диагноза.

Отмечается значительное увеличение больных с заболеваниями мочевой системы (3,4 +/- 0,3 на одну койку в 2015 и 5,9 +/- 0,1 в 2017 году, данные статистически достоверны,  $P < 0,001$ ), причём рост идёт за счёт детей до 3-х лет. Особенностью структуры заболеваний в отделении в последние годы является нарастание количества больных психосоматического профиля (нервная анорексия, боли в животе, головные боли, вегето-сосудистая дистония и др.). В диагностическом процессе пациентов этой группы участвуют профильные специалисты - психологи и психотерапевты. В возрастном аспекте, на первом месте многие годы находятся дети 7-14 и подростки 15-17 лет. В обеих группах преобладает гастроэнтерологическая и психосоматическая патологии. Далее стоят дети раннего возраста и 4-6 лет. Среди них преобладают болезни бронхолёгочной, костно-мышечной и мочевыводящей систем. Данные совпадают со статистикой органов Роспотребнадзора. Это говорит о низком уровне профилактической работы в амбулаторной службе, а также малой заинтересованности родителей в мероприятиях по предупреждению заболеваний.

**Заключение:** Таким образом, анализ структуры заболеваний педиатрического (соматического) отделения многопрофильной детской больницы даёт возможность определить направления профилактики в амбулаторно-поликлинической службе. Кроме того, важным остаётся повышение уровня знаний и профессионализма врачей поликлиник в диагностике заболеваний, маршрутизации в зависимости от нозологической формы и тяжести состояния больного.

# ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ЛИМФОЦИТОВ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

*Дементьева Е. А., Гурина О. П., Блинов А. Е., Варламова О. Н., Блинов Г. А., Степанова А. А.*

*Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет*

*zorra2@yandex.ru*

Развитие атопического дерматита у детей раннего возраста обусловлено генетической предрасположенностью, заболеваниями матери во время беременности, а также воздействием неблагоприятных экологических факторов. Повышенная выработка медиаторов воспаления при развитии аллергических реакций может привести к изменениям в дифференцировке лимфоцитов.

**Цель:** исследования: изучение особенностей дифференцировки лимфоцитов при атопическом дерматите у детей до 1 года.

**Материалы и методы:** Обследовано 39 детей в возрасте от 3 месяцев до 1 года. Первая группа – пациенты в возрасте 3-5 месяцев (13 детей), вторая группа – пациенты в возрасте 6-9 месяцев (11 детей), третья группа – пациенты в возрасте 10 месяцев – 1 год (15 детей). Иммунофенотипирование лимфоцитов проводилось методом проточной цитофлуориметрии (EPICS XL-MCL, Beckman Coulter, США) по безотмывочной технологии, клетки окрашивались трехцветными комбинациями моноклональных антител, конъюгированных с флуоресцентными красителями FITC/PE/PC5 (Beckman Coulter, США). Общий IgE – иммуноферментный анализ (ИФТС «Алкор-Био», Россия).

**Результаты:** Среди детей всех групп отмечается гипериммуноглобулинемия E, превышающая возрастную норму в 2,4 – 80 раз. Для дифференцировки лимфоцитов у детей первой группы характерно развитие абсолютной Т-лимфопении (23,1% случаев), за счет снижения абсолютного количества Т-хелперов (23,1% случаев), цитотоксических Т-лимфоцитов (38,5% обследованных), активированных Т-клеток с маркерами активации HLA-DR (100% детей), CD25+ (23,1% случаев). Иммунорегуляторный индекс (ИРИ) повышен у 53,8% детей первой группы. У пациентов второй группы отмечается абсолютная В- (36,4% детей) и Т-лимфопения (36,4% случаев). Выявлено снижение



абсолютного уровня Т-хелперов у 18,2% обследованных, Т-цитотоксических лимфоцитов – у 27,3%, активированных CD3+HLA-DR+ - у 72,7%. ИРИ снижен в 27,3% случаев, повышен – в 45,5% у детей второй группы. У детей третьей группы диагностированы относительная и абсолютная В-лимфопения (33,3% и 20%, соответственно), снижение относительного и абсолютного количества активированных НК-лимфоцитов (40% и 26,7%, соответственно), относительного и абсолютного уровня клеток CD3+HLA-DR+ (73,3% и 93,3%, соответственно), относительной концентрации активированных CD25+ Т-лимфоцитов (у 13,3% детей). ИРИ среди детей третьей группы снижен у 60%, повышен – у 26,6%. Для всех групп обследованных детей характерно повышение абсолютного уровня защищающих слизистые оболочки –Т-лимфоцитов: у 53,8% детей первой группы, у 63,6% детей второй группы, у 20% детей третьей группы.

**Выводы:** Изменения в дифференцировке лимфоцитов относительно возрастной нормы у детей раннего возраста при атопическом дерматите обуславливают незащищенность от сопутствующей инфекционной патологии. Своевременная диагностика субпопуляционного состава лимфоцитов позволит провести патогенетически обоснованную иммунокоррекцию для снижения риска возникновения сопутствующей патологии, а также повышения эффективности базовой терапии.

## **ОСОБЕННОСТИ СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ И ВОРОТНОЙ ВЕНЫ У ДЕТЕЙ С КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ЭКЗОГЕННЫМ ОЖИРЕНИЕМ**

*Джамаев Л. С., Джумагазиев А. А.*

*ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет»*

*Минздрава России, Астрахань*

*Leta\_dzhamaev1@mail.ru*

*Anver\_d@mail.ru*

**Ключевые слова:** ожирение, ультразвуковая диагностика, селезеночная артерия, воротная вена.

**Актуальность:** За последние десятилетия в большинстве стран мира отмечается рост распространенности ожирения как среди

взрослого населения, так и среди детей [1]. Особую тревогу вызывает рост распространенности ожирения среди детей, становясь актуальнейшей проблемой педиатрии [2].

**Цель исследования:** изучение особенностей гемодинамики селезеночной артерии и воротной вены у детей с конституционально-экзогенным ожирением (КЭО).

**Материалы и методы:** В исследование было включено 60 детей в возрасте 5–15 лет, распределенных на 2 группы по индексу массы тела (ИМТ): 30 детей с КЭО (ИМТ от 30,0 до 42,87 – 1 группа) и 30 здоровых детей с нормальным ИМТ (от 18,5 до 24,9 – 2 группа). Пациенты были включены в исследование с информированного согласия их родителей. Критериями исключения из исследования были: острых или хронические заболевания органов пищеварения, заболевание сердечно-сосудистой системы, вторичное ожирение, сахарный диабет 1 типа, наследственные заболевания. Оценка доплерографических показателей проводилась на ультразвуковом сканере Samsung Medison-WS80A по общепринятым методикам. Всем пациентам была выполнена ультразвуковая доплерография воротной вены (ВВ) и селезеночной артерии (СА) [3]. Оценивались диаметр (D, мм), объемные скорости кровотока по селезеночной артерии (VF1, мл/мин) и воротной вене (V voll, мл/мин). [4]

**Результаты исследования и их обсуждение:** у детей I группы с КЭО, по сравнению с детьми из II группы с нормальным ИМТ диаметры воротной вены (соответственно  $10,89 \pm 0,85$  мм и  $9,21 \pm 0,15$  мм;  $p=0,0001$ ) и селезеночной артерии (соответственно  $7,92 \pm 3,22$  мм и  $4,99 \pm 0,09$  мм;  $p=0,0001$ ) отмечались большего размера. Вместе с тем, у детей с КЭО выявлено повышение объемной скорости кровотока по селезеночной артерии по сравнению с детьми с нормальным ИМТ (соответственно  $499,22 \pm 28,98$  мл/мин и  $461,53 \pm 19,67$  мл/мин;  $p=0,040$ ).

**Заключение:** Таким образом, у детей, имеющих КЭО, отмечаются более высокие диаметры воротной вены и селезеночной артерии, при больших значениях объемных скоростных показателей селезеночной артерии.

#### **Литература:**

1. Всемирная организация здравоохранения. Ожирение и избыточный вес. Информационный бюллетень ВОЗ № 311. Январь 2015. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/ru/>

2. Джумагазиев, А.А. Проблема ожирения у детей в современном мире: реалии и возможные пути решения / А.А.Джумагазиев, Д.А.Безрукова, М.В.Богданьянц, Ф.В.Орлов, Д.В.Райский, Л.М.Акмаева, О. В.Усаева, Л.С.Джамаев // Вопросы современной педиатрии. – 2016. – Т. 15, № 3. – С. 250–256.
3. Митьков, В.В. Допплерография в диагностике заболеваний печени, желчного пузыря, поджелудочной железы и их сосудов / В.В Митьков.- М.: Издательство « Видар-М» , 2000.-146 с.
4. Zwiebel,W.J. Introduction to Vascular Ultrasonography (5 th ed.) /W.J. Zwiebel, J.S Pellerinto //Elsevier Inc. Philadelphia, 2005.-246 p.

## **ОСОБЕННОСТИ И ХАРАКТЕР ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ**

*Жукова<sup>1</sup> Л. Ю., Колобова<sup>1</sup> О. Л., Соколова<sup>2</sup> Н. Е., Петруничева<sup>2</sup> Е. В.,  
Иванов<sup>2</sup> Д. В.*

*<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический  
медицинский университет» Минздрава России,*

*<sup>2</sup> Государственное бюджетное учреждение здравоохранения детская  
городская больница № 1, Санкт-Петербург  
ZukovaL65@mail.ru*

**Актуальность исследования:** обусловлена эпидемическим распространением ВИЧ-инфекции в России, высоким уровнем пораженности населения Санкт-Петербурга (доля ВИЧ-инфицированных жителей города составляет 1%), появлением ВИЧ-диссидентов и, как следствие, ежегодной регистрацией новых случаев ВИЧ-инфекции у детей Санкт-Петербурга. В условиях эпидемии заболевания в Санкт-Петербурге важны ВИЧ-настороженность педиатров различных специальностей и своевременная диагностика инфекции у детей не имеющих документированного положительного ВИЧ-анамнеза. ВИЧ-индуцированные гематологические проявления не являются клиническими маркерами инфекции, характеризуются, как правило, развитием цитопенических состояний или нарушений свертывания крови. Полагают, что гематологические проблемы типичны для поздней стадии заболевания и указывают на тяжелое прогрессирующее течение инфекции.

**Цель исследования:** анализ особенностей развития и характера гематологических нарушений у больных с ВИЧ-инфекцией на этапе первичной диагностики и в динамике заболевания на протоколах высокоактивной антиретровирусной терапии.

**Материал и методы исследования:** проанализировано 27 историй болезни пациентов с ВИЧ-инфекцией находившихся на стационарном обследовании и лечении в ГБУЗ ДГБ №1 Санкт-Петербурга (отделения общей гематологии, патологии детей раннего возраста, соматическое) в период 2009-2018 гг.

Среди пациентов было 14 девочек и 13 мальчиков в возрасте от 2 месяцев до 17 лет, 22 ребенка жители Санкт-Петербурга, 4 иногородних пациента, 1 иностранец.

При госпитализации диагноз ВИЧ-инфекции был документирован у 12 детей, все больные постоянно проживали в Санкт-Петербурге и наблюдались в Центре по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, направлены на госпитализацию в связи с появлением гематологических нарушений. Из этих больных, 4 ребенка в возрасте от 2 до 16 месяцев жизни наблюдались с диагнозом R 75 (перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции, все на протоколах профилактики передачи от матери ребенку) и 8 детей в возрасте от 3 до 12 лет с различными стадиями В 23 (7 на протоколах высокоактивной антиретровирусной терапии, 1 без антиретровирусной терапии в связи с отказом родителей от лечения).

Анамнестические указания о наличии ВИЧ-инфекции отсутствовали у 15 обследованных пациентов, из них 3 ребенка в возрасте до 12 месяцев жизни, 3 – в возрасте от 12 до 36 месяцев, 4 – в возрасте от 3 до 6 лет, 2 – в возрасте от 7 до 11 лет, 3 – в возрасте от 13 до 17 лет. Первичная диагностика ВИЧ-инфекции проводилась на основании результатов обследования на антитела к ВИЧ методом ИФА с подтверждением в иммуноблоте и подсчетом вирусной нагрузки методом ПЦР.

После получения лабораторного подтверждения ВИЧ-инфекции дети осматривались специалистом по ВИЧ-инфекции для окончательной формулировки диагноза с установлением клинической стадии, иммунной категории, вторичных заболеваний и решения вопроса о тактике лечения. Стадия и фаза заболевания у больных формулировались на основании действующей в России классификации ВИЧ-инфекции, утвержденной Приказом Минздравсоцразвития России от 17 марта 2006 года № 166.

**Результаты исследования:** поводом к стационарному обследованию у наблюдаемых детей с перинатальным контактом по

ВИЧ-инфекции явилось развитие анемического синдрома (3) или появление нейтропении (1). Анемический синдром был изолированным и соответствовал тяжелой степени у 1 ребенка, у двух больных соответствовал легкой степени и сочетался с другими клиническими и/или лабораторными проявлениями – гипотрофией (2), мононуклеозоподобным синдромом – фарингит, гепатоспленомегалия, наличие мононуклеаров и ускоренного СОЭ (1), развитием абсолютной нейтропении (1). Признаков активной бактериальной, вирусной, грибковой инфекции не выявлено. Расценен как анемия хронических заболеваний. Нейтропения была изолированной, соответствовала степени агранулоцитоза, верифицирована как иммунная, обусловленная наличием периферических антинейтрофильных антител в высоком титре.

В группе детей с ранее установленным диагнозом В 23 гематологические нарушения выявлялись через 1-10 лет после первичной диагностики ВИЧ-инфекции. Возникали как на стадии первичных проявлений (4), так и на стадии вторичных заболеваний (4). Наиболее часто диагностировалась острая тромбоцитопеническая пурпура, впервые выявленная у 4 детей на стадии первичных проявлений, у 2 на стадии вторичных заболеваний.

Обращает внимание последовательность развития тромбоцитопенических проявлений у наблюдаемых больных ВИЧ-инфекцией. Стартовое появление тромбоцитопении в пределах  $40-100 \times 10^9/\text{л}$  без клинических проявлений за несколько лет до острого геморрагического эпизода, с возможными колебаниями числа тромбоцитов до уровня субтромбоцитопении на фоне высокоактивной антиретровирусной терапии. Затем появление геморрагического синдрома петехиально-пятнистого типа, соответствующего 3-4 степени по шкале кровоточивости ВОЗ и требующего иммуносупрессивной терапии высокодозными внутривенными иммуноглобулинами и/или кортикостероидами, достижением клинической или полной клинико-гематологической ремиссии после курса лечения.

Впоследствии через несколько недель или месяцев у больных отмечался рецидив тромбоцитопении, тромбоцитопеническая пурпура приобретала хроническое рецидивирующее течение с постепенным развитием рефрактерности к терапии. Гематологическими нарушениями, диагностированными у больных на стадии вторичных заболеваний явились также железодефицитная анемия средней тяжести алиментарного генеза (1) с эффективным ответом на ферротерапию и достижением выздоровления и развитие транзиторной эритробластопении (1) на фоне активной герпетической инфекции (в периферической крови

и костном мозге методом ПЦР обнаружена ДНК ВГЧ 4 и 6 типов) с достижением эффективного эритропоза на фоне кортикостероидной терапии, выздоровлением больного.

Первичная диагностика ВИЧ-инфекции проведена у 15 больных, имевших гематологические нарушения, поводом к экстренной госпитализации этих пациентов явились появление кровоточивости петехиально-пятнистого типа (10), анемического синдрома средней/тяжелой степени (3), лихорадка, сочетающаяся с дыхательной недостаточностью (2). Клинически при поступлении у больных также выявлены фарингит (5), лимфаденопатия (15), гепатоспленомегалия (15), диарея (3), кандидоз (4), поражение дыхательной системы (3), белково-энергетическая недостаточность (5), поражение нервной системы (4).

Ведущими изменениями в клиническом анализе крови были тромбоцитопения  $<30 \times 10^9/\text{л}$  (10) и анемия II-III степени в сочетании с ускорением СОЭ и нейтрофильным лейкоцитозом. Клинически проявления кровоточивости соответствовали геморрагическому синдрому 2-4 степени по шкале кровоточивости ВОЗ. Тромбоцитопения у всех пациентов данной группы исходно расценивалась как вторичная, всем детям проведена аспирационная биопсия костного мозга для исключения системного заболевания крови и стандартное лабораторное обследование, в том числе, для исключения течения специфических инфекций (герпетические инфекции, ВИЧ, гепатиты). По данным миелограммы у всех больных исключено системное заболевание крови, мегакариоцитарный росток в пределах нормы или раздражен. Обнаружены антитела к ВИЧ методом ИФА, их наличие подтверждено методами ИФА-ИБ, ПЦР. Диагностирована острая тромбоцитопеническая пурпура, вторичная, ассоциированная с ВИЧ-инфекцией.

У детей с анемическим синдромом верифицирована анемия хронических заболеваний, по клиническим показаниям с учетом спектра и активности выявленных инфекций (пневмоцистная пневмония, туберкулез, кандидоз пищевода, микстовая герпетическая инфекция) проведено определение антител к ВИЧ методом ИФА, получены положительные результаты, подтвержденные методами ИФА-ИБ, ПЦР. Дети осмотрены специалистом по ВИЧ-инфекции, с учетом Российской классификации верифицирована стадия ВИЧ-инфекции – первичных проявлений у 10 больных, вторичных заболеваний у 5 пациентов.

**Выводы:** выявленные гематологические нарушения у обследованных больных представлены цитопеническими состояниями: тромбоцитопения, анемия, агранулоцитоз. У 13 больных развитие гематологических синдромов явилось поводом к госпитализации

и позволило выявить ВИЧ-инфекцию. ВИЧ-индуцированные гематологические проявления дебютировали, как правило, на стадии первичных проявлений инфекции как у впервые выявленных пациентов, так и у детей с ВИЧ-стажем. Наиболее часто развивалась вторичная тромбоцитопеническая пурпура.

## **ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ПАРАТРОФИИ У ДЕТЕЙ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ**

*Кдырбаева Ф. Р.*

*Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент,*

*Узбекистан*

*firus\_71@mail.ru*

**Цель исследования:** Разработать профилактические мероприятия для предотвращения развития паратрофии у детей на первом году жизни.

**Материал и методы:** Исследованы амбулаторные карты 25 детей раннего возраста (с периода новорожденности до 1 года), состоящих на учёте врача в семейной поликлинике №48 г. Ташкента. Мальчики составили 16 (64%), девочки 11 (36%). Проводился ретроспективный анализ амбулаторных карт развития детей, а также взвешивание и измерение роста ребенка во время амбулаторного приема и регистрация данных с применением центильных таблиц роста и веса, для девочек и мальчиков. Проводилось также анкетирование матерей, касающихся питания и режима матери во время беременности, вопросов питания ребёнка, прибавки массы тела и роста ребёнка.

**Результаты:** В результате проведенного исследования было выявлено, что на данном участке из 25 обследованных детей 9 (36%) родились с массой тела более 3700-3900 гр. Из них мальчики составили 5 (55%) и девочки 4 (45%). Рождение детей с большой массой тела является результатом нерационального питания во время беременности. По данным анкетирования, все дети 1 года находились на исключительно грудном вскармливании. Ежемесячная прибавка веса у 9 детей родивших с большой массой, составляла 900-1000 гр. Кормили грудью по требованию ребенка 84% женщин, не строгий регламентированный режим кормления использовали 12% и кормили грудью строго по часам 4% матерей. Полученные данные показали, что большинство матерей

12 (48%) во время кормления ребенка грудью питались нерационально, в рационе у них преобладали продукты с большим содержанием углеводов. Часть родителей мало интересовались вопросами правильного питания и развития ребёнка, лишь 70% матерей систематически следили за развитием своих детей, а около 45% матерей не знали, что у ребенка повышенные показатели массы тела ребёнка.

**Выводы:** Таким образом, профилактику развития паратрофии у детей необходимо начинать ещё до рождения ребёнка, во время патронажа беременной. Питание беременной и кормящей матери должно быть рациональным. Необходимо систематически проводить контроль физического развития ребёнка. При возникновении риска развития паратрофии у детей, врачам необходимо корректировать питание кормящей матери и ребенка.

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ И ИХ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ**

*Козлов А. К.*

*ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия*

*akkozlov@bk.ru*

В мировой литературе на протяжении 3-х тысяч лет можно встретить сотни формулировок термина – понятия «Здоровье». Однако до настоящего времени - единого методологически обоснованного понятия – термина «Здоровье» не существует.

Как часто мы употребляем слова с самыми добрыми намерениями: «Здравствуй!», «Будь здоров!», «Здравия желаю!» и т.п. Мы часто говорим о здоровье отдельного человека, коллектива, нации и даже целого государства; используем понятия о физическом, психическом, интеллектуальном и социальном здоровье. Мы в своих рассуждениях хотим не останавливаться на глобальных проблемах социального, психического и интеллектуального здоровья человека, а уделить основное внимание физическому (соматическому) здоровью, которое несомненно зависит и от социальных, и от психологических факторов, но имеет и свое конкретное, практически важное определение.



В 1980-1991 годах мы предложили следующее определение понятия «Здоровье»: «Здоровье человека – это не только отсутствие каких-либо функциональных или морфологических отклонений от конституциональной индивидуальной нормы, но и наличие ряда интегральных показателей организма: уровень и гармоничность физического и психического развития; экономизация физиологических процессов при количественном определении физической работоспособности; высокие резервы адаптации к эустрессам; выраженная неспецифическая резистентность и иммунная защита; отчётливые морально-волевые и ценностно-мотивационные установки».

Индивидуальное здоровье можно рассматривать с позиции жизнеспособности организма человека. Жизнеспособность интегрально отражает состояние человека и может изменяться как во времени, так и под влиянием различных факторов (внутренних и внешних, позитивных и негативных).

Исходя из представления о здоровье как о целостном многомерном динамическом состоянии, наиболее целесообразно для его количественной и качественной оценки использовать понятие – «уровень здоровья». Здоровье можно оценить как хорошее, удовлетворительное, ослабленное, но – здоровье.

Актуальностью и целью количественной оценки физического здоровья детей является необходимость в организации для детей здорового образа жизни с целью назначения индивидуальных программ физического воспитания.

Из антропологии известно, что многие морфологические и функциональные показатели физического здоровья человека генетически детерминированы: продольные и широтные размеры тела, активная масса тела (исключая жировую массу), состав «белых – скоростно-силовых» и «красных – выносливых» мышечных волокон; аэробные и анаэробные возможности биоэнергетики как абсолютные, так и относительные (ЖЕЛ/кг, МПК/кг .мин, ПАНО и др.). Все подобные показатели характеризуют конституцию человека, его соматический тип телосложения и уровень его биологического созревания. Следовательно, можно считать, что объём функциональных резервов (существенная часть физического развития человека) и возможность их увеличения находятся под большим влиянием генотипа и передаются по наследству. Генотип и конституция человека – синонимы – это совокупность наследственных задатков. Изменить генотип нельзя, но скорректировать

можно в процессе онтогенеза, в период интенсивного формирования, в дошкольном возрасте. Следует подчеркнуть, что анализ родословной, оценка объективных данных о физическом здоровье родителей, родственников – может помочь в прогнозировании физического здоровья потомства. Но наследуется не готовое на всю жизнь крепкое здоровье, а только возможность его формирования в условиях возрастного развития.

Норма физического здоровья определяется как оптимальное состояние живой системы, при которой обеспечивается максимальная адаптивность /В.В. Парин, 1965; Ю.А.Макаренко,1985/. Фенотипическая адаптация формируется в процессе взаимодействия человека с окружающей внешней средой и обеспечивается глубокими структурными изменениями организма. Адаптация происходит за счёт экспрессии наличных генов, они формируют в фенотипе реальный облик организма. Человек в процессе индивидуальной адаптации (ребенок, подросток) создаёт запасы памяти и запасы навыков, формирует вектор поведения на основе образования в организме «банка» памятных структурных следов за счёт синтеза нуклеиновых кислот в ядрах клеток. Структурные следы составляют материальную основу индивидуальной фенотипической адаптации /Ф.З. Меерсон, 1993/. При этом в организме человека возникает возможность превращения первоначально срочной, но ненадёжной адаптации, в устойчивую и долговременную тканевую, неспецифическую адаптацию.

При адаптации необходимо учитывать не только экстремальный внешний фактор, но и влияние на генетический «аппарат» клеток (прямое влияние) эндокринных гормонов и нейромедиаторов, которые в совокупности и приводят к увеличению синтеза нуклеиновых кислот и белков в клетках и, как следствие, к формированию структурного «следа» в функциональных системах ответственных за адаптацию организма к конкретному фактору внешней среды. В процессе адаптации в клетках увеличивается масса мембранных структур, ответственных за восприятие клеткой управляющих сигналов, ионный транспорт, энергообразование, то есть изменяются те структуры, которые лимитируют функцию клетки в целом. В подобных условиях создаются предпосылки для «возбуждённого синтеза», для замены и обновления ослабленных и устаревших клеточных структур (апоптоз), своеобразного их омоложения.

При систематическом воздействии эустрессов (в том числе и физических нагрузок) реакция организма на них постепенно ослабевает,

в связи с повышением устойчивости центральных регуляторных механизмов и расширением функциональных резервов. Это явление экономизации физиологических систем позволяет сохранить постоянство внутренней среды организма при действии всё более выраженных раздражителей без патологической реакции. Однако адаптация к эустрессам не беспредельна и может наступить истощение функциональных систем, доминирующих в адаптивной реакции и, как следствие, наступает снижение компенсаторных резервов организма и возникновение предпатологических и патологических состояний.

При прекращении действия эустресса на организм активность генетического «аппарата» в клетках, ответственных за адаптацию функциональной системы, через 2 – 4 месяца резко снижается и происходит исчезновение структурного «следа», составляющего основу обратного процесса – деадаптации. Подобные изменения приводят к повышению «цены адаптации», к снижению уровня физического развития, физической работоспособности, иммунодефицитным состояниям и, как следствие, к уменьшению количественных показателей физического здоровья человека./Н.М. Амосов, 1990/.

Количественная оценка физического здоровья детей должна проводиться на основе индивидуальной конституциональной нормы для каждого ребёнка с учётом пола, календарного и биологического возраста, соматического типа телосложения, психического статуса, этнических и наследственных особенностей, климато-географических условий в месте постоянного проживания, а также повседневной жизнедеятельности. Для оценки Ф.З. в условиях относительного покоя используют методы антропометрии и физиометрии. Но физическое здоровье следует оценивать не только в покое («статическое здоровье»- норма покоя), сколько в динамическом состоянии («динамическое здоровье» (Д.З.)-норма напряжения).

Для оценки Д.З. определяют физическую работоспособность (Ф.Р.) в виде степ- или велоэргометрии с использованием тредбанов. Рекомендуется при определении Ф.Р. оценивать не только единицы выполненной работы, но и исследовать функциональные параметры кардио-респираторной системы с оценкой максимума аэробной мощности в виде максимального потребления кислорода (прямым или расчётным методами).

В основе адаптации организма человека лежит экономизация физиологических функций, имеющих нейро-иммунно-эндокринную

природу, и выраженные проявления в трофике тканей. Экономизация проявляется в «цене адаптации» при стандартных физических нагрузках. Долговременная адаптация сопровождается неспецифической резистентностью организма, благодаря «возбуждённому синтезу» новых клеточных популяций под воздействием эустрессов.

Результаты будут представлены в докладе.

Физическое здоровье можно и должно сохранять и увеличивать в течение всей жизни. Но достигать полноценного физического здоровья можно только при активной жизни человека и при помощи квалифицированной медицинской службы.

В Российской Федерации во всех муниципальных образованиях должны быть организованы современные Центры Здоровья со своей инфраструктурой (залы, стадионы, бассейны и т.д.), доступные для населения микрорайонов во вне учебное и во вне рабочее время. В этих Центрах Здоровья должны быть не только специалисты по физическому воспитанию, но и новое поколение врачей – валеологов (санологов), имеющих лабораторные комплексы, оснащённые современным диагностическим оборудованием для «паспортизации» количественных показателей физического здоровья населения с выдачей каждому человеку рекомендаций по здоровому образу жизни - «Рецепт здоровья»

## **ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТОКСИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ, СОЧЕТАННЫМ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ**

*Кондуфор О. В.*

*ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск*

*kondufor@i.ua*

**Введение.** В настоящее время в практическом здравоохранении уделяется большое внимание различным аспектам проблемы хронических патологических состояний у взрослых. Полиморбидность и коморбидность при этом представляют собой одну из важнейших проблем

в медицинской практике как стационарного, так и амбулаторно-поликлинического звена.

Хронический токсический гепатит (ХТГ) – это достаточно распространенная в современных условиях патология печени, которая нередко сочетается с хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ). При разработке рациональных подходов к лечению больных с указанной коморбидной патологией наше внимание привлекла возможность использования современного энтеросорбента на основе диоксида кремния «Белый уголь».

Было обследовано две группы пациентов по 32 человека в каждой, из которой основная группа получала дополнительно кремнеземный энтеросорбент «Белый уголь» по 3-4 таблетки, каждая из которых содержит 210 мг  $\text{SiO}_2$  3-4 раза в сутки в промежутках между приемами пищи, запивая теплой питьевой водой. Пациенты группы сопоставления получали только общепринятые средства. При проведении иммунологического исследования было установлено, что в обеих группах больных ХТГ, сочетанным с ХНХ, до начала лечения отмечались однотипные сдвиги со стороны изученных иммунологических показателей, а именно: увеличение общей концентрации циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) – в основной группе в среднем в 1,6 раза, в группе сопоставления – в 1,56 раза ( $P < 0,001$ ). При исследовании молекулярного состава ЦИК установлено, что рост уровня ЦИК происходило преимущественно за счет наиболее токсигенных средне- и низкомолекулярных фракций, концентрация среднемолекулярной фракции ЦИК у больных основной группы была повышена в среднем в 2,25 раза, в группе сопоставления – в 2,17 раза относительно показателя нормы ( $P < 0,001$ ). Содержание низкомолекулярной фракции ЦИК в основной группе больных было повышено в 2,1 раза, в группе сопоставления – в 2 раза относительно нормы ( $P < 0,01$ ).

После завершения курса лечения с включением современного энтеросорбента «Белый уголь» у больных основной группы отмечено снижение общей концентрации ЦИК и содержание отдельных фракций – средне- и высокомолекулярных фракций ЦИК до верхней границы нормы, в то время в группе сопоставления, несмотря на некоторую положительную динамику, нормализации изученных иммунологических показателей не происходило. Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что использование в комплексе лечения больных ХТГ, сочетанным с ХНХ современного энтеросорбента «Белый уголь» способствует нормализации как общей концентрации ЦИК, так и их молекулярного состава, прежде всего, обеспечивает снижение содержания

в сыворотке крови наиболее патогенной среднемолекулярной фракции (11S-19S) иммунных комплексов.

Следовательно, применение современного энтеросорбента «Белый уголь» при проведении иммунореабилитации больных ХТГ, сочетанным с ХНХ патогенетически обоснованно и клинически перспективно.

## **ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СПОРТСМЕНОВ-ПОДРОСТКОВ: ПСИХОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ**

*Маринич В. В., Шепелевич Н. В., Маринич Т. В.*

*Полесский государственный университет, Пинск, Республика Беларусь*

*Vital4714@yandex.ru*

**Введение:** Серотониновая система головного принимает участие в регуляции настроения, проявлениях агрессии, физической активности [2]. Полиморфизмы генов серотониновой систем являются маркерами формирования устойчивости спортсменов к физическим и к психическим нагрузкам и отражают различные типы реакций на нагрузку [5]. Базовый уровень концентрации серотонина зависит от полиморфизмов L/S гена 5HTT и T102C гена 5HT2A, определяющих его метаболизм [1].

**Цель исследования:** определить значимые молекулярно-генетические маркеры полиморфизмов генов 5HTT, 5HT2A ассоциированные с повышенным нейротизмом у спортсменов - юниоров.

**Материалы и методы исследований:** Исследуемую группу составили спортсмены, занимающиеся биатлоном, академической греблей и синхронным плаванием и самбо (84 спортсмена). Для молекулярно-генетического анализа использовали образцы ДНК, полученные из буккального эпителия. Используя метод полимеразной цепной реакции (ПЦР) определяли полиморфные локусы генов L/S 5HTT, T102C 5HT2A[3]. Для изучения структуры личности спортсменов использовали опросник Г.Айзенка (EPQ) [4]. При исследовании психологического статуса спортсменов в изучаемых видах спорта особое внимание уделялось носителям лимитирующих генотипов изученных генов.

Собственные исследования.

Как показали проведенные исследования из 23-х спортсменов – биатлонистов, прошедших опросник EPQ, только у 3-х отмечены

высокие значения по шкале «нейротизм». При этом именно у этих спортсменов выявлялись гетерозиготные генотипы по исследуемым локусам генов 5HTT, 5HT2A. В группе самбо тестирование проводилось у 15 спортсменов. Особенностью распределения генотипов среди группы единоборцев с высокими показателями по шкале нейротизм является преобладание исключительно генотипов LL 5HTT и отсутствие других генотипов этого гена. По гену серотонинового рецептора 2 типа (5HT2A) наблюдается преобладание гомозиготного генотипа СТ.

Среди 24 протестированных спортсменов, специализирующихся в синхронном плавании, высокие значения по шкале «нейротизм» отмечались у 12 человек. Для них было характерно преобладание гетерозиготных генотипов по исследуемому локусу гена 5HT2A.

Среди спортсменов академической гребли протестировано 19 человек, из которых у 11 отмечены высокие значения по шкале «нейротизм», которые сочетались с носительством следующих генотипов: SS гена 5HTT, TT гена 5HT2A, DD гена ACE.

Таким образом, у 50% спортсменов (кроме группы биатлона и самбо) выражен «нейротизм», что можно расценивать как предрасполагающий фактор формирования эмоционального выгорания: чувствительность к замечаниям, повышенный самоконтроль, высокий уровень тревожности и эмоциональность.

В результате проведенного молекулярно-генетического анализа установлено распределение генотипов и аллелей по полиморфным локусам исследуемых генов.

В представленных данных по группе академической гребли отмечается повышение распространенности S-аллеля гена 5HTT, что может негативно повлиять на переносимость нагрузок, особенно в условиях напряженной соревновательной деятельности.

В группе синхронного плавания, на наш взгляд, требования высокого уровня развития качества координации должны сочетаться с проявлениями свойств S-аллеля гена 5HTT. Однако при анализе полученных данных было установлено, что у 43% обследованных встречался аллель L, что, вероятно, свидетельствует о крайне дефицитной ситуации при отборе спортсменок, «узкой скамейке запасных» в данном виде спорта, требующем высокого стандарта внешних характеристик, антропометрической гармонии, что, однако, не сочетается с благоприятными вариантами гена психологической устойчивости.

В группе единоборств (спортивное самбо), включающей членов молодежного состава сборной России по данному виду спорта, отмечалось значительное доминирование носителей L-аллеля гена 5HTT, что, несомненно, является преимуществом для развития компонента выносливости и психологической устойчивости атлета.

Аллель S – это вариант аллели, который приводит к снижению концентрации переносчика серотонина. У носителей может быть выражена косвенная агрессия, низкие значения негативизма и раздражительности, в большей степени подверженность эмоциональным нарушениям; в условиях интенсивных физических и психических нагрузок спортсмены, как правило, характеризуются более высокими скоростями реакции, но меньшей устойчивостью нервной системы.

В исследуемых группах спортсменов чаще встречается гетерозиготный генотип СТ. Особенно высокий уровень наблюдаемой гетерозиготности отмечен в группе самбо (65,00%), а также в группе синхронного плавания (64,71%). Это подтверждает наиболее высокий уровень отбора спортсменов, а также нейропсихическую устойчивость носителей генотипа СТ гена 5HT2A, что может расцениваться как модельная характеристика в представленных видах спорта.

С другой стороны, у атлетов в биатлоне отмечается достоверно более частая встречаемость аллеля С гена 5HT2A, что, возможно, ассоциируется с развитием подвижных свойств нервной системы. Качества обладателей данного аллеля предпочтительно для видов спорта, требующих быстрой концентрации и переключаемости внимания.

Носители аллеля Т гена 5HT2A, как правило, отличаются быстрым развитием усталости, перенапряжением центральных механизмов регуляции с риском снижения спортивного результата, что очень важно в условиях напряженной спортивной деятельности (соревнование).

В группах академической гребли наблюдалось преобладание носителей аллеля Т гена 5HT2A. Этот вариант может считаться критическим и лимитирующим спортивный результат (при тренировке выносливости). Поэтому, с большой вероятностью можно отметить, что носители генотипа ТТ в циклическом виде спорта должны быть отнесены в группу высокого риска перенапряжения ЦНС.

**Выводы:** Одним из элементов комплексной модели прогноза устойчивости к действию факторов риска перенапряжения спортсмена является определение уровня нейротизма. Умеренный уровень



нейротизма – неизбежное качество в единоборствах и спринтерских специализациях биатлона и плавания, оно не является лимитирующим результатом. Высокий уровень нейротизма – всегда повышает риск перенапряжения и перетренированности (модель неблагоприятного прогноза).

Наличие аллелей D-ACE, S-5HTT, T-5HT2A способствует проявлению высокого уровня нейротизма. Высокая частота нейротических реакций у носителей данных аллелей требует коррекции, так как в неблагоприятных стрессовых ситуациях может способствовать развитию невроза. При регистрации эффекта эмоциональной неустойчивости рекомендовано корректировать учебно-тренировочный процесс с привлечением педагогических, медицинских (фармакологических) и психологических направлений в зависимости от результата диагностики.

### **Список литературы:**

1. Ахметов, И.И. Молекулярная генетика спорта: монография / И.И. Ахметов. – М.: Советский спорт, 2009. – 268с.
2. Казанцева, А.В. Роль полиморфизмов генов переносчика серотонина (5-НТТ) и рецептора D4 дофамина (DRD4) в формировании свойств личности и темперамента / А.В.Казанцева, Т.Г.Носкова, З.Л.Халилова, Э.К.Хуснутдинова // Материалы Всероссийской школы-конференции молодых ученых Волго-Уральского региона «Биомика – наука XXI века». - 2007. - С.54.
3. Лебедь Т.Л., Лазарев П.М., Гейчук И.Н.. Молекулярно-генетическое типирование полиморфизмов.//Сборник методических рекомендаций – Пинск: ПолессГУ, 2011.–72 с. ISBN 978-985-516-118-0.
4. Мантрова И.Н. Методическое руководство по психофизиологической и психологической диагностике. – Иваново: ООО «Нейрософт», 2007. – 216 с
5. Рядовая, Л.А. Гормональный статус, генетический полиморфизм и мотивационно-потребностные особенности при психической адаптации и дезадаптации: диссертация на соискание ученой степени кандидата биологических наук по специальности 03.00.13 - Физиология / Рядовая Людмила Александровна. – Томск, 2008. – 153 с.

# ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ РАХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

*Марталог П. Н., Чунту А. О., Романчук Л. В., Пырцу Л. Я., Ченуша Ф. В., Ротарь А. В.*

*Государственный университет медицины и фармации имени «Николая Тестемицану», Департамент Педиатрии, Кишинев, Молдова.  
petrucot@mail.ru*

**Актуальность:** Рахит является многофакторным общим заболеванием организма с преимущественным нарушением фосфорно-кальциевого обмена, проявляющимся главным образом своеобразным изменением костей. Рахит оказывает негативное влияние на реактивность организма, на течение и исход соматических заболеваний, на дальнейший рост и развитие детей.

**Цель исследования:** изучение факторов риска, клинико-биохимических проявлений рахита у детей раннего возраста в зависимости от степени тяжести и активности патологического процесса.

**Материал и методы:** Обследовано 76 детей в возрасте от 2 до 30 месяцев. Верификация диагноза Рахит осуществлялась в соответствии с Протоколом диагностики и лечения рахита: клинически, лабораторно, инструментально. На каждого ребенка заполнялась разработанная нами карта наблюдения, проводили анкетирование матерей.

**Результаты:** Наиболее значимыми факторами риска развития рахита являлись: несбалансированное питание беременной, гестозы, экстрагенитальные заболевания, вредные привычки, пренатальная гипотрофия. Специфическую антенатальную профилактику рахита витамином D получали только 46% беременных. Специфическая постнатальная профилактика рахита проводилась у большинства детей, однако только у 29% она началась своевременно и проводилась регулярно. В 83,5% случаев в первые 6 месяцев жизни дети вскармливались грудью, дети на искусственном вскармливании и после 6-ти месяцев часто получали неадаптированные молочные смеси, разведенное коровье молоко (дети сельской местности). Большинство (62,5%) детей с рахитом были рождены в период с августа по декабрь месяц, что указывает на зависимость заболеваемости рахитом от активности ультрафиолетового излучения. Среди больных рахитом детей ускоренные темпы

прибавки в массе и росте имели 41% детей, у более половины детей отмечались повторные ОРЗ, атопический дерматит, дефицитная анемия.

**Клинические симптомы рахита в начальном периоде заболевания:** нарушение сна, снижение аппетита, вздрагивание, потливость, облысение затылка, мышечная гипотония, которые выявлялись с 2-3х месячного возраста, нарастали в течение первого полугодия. К концу первого началу второго полугодия (период разгара болезни), наряду с симптомами остеомалации, определялось нарастание процессов гиперплазии костной ткани в виде усиления роста бугров черепа, уплощения затылка, образования реберных четок, расширение нижней апертуры грудной клетки. У детей после года интенсивность костных признаков рахита уменьшилась, но продолжала сохраняться в виде остаточных проявлений: увеличение лобных и теменных бугров черепа, уплощение затылка, расширение нижней апертуры грудной клетки, деформация ног.

Снижение содержания общего кальция в сыворотке крови было выявлено у 25 пациентов (32,8%), снижение содержания уровня фосфора в сыворотке выявлено лишь у 13 пациентов (18%). У 80% детей с рахитом выявлена дефицитная анемия разной степени тяжести, на что указывают и другие авторы.

**Заключение:** Ведущими факторами риска развития рахита являются перинатальные факторы, ускоренные темпы прибавки в массе, частые заболевания ОРЗ. Рахиту подвержены дети вне зависимости от характера вскармливания и проводимой специфической профилактики. Начальные проявления рахита в виде внекостных, вегето-висцеральных симптомов, мышечная гипотония, изменения со стороны костей черепа требуют своевременного назначения лечебных доз витамина D с целью предотвращения развития костных проявлений.

# ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХЕМОДЕНЕРВАЦИИ В СТРУКТУРЕ ЛЕЧЕНИЯ ИНФАНТИЛЬНОЙ ЭЗОТРОПИИ

*Мухутдинова Е. А., Ковалевская И. С.*

*Кафедра офтальмологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова,  
Санкт-Петербург  
79213239652@yandex.ru*

**Актуальность исследования:** Инфантильная эзотропия - постоянное неаккомодационное сходящееся косоглазие, дебютирующее у детей в возрасте младше шести месяцев. Встречаемость всех форм эзотропии в популяции 38000 детей в возрасте 1-2.5 года составила 0.9%, инфантильной эзотропии в одной области США - 0.25% населения (Хойт К.С., Тейлор Д., 2016) Отсутствие условий (ортотропии) для правильного развития зрительных функций в возрасте до 2 лет нарушает формирование бинокулярного зрения и создает риск возникновения амблиопии. В современной практике используется процедура хемоденервации в структуре лечения инфантильной эзотропии в раннем возрасте, что способствует повышению эффективности дальнейшего функционального лечения.

**Цель исследования:** Провести клинический анализ эффективности хемоденервации с использованием ботулотоксина А в терапии инфантильного косоглазия.

**Материалы и методы:** В исследование вошли 18 детей, средний возраст появления эзотропии 5 месяцев. На момент проведения хемоденервации средний возраст детей 2 года 2 мес. Обследование до и после хемоденервации включало в себя: стандартный офтальмологический осмотр, страбологическое обследование. При хемоденервации использовался препарат на основе ботулотоксина А (БА) Ботокс® (Аллерган). Производилось введение во внутренние прямые мышцы. Период денервации до 6 месяцев. Доза вводимого препарата рассчитывалась индивидуально в зависимости от возраста и степени нарушения глазодвигательной системы. Время наблюдения 1-6-12 месяцев.

## **Результаты:**

- Через 1 год после хемоденервации у всех пациентов наблюдается достоверное уменьшение исходного угла косоглазия в среднем на 66%.

- У всех пациентов наблюдалось увеличение амплитуды движений в латеральную сторону.
- Период ортотропии на фоне хемоденервации в среднем составлял 8 месяцев.

#### **Выводы:**

1. Хемоденервация внутренних прямых мышц является высокоэффективным методом лечения инфантильной эзотропии (уменьшение угла косоглазия через год на 66%).
2. Проведение хемоденервации является методом, позволяющим увеличить амплитуду движения паретичной мышцы.
3. Использование хемоденервации позволяет создать условия для развития зрительных функций: формирования бинокулярного зрения и профилактики возникновения амблиопии.

## **СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИНГАЛЯЦИОННЫХ И ЭНДОНАЗАЛЬНЫХ ПРОВОКАЦИОННЫХ ПРОБ С АЛЛЕРГЕНАМИ ДОМАШНЕЙ ПЫЛИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ.**

*Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бочкова М. Е., Майхуб М.  
Детская больница №1, Санкт-Петербургский Государственный  
педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург  
nisheva@rambler.ru*

Провокационные пробы, в том числе ингаляционный провокационный тест и эндоназальный провокационный тест, являются золотым стандартом в аллергодиагностике. Ингаляционный провокационный тест технически более сложен и более опасен для пациента, чем эндоназальный тест. Многие исследователи заменяют ингаляционный тест эндоназальным тестом, ссылаясь на гипотезу единых дыхательных путей и сходной аллерго-реактивности верхних и нижних дыхательных путей. В то же время имеются публикации о множестве структурных клеточных, субклеточных и функциональных особенностей разных

отделов дыхательного тракта, которые могут привести к различиям в их реакции на аллерген.

Задачей исследования было сравнение результатов ингаляционных и эндоназальных провокационных тестов с отечественными аллергенами домашней пыли. Для исследования было отобрано 16 детей в возрасте 12-14 лет с легкой бронхиальной астмой и слабоположительными кожными пробами (+ и ++)<sup>1</sup> на аллергены домашней пыли. У всех детей были указания в анамнезе на возможную бытовую сенсibilизацию (чихание, кашель, приступы бронхообструкции при контакте с пылью, участия в уборке помещений и т.д). Все дети обследованы в период ремиссии и не получали какой-либо медикаментозной терапии.

Всем детям с интервалом 1-2 недели проводились ингаляционные и эндоназальные провокационные тесты с теми сериями аллергенов домашней пыли, которые давали наибольший результат при проведении кожных скарификационных проб. Ингаляционные провокационные тесты дали положительный результат у 12 из 16 детей (75%). Эндоназальный провокационный тест был положительным у гораздо меньшего количества пациентов – у 7 из 16 (44%,  $p < 0,05$ ).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что реактивность верхних и нижних дыхательных путей различается и для подтверждения клинической значимости аллергенов при бронхиальной астме следует использовать ингаляционные провокационные пробы с аллергенами.

## **АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НА ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ У ДЕТЕЙ**

*Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г., Бочкова М. Е.  
Детская больница №1, Санкт-Петербургский Государственный  
педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург  
nischeva@rambler.ru*

Противоэпилептические препараты назначаются на длительное время и могут вызывать клеточные и гуморальные аллергические реакции, проявляющиеся чаще всего на коже в виде различных сыпей – от крапивницы до синдрома Стивенса-Джонсона и Лайла.

Цель исследования состояла в выявлении лекарств, чаще всего вызывавших аллергические реакции, и изучении наиболее частых клинических проявлений лекарственной аллергии на эту группу препаратов.

В исследование включено 32 ребенка (17 девочек, 15 мальчиков) в возрасте от 11 месяцев до 15 лет с эпилепсией, обратившихся в аллергоцентр по поводу возможных аллергических реакций на получаемые ими препараты.

Для обследования детей использовались клинические и лабораторные аллергологические методы обследования. При анализе клинической картины возможных аллергических реакций на лекарства было выявлено, что наиболее частым клиническим проявлением были макуло-папулезные высыпания (66% детей), реже крапивница и /или отеки Квинке (28%) и синдром Стивенса-Джонсона (6%). Предполагаемыми причинами аллергических реакций у обследованных детей были ламотриджин ( у 14 пациентов), карбамазепин (у 12 детей), вальпроат (4 ребенка), и фенobarбитал ( у 2 детей). Лабораторной аллергологическое обследование проводилось через 1 день- 3 года после клинических реакций на лекарства.

Наилучшие результаты получены при проведении лабораторного обследования в течение 2 недель после клинической реакции на препарат, но даже и в этом случае чувствительность тестов не превышала 70%, что указывает на сложность патогенеза аллергических реакций на лекарства и определяющую роль анамнеза в диагностике. При подозрении на аллергическую реакцию на данный препарат, проводилась замена препарата на медикамент другой химической группы и у 84 % детей это приводило к исчезновению проявлений лекарственной аллергии.

Худшие результаты получены у 2 детей с поливалентной сенсibilизацией на противозэпилептические препараты, у которых было невозможно отменить причинно-значимые лекарства из-за тяжести эпилепсии. Обращает внимание также то, что у 3 детей (9%) сопутствующим диагнозом был атопический дерматит и при детальном анализе анамнеза и результатов обследования оказалось, что кожные высыпания были спровоцированы пищевыми погрешностями, поскольку нормализация диеты проводила к исчезновению клинических проявлений, несмотря на продолжающийся прием противозэпилептических препаратов.

## **КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ КОЛИТА, ИНДУЦИРОВАННОГО ПИЩЕВЫМИ БЕЛКАМИ У ДЕТЕЙ**

*Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г., Бочкова М. Е.  
Детская больница №1, Санкт-Петербургский Государственный  
педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург  
nisheva@rambler.ru*

Пищевые аллергены могут индуцировать клеточные и гуморальные аллергические реакции. Желудочно-кишечные проявления пищевой аллергии часто опосредуются клеточными механизмами, более трудны в диагностике, чем гуморальные аллергические реакции. Индуцированный пищевыми белками колит относится к недостаточно изученным формам пищевой аллергии.

Цель нашей работы состояла в изучении клинических особенностей индуцированного пищевыми белками колита.

Нами проанализированы анамнестические, клинические и лабораторные данные 49 детей в возрасте от 1 года до 3 лет, которые в грудном возрасте обращались за медицинской помощью по поводу примесей крови в стуле и которым был поставлен диагноз индуцированного пищевыми белками колита. При анализе анамнеза было выявлено, что средний возраст начала симптомов составлял 2, 5 месяца. Наиболее частыми причинами появления симптомов было коровье молоко (96%), куриные яйца (24%), изделия из пшеничной муки (12%). Обращает внимание высокий процент родоразрешения с помощью Кесарева сечения (53%) и недоношенности (14%) у детей с индуцированным пищевыми белками колитом. Другие проявления пищевой аллергии, в частности, атопический дерматит был выявлен у 16% пациентов. Толерантность к причинно-значимым пищевым продуктам при индуцированном пищевыми белками колите у большинства пациентов развивалась в период с 2-3 лет (у 63% детей), реже в более ранний период – до 1 года (у 20% детей). У 17% детей клинические признаки колита сохранялись и в возрасте 3 года. Среди детей с персистирующими признаками индуцированного пищевыми белками колита преобладали дети с поливалентной пищевой аллергией и с более тяжелой клинической картиной колита(боли в животе, колики и пр.).



## КОЖНЫЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ТЕСТЫ В ДИАГНОСТИКЕ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ

*Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г., Бочкова М. Е.  
Детская больница №1, Санкт-Петербургский Государственный  
педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург  
nischeva@rambler.ru*

В диагностике аллергических заболеваний и при отборе пациентов для проведения специфической иммунотерапии аллергенами используются кожные тесты и лабораторное определение аллерген-специфических IgE. Предполагается, что эти методы качественно и количественно коррелируют друг с другом. В тоже время, в ряде работ отмечается, что используемые для кожных или лабораторных проб импортные аллергены могут в ряде случаев давать заниженные результаты из-за минимальных антигенных различий аллергенов в разных странах.

Цель нашей работы состояла в сравнении результатов кожных скарификационных проб с российскими аллергенами – пылью березы и клещем домашней пыли D/pteronyssinus с результатами определения аллерген-специфических IgE-антител к этим же аллергенам с помощью импортных наборов (ImmunoCAP Singleplex, ThermoFisher).

В исследование включены 36 детей с бронхиальной астмой с положительными кожными пробами с экстрактами из клеща домашней пыли D/pteronyssinus и 23 ребенка с поллинозом (риноконъюнктивальным синдромом) и положительными кожными пробами с пылью березы. Сравнивались результаты скарификационных кожных проб (диаметр папулы) с количественными результатами лабораторных проб определения аллерген-специфических IgE-антител.

Выявлена низкая корреляция результатов кожных и лабораторных проб – с аллергеном пыльцы березы корреляция составляла 0,36, а с клещом домашней пыли 0,087. Мы предполагаем, что низкая корреляция интенсивности кожных и лабораторных тестов может быть обусловлена региональными различиями структуры аллергенов в разных странах, а также тем, что клиническая реакция на аллерген (с том числе и кожная реактивность), определяется не только количеством IgE-антител, но и сложными механизмами про- и антиаллергических иммунных механизмов, участием многих систем в регуляции интенсивности аллергических реакций.

На основании полученных результатов можно заключить, что лабораторные пробы являются вспомогательными в диагностике

аллергических заболеваний. При использовании импортных реактивов нужно сопоставлять полученные результаты с клиническими данными и анамнезом.

При отборе пациентов для специфической иммунотерапии аллергены для кожных и лабораторных проб должны быть идентичны аллергенам, использующимся для специфической иммунотерапии, поскольку ложноотрицательные результаты импортных лабораторных тестов могут приводить к необоснованному отказу от проведения специфической иммунотерапии.

## **ПРИЧИНЫ ГИПОВИТАМИНОЗА В12 У ДЕТЕЙ С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ**

*Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г., Майхуб М.  
Детская больница №1, Санкт-Петербургский Государственный  
педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург  
nisheva@rambler.ru*

У определенной части детей с пищевой аллергией вследствие диетических ограничений, дисбактериозов кишечника нарушается поступление витаминов в организм и развиваются субклинические и даже клинические гиповитаминозы. Некоторые гиповитаминозы, в частности, дефицит В12, могут вызывать анемию, задержку роста, нарушать развитие нервной системы.

Целью нашего исследования было выяснение причин гиповитаминоза В12 у детей младшего возраста с пищевой аллергией.

В исследование включены 54 ребенка в возрасте до 2 лет с атопическим дерматитом, направленные в аллергоцентр детской больницы, и 24 ребенка аналогичного возраста без аллергических заболеваний. Для обследования детей использовались клинические, аллергологические и клинико-лабораторные методы обследования. Анализировался уровень транскобаламина в крови детей. Сниженный уровень витамина В12 выявлен у 8 детей (15%) с атопическим дерматитом и у 1 ребенка (4%) контрольной группы ( $p < 0,05$ ). Среди детей с атопическим дерматитом поливалентная сенсibilизация встречалась чаще у детей с дефицитом В12 (88%) по сравнению с пациентами с нормальным уровнем В12 (61%). Тяжелые проявления атопического дерматита в анамнезе или на момент обследования также встречались чаще

у детей с дефицитом В12 (50%) по сравнению с детьми с атопическим дерматитом и нормальным уровнем В12 (17%,  $p < 0,05$ ). Выявлены также корреляции дефицита витамина В12 с продолжительностью грудного вскармливания – у 88 % детей с дефицитом В12 грудное вскармливание было более 1 месяца, тогда как у детей с атопическим дерматитом, получавших менее продолжительное грудное вскармливание, дефицит вит. В12 выявлен у 1 из 6 детей (17%  $p < 0,05$ ). Среди детей с дефицитом вит В12 доля матерей, соблюдавших строгую гипоаллергенную диету, была в несколько раз выше, чем у детей с нормальным уровнем вит. В12 (37,5% против 11%,  $p < 0,05$ ). Аналогичные взаимосвязи выявлены между строгой гипоаллергенной диетой и дефицитом В12 среди детей, длительно и строго соблюдавших гипоаллергенную диету частота дефицита вит В12 была выше, чем среди детей, не соблюдавших диету или позволявших периодические отступления от диеты (36% против 8%,  $p < 0,05$ ). Искусственное вскармливание чаще встречалось у детей с нормальным уровнем вит. В12, чем у детей с гиповитаминозом (72% против 13%,  $p < 0,05$ ). При регрессионном анализе наиболее достоверные взаимосвязи выявлены между дефицитом вит. В12 и грудным вскармливанием, а также строгой гипоаллергенной диетой кормящей матери, тогда как сам факт пищевой аллергии и атопического дерматита не влиял на развитие гиповитаминоза В12.

Выявленные корреляции указывают на необходимость контроля уровня вит. В12 у детей с атопическим дерматитом, особенно у детей находящихся на грудном вскармливании, матери которых соблюдают строгую гипоаллергенную диету, для своевременного медикаментозного замещения дефицита вит. В12 и предупреждения неблагоприятных последствий гиповитаминоза.

# ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИНЦИПОВ БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

*Орел<sup>1</sup> В. И., Ким<sup>1</sup> А. В., Носырева<sup>1</sup> О. М., Гурьева<sup>1</sup> Н. А., Шарафутдинова<sup>1</sup> Л. Л.,  
Сочкова<sup>2</sup> Л. В., Рубежов<sup>1</sup> А. Л., Булдакова<sup>1</sup> Т. И., Каканов<sup>1</sup> А. М.*

*<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический  
медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург;*

*<sup>2</sup> СПбГБУЗ «Городская поликлиника №87», Санкт-Петербург*

**Цель исследования:** Удовлетворенность населения медицинской помощью является важным критерием оценки деятельности системы здравоохранения. В России уровень удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи составлял в 2016 г. 45,7 %. Это требовало безотлагательных мер по улучшению оказания медицинской помощи населению, особенно в звене первичного доступа к медицинским услугам.

**Материал и методы:** Изменения в здравоохранении являются отражением актуальной для данного времени модели управления производством и обществом. В настоящее время в органах государственной власти Российской Федерации внедряется проектное управление. Использование проектного подхода и в сфере здравоохранения было направлено на решение первоочередных проблем: улучшение доступа к медицинским услугам, усиление профилактической составляющей медицинской помощи.

Основные направления, реализованные в проекте: перераспределение нагрузки между врачом и средним медицинским персоналом; выстроенная логистика движения пациентов с разделением потоков на больных и здоровых; переход на электронный документооборот; открытая и вежливая регистратура; комфортные условия для пациента в зонах ожидания; организация диспансеризации и профилактических осмотров на принципах непрерывного потока пациентов.

Это стало возможным благодаря использованию инструментов бережливого производства, таких как картирование потока создания ценности, стандартизация работы, организация рабочего пространства по правилам 5S, визуализация, канбан и кайзен.

**Результаты:** Итогом реализации пилотного проекта стало сокращение общего времени ожидания в очередях на 66,5%, сокращение времени оформления необходимой документации на 73%, сокращение времени ожидания пациентов результатов исследований на 76,6%, а времени прохождения 1 этапа диспансеризации на 30,5%, уменьшение количества точек пересечения потоков пациентов с 9 до 2, повышение удовлетворенности пациентов организацией медицинской помощи на 17 %, а удовлетворенности сотрудников поликлиники условиями труда с 51 до 70%.

Учитывая первые положительные результаты начиная с 2018 г. пилотный проект по совершенствованию системы оказания первичной медико-санитарной помощи «Бережливая поликлиника» был развернут до Приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь», который в настоящее время является составной частью государственной программы РФ «Развитие здравоохранения».

Целью проекта является повышение удовлетворенности населения качеством оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях до 70% к 2022 году путем создания новой модели медицинской организации на принципах и с использованием инструментов бережливого производства.

«Новая модель медицинской организации» - пациентоориентированная организация, отличительными признаками которой являются доброжелательное отношение к пациенту, отсутствие очередей за счет правильной организации процессов и работы персонала, качественное оказание медицинской помощи, приоритет профилактических мероприятий в первичном звене здравоохранения.

**Заключение:** Первые шаги в рамках деятельности по реализации бережливых технологий в сфере здравоохранения показывают реалистичность совершенствования организации оказания медицинской помощи в ближайшее время, повышение её доступности и качества, как следствие – повышение удовлетворенности населения качеством оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях.

## **МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ МЕДИЦИНСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ**

*Орел В. И., Ким А. В., Рослова З. А., Гурьева Н. А., Носырева О. М., Шарафутдинова Л. Л., Рубежов А. Л., Булдакова Т. И., Каканов А. М. ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург*

В современной медицинской литературе здоровье детей рассматривается в качестве особой гуманитарной ценности, перспективного ресурса экономики и безопасности. Социальная ответственность за состояние здоровья детей в большинстве современных обществ возлагается преимущественно на государство и родителей

На формирование здоровья ребенка влияют медико-социальные, биологические, экологические и организационно-медицинские факторы, причем социально-гигиенические факторы или факторы образа жизни являются ведущими. Чем старше ребенок, тем доля влияния этих факторов на его здоровье выше.

Социальные факторы, такие как социально неблагополучные семьи (родители с проблемами алкоголизма, наркотизации, бывшие заключенные, без определенного места жительства...), семьи, испытывающие финансовые затруднения, отсутствие одного из родителей, несовершеннолетняя мать и другие прямо или косвенно негативно воздействуют на здоровье и качество жизни ребенка, а в некоторых случаях могут представлять непосредственную угрозу самому его существованию.

Ранняя диагностика неблагоприятного социума, медицинское сопровождение социальной адаптации ребенка не проводится, или проводится в крайне ограниченном объеме. Вместе с тем, по данным ряда исследователей, в последние годы доля детей, которых изначально нужно относить к категориям социального риска, возрастает и составляет 10-25% от всей популяции.

Для формирования и поддержания здоровья ребенка с учетом его среды обитания и обеспечения его оптимальной социализации необходима разработка и внедрение эффективных современных технологий медико-социального сопровождения детей. Организация медико-социальной помощи в первую очередь направлена на защиту

детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. В соответствии с 1 статьей Федерального закона № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» от 24.07.1998 г. к данной категории относятся дети: оставшиеся без попечения родителей; инвалиды; имеющие недостатки в психическом и (или) физическом развитии; жертвы вооруженных и межнациональных конфликтов, экологических и техногенных катастроф, стихийных бедствий; из семей беженцев и вынужденных переселенцев; оказавшиеся в экстремальных условиях; жертвы насилия; отбывающие наказание в виде лишения свободы в воспитательных колониях; находящиеся в специальных учебно-воспитательных учреждениях; проживающие в малоимущих семьях; с отклонениями в поведении; дети, жизнедеятельность которых объективно нарушена в результате сложившихся обстоятельств с амостоятельно или с помощью семьи.

Целью медико-социальной помощи является достижение максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации детей с физической и психической патологией, а также неблагополучных в социальном плане. Она представляет комплексный подход, который включает в себя медицинскую составляющую и помощь в решении социальных проблем пациента.

Медико-социальная помощь должна оказываться в учреждениях различного подчинения: здравоохранения, социальной защиты, образования. Комплексные мероприятия медицинского, социального, психологического и правового характера должны проводиться при оказании различных видов медицинской помощи, включая паллиативную и реабилитационную.

# ФАКТОРЫ РИСКА НАРУШЕНИЯ ПОСТНАТАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ОТ МАТЕРЕЙ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

*Прилуцкая В. А., Гродникова М. И., Александрович А. Ю.*

*УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск,*

*Беларусь*

*2489861@rambler.ru*

**Актуальность:** Частота избыточной массы тела и ожирения среди беременных женщин в европейских странах достигает 12,3–38% [3, 4]. Младенцы страдающих ожирением женщин подвергаются высокому риску мертворождения, врожденных аномалий и пороков развития, недоношенности, макросомии, неонатальной смерти, эндокринных и метаболических нарушений [1, 2, 5]. Указанные выше осложнения приводят к тому, что в раннем неонатальном периоде дети от матерей с ожирением в 3,5 раза чаще требуют проведения интенсивной терапии [4]. Ожирение ассоциировано с низкой частотой и продолжительностью грудного вскармливания (ГВ) [3].

**Цель исследования:** выявить факторы риска нарушения постнатальной адаптации новорожденных детей от матерей с избыточной массой тела и ожирением.

**Материал и методы:** В исследование включено 105 новорожденных дети от женщин, имевших избыточную массу тела или ожирение различной степени тяжести, получавшие медицинскую помощь на базе ГУ РНПЦ «Мать и Дитя» в 2016–2017 г.

Основным критерием деления на группы являлся характер течения периода адаптации. Основную группу составили 36 доношенных новорожденных, которые в раннем неонатальном периоде нуждались в дополнительном обследовании и лечении в отделении реанимации и/или на вторых этапах, группу сравнения – 69 доношенных младенцев от матерей с ожирением, которых были выписаны из роддома домой. Возраст женщин был  $30,8 \pm 0,6$  и  $30,7 \pm 0,8$  лет соответственно ( $p > 0,05$ ). Прегравидарный ИМТ и прегравидарная масса тела матерей составили в среднем  $32,8$  ( $30,5$ – $36,3$ )  $\text{кг}/\text{м}^2$  и  $90,5$  ( $84,0$ – $107,8$ )  $\text{кг}$  в основной группе и  $32,6$  ( $30,5$ – $35,1$ )  $\text{кг}/\text{м}^2$  и  $90,0$  ( $84,0$ – $98,5$ )  $\text{кг}$  в группе сравнения.



Удельный вес женщин с ожирением был 83% и 80% соответственно. Показатели паритетов беременности и родов у матерей групп наблюдения не имели достоверных различий. После сбора и группировки данные обрабатывали с помощью статистических методов с использованием программ Statistica 10.0 и Microsoft Excel.

**Результаты:** Проведен анализ частоты встречаемости тех или иных осложнений беременности, некоторые клинико-лабораторные данные обследования женщин (холестерин, глюкоза сыворотки крови), гестации и метод родоразрешения. Установлено, что в основной группе достоверно чаще беременность заканчивалась кесаревым сечением (69% случаев против 41% в первой группе,  $p < 0,05$ ) и на более ранних сроках (38,5 (37,5–39,8) недель против 39,5 (38,5–40,0) недель в первой группе,  $p < 0,05$ ). Статистически значимых различий по частоте встречаемости таких осложнений, как угроза прерывания беременности, гестоз, анемия, кольпит, ОРВИ, гестационный сахарный диабет не выявлено. Частоты регистрации метаболического синдрома у матерей основной группы была 2,7 раз выше, чем в группе сравнения (19% против 7% соответственно,  $p < 0,09$ ). Уровни холестерина сыворотки крови в среднем во 2-ми 3-м триместрах беременности и содержание глюкозы в первом триместре был достоверно выше у матерей основной группы (5,9 (5,3–7,3) ммоль/л, 6,2 (5,7–6,9) ммоль/л, 4,5 (4,0–4,8) ммоль/л соответственно), по сравнению с пациентками группы сравнения (5,7 (4,8–6,0) ммоль/л, 6,1 (5,1–6,3) ммоль/л, 4,3 (4,1–4,7) ммоль/л соответственно).

При анализе антропометрических показателей детей при рождении выявлены достоверно меньшая масса тела у детей, нуждавшихся в последующем в лечении на вторых этапах (3405 (3065–3605) грамм против 3630 (3380–3980) грамм у детей второй группы,  $p < 0,05$ ), а также меньшие длина тела и окружность груди (51 (50–53) см и 34 (33–34) см соответственно у младенцев основной группы против 53 (52–55) см и 34 (34–35) см у детей группы сравнения,  $p < 0,05$ ). Частота регистрации массы тела при рождении более 4500 г (чрезмерно крупная масса тела по МКБ 10) у новорождённых первой группы составила 2,8%, второй группы 7,2%. Детей с массой тела при рождении менее 2500 г было 8,3% и 2,9% соответственно. При оценке по шкале Апгар новорожденные дети основной и контрольной групп статистически значимо не различались 1-й минуте (все дети в сравниваемых группах имели оценку 8 баллов,  $p < 0,05$ ), однако на 5-й минуте дети с неблагоприятным течением неонатального периода имели достоверно более низкую оценку (9 (8–9) и 8 (8–8) баллов соответственно,  $p < 0,05$ ).

При анализе результатов лабораторного обследования новорожденных детей выявлен достоверно более низкий уровень общего белка и альбуминов в биохимическом анализе пуповинной крови у детей, имевших неблагоприятное течение раннего неонатального периода (53 (45–57) г/л против 55(51–61) г/л,  $p<0,05$ ; 36,7 (35,0–40,7) г/л против 38,6 (37,0–42,8) г/л,  $p<0,05$ ). Отмечалась тенденция к гипогликемии в пуповинной крови у младенцев основной группы (3,05 (2,60–4,80) ммоль/л и 3,95 (2,97–5,15) ммоль/л у детей группы сравнения,  $p<0,09$ ). В основной группе уровень глюкозы матери во 2-м триместре беременности повлиял на содержание эритроцитов, гемоглобина, гематокрита и частоту развития полицитемии у детей ( $r = -0,239$ ,  $r = -0,228$ ,  $r = -0,289$ ,  $r = -0,215$ ,  $p<0,05$ ), уровень холестерина сыворотки крови женщины в 3-м триместре – на частоту полицитемии, долю сегментоядерных лейкоцитов у новорождённых ( $r=0,421$ ,  $r=0,402$ ,  $p<0,05$ ).

**Выводы:** Факторами риска нарушения постнатальной адаптации новорожденных детей от матерей с избыточной массой тела и ожирением являлись абдоминальное родоразрешение (69% случаев против 41%,  $p<0,05$ ), более ранние сроки родоразрешения (38,5 (37,5–39,8) недель против 39,5 (38,5–40,0) недель,  $p<0,05$ ), метаболический синдром у матери, более низкая оценка по шкале Апгар на 5 минуте, более низкие показатели антропометрического статуса детей при рождении (масса тела 3405 (3065–3605) грамм против 3630 (3380–3980) грамм,  $p<0,05$ , длина тела 51 (50–53) см против 53 (52–55) см,  $p<0,05$ ).

### Литература

1. Зернова, Л.Ю. Особенности адаптации новорожденных у матерей с ожирением / Л.Ю. Зернова, Т.В. Коваленко, Н.Н. Попова, Н.С. Стрелков // Ожирение и метаболизм. – 2008. – №2 (15). – С. 23–26.
2. Иловайская, И.А. Влияние ожирения у женщин на фертильность и вынашивание беременности // РМЖ «Медицинское обозрение». – 2016. – №1. – С. 32–37.
3. Салов, И.А. Ожирение как фактор риска акушерских и перинатальных осложнений: анализ с позиций доказательной медицины / Салов И.А., Маршалов Д.В., Петренко А.П., Шифман Е.М., Ташухожаева Д.Т. // Российский педиатрический журнал. – 2013. – №3. – С. 35–42.
4. Morgan K.L., Rahman M.A., Hill R.A., Khanom A., Lyons R.A., Brophy S.T. Obesity in pregnancy: infant health service utilisation and costs on

the NHS // BMJ Open. –2015. – Vol. 5, №11. – e008357. doi: org/10.1136/bmjopen-2015-008357

5. Vernini J.M., Moreli J.B., Magalhães C.G., Costa R.A.A., Rudge M.V.C., Calderon I.M.P. Maternal and fetal outcomes in pregnancies complicated by overweight and obesity // Reproductive Health. –2016. – Vol. 13, № 1. – 100 p.

## **АКТУАЛЬНЫЕ ПРАВОВЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ РЕДКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА**

*Прокофьева Я. А.*

*Аппарат Комитета ГД ФС РФ по охране здоровья, Москва, Россия*

*Dr.prokofyeva@yandex.ru*

**Актуальность:** В последний день февраля каждого года отмечается Международный день редких болезней (Rare Disease Day). Впервые эту дату стали отмечать 29 февраля 2008 г. по предложению Европейской организации по редким заболеваниям (EURORDIS) в целях повышения информированности людей о редких патологиях. Постепенно другие государства присоединялись к проведению различных информационных и научных мероприятий по вопросам ОЗ, приуроченных к этой дате, - к 2018 г. таких государств насчитывается более 90, в их числе Российская Федерация.

Такой интерес к редким нозологиям неслучаен. ОЗ затрагивают каждую область медицины. Множество ОЗ характеризуется широким спектром расстройств и симптомов, которые варьируют не только при разных патологиях, но у разных пациентов, страдающих одной и той же болезнью. Относительно часто встречающиеся симптомы могут маскировать лежащее в основе редкое заболевание. Примерно 80% из них имеют генетическую природу, 20% являются следствием инфекций (бактериальных или вирусных), аллергических реакций, воздействия вредных факторов окружающей среды или носят дегенеративный, или пролиферативный характер.

**Цель исследования:** провести анализ правовой документальной базы на федеральном уровне в рамках орфанных заболеваний среди детского населения с целью коррекции (повышения качества работы) медико-социальной службы.

**Материалы и методы:** Теоретический анализ и обобщение действующего законодательства и соответствующих подзаконных актов.

**Результаты:** Проведенная нами экспертная оценка показывает огромное число принимаемых в России на федеральном уровне законодательных гарантий по проблемам детского контингента. Налицо и большое число ведомственных, но зачастую разобщённых документов по проблеме ОЗ Минздрава РФ, Минтруда РФ и др. Акцент в работе делается на лекарственном обеспечении в ущерб эффективным формам и методам организации конкретной помощи семьям, социального патронажа и др.

Проблемы пациентов с редкими заболеваниями схожи во всем мире. Это нехватка ресурсов для диагностики и лечения, недостаток информации у врачей, проблемы с лекарственным обеспечением. В любой стране мира пациент с редким заболеванием является индикатором системы здравоохранения в регионе и требует особых процедур и особого пристального отношения со стороны врачей и администраторов. В сегодняшней ситуации «оптимизации» расходов в системе здравоохранения в нашей стране, пациенты с редкими заболеваниями могут оказаться невольной мишенью экономии бюджетных средств в медицине.

За последние годы в области оказания медицинской помощи и редких заболеваний в РФ можно отметить ряд положительных изменений. Прежде всего, были приняты законы, позволяющие создать основы для диагностики и лечения пациентов с редкими (орфанными) заболеваниями в России.

Получили законодательное закрепление определения понятия «орфанные заболевания», источники финансирования лечения редких (орфанных) болезней, процедура, регламентирующая упрощенную регистрацию препаратов для лечения редких заболеваний (Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах здоровья граждан», далее – Федеральный закон «Об основах охраны здоровья») «орфанные лекарственные средства» (внесение изменений в ФЗ-61 «Об обращении лекарственных средств» от 26 декабря 2014 г.) (был утвержден перечень из 24 жизнеугрожающих и хронически прогрессирующих редких заболеваний (Постановление Правительства Российской Федерации от 26.04.2013 № 403 «О порядке ведения Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и его регионального сегмента»).

Федеральная программа «Семь нозологий» действует с 2007 года и покрывает в том числе лечение пациентов с четырьмя наиболее распространенными, редкими заболеваниями. Стоит отметить, что вышесказанная программа стала успешной моделью лекарственного обеспечения пациентов с высокозатратным, часто пожизненным лечением.

Указ Президента РФ от 01.06.2012 № 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы» (п. 3 раздела IV) указывает на важность и необходимость «создания федерального регистра детей с редкими заболеваниями и организация адресного финансирования лечения таких детей за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета согласно этому регистру» до 2017 года.

Можно также отметить повышение активности Совета Федерации ФСРФ, Государственной Думы ФСРФ, Министерства здравоохранения РФ, Общественной палаты РФ, Общероссийского народного фронта и др. в области обсуждения вопросов, разработки предложений решений, связанных с редкими заболеваниями. Значительно активизировалась работа общественных организаций пациентов, благотворительных фондов, профессиональных медицинских ассоциаций.

**Выводы:** Вместе с тем, пациенты с редкими заболеваниями в России, в том числе дети, являются одной из незащищенных групп населения в нашей стране, которые все еще сталкиваются с низкой осведомленностью о редких заболеваниях среди медицинского сообщества, поздней диагностикой и трудностями в доступности лекарственного обеспечения. Лечение и реабилитация пациентов с редкими заболеваниями является сложным, комплексным мероприятием и требует системного подхода. Научные исследования должны быть направлены на поиск путей систематизации огромного массива нормативно-правовых гарантий, организационно-методической и иной документации в помощь как специалистам, научным работникам, так и самими пациентам, семьям с детьми. В научном обосновании с использованием практических наработок на местах, накопленного опыта, нуждаются и рациональные, адаптированные к специфике территории формы межведомственной интеграции, организации медико-социальной помощи, с акцентом на работу с семьями детей на уровне амбулаторного звена, включая возрождение социально-правовых кабинетов, улучшение информированности родителей.

Велика роль и СМИ, Союза педиатров России, Всероссийского Общества орфанных заболеваний, организаций, фондов поддержки.

# СТРУКТУРА РЕВМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ И ПРОТИВОРЕВМАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ В ЦЕНТРАЛЬНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

*Севостьянов В. К., Жолобова Е. С., Голубева А. П., Баранова О. В., Поемшина К. С., Полухина А. И.*

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), г. Москва  
sewvlad@mail.ru*

## **Введение:**

Ревматические болезни занимают далеко не лидирующие позиции в структуре детской заболеваемости в мире, но эти заболевания быстро прогрессируют и при отсутствии своевременного комплексного лечения приводят к инвалидности в раннем возрасте. Именно поэтому вопросы выяснения распространенности и структуры ревматических заболеваний являются одними из актуальных в мировой педиатрии и ревматологии, требующие пристального внимания со стороны медицинской общественности и государства. Данные о заболеваемости позволят грамотно планировать и выделять финансовые средства на лекарственную терапию пациентов с ревматическими заболеваниями, что увеличит доступность терапии, в том числе биологической.

**Цель исследования:** Проанализировать распространенность ревматической патологии у детей, структуру заболеваемости и проводимой терапии в Центральном федеральном округе РФ.

**Материалы и методы:** Для достижения цели и решения задач использовались методы: статистический, социологический, контент-анализ. В исследование включена обобщенная информация о 3940 пациентах, в возрасте 1-17 лет с различными ревматическими заболеваниями, проживающих в 13 регионах Центрального федерального округа РФ. Данные предоставлены главными детскими специалистами ревматологами регионов.

**Результаты исследования:** На территории 13 регионов центральной России проживает 5 999 124 детей в возрасте от 0 до 17 лет. В этих регионах наблюдается 3940 пациентов с ревматическими заболеваниями. Полученные нами данные позволили рассчитать распространенность ревматической патологии на 100 000 детей от 0 до 17 лет.

Распространенность ювенильного идиопатического артрита составляет - 62,2, системной красной волчанки - 0,7, ювенильного дерматомиозита - 0,7, системной склеродермии - 0,6. Показатель общей заболеваемости ревматической патологии составляет 65,7 на 100 000 детей от 0 до 17 лет. В структуре ревматологической патологии 94,7% приходится на ювенильный идиопатический артрит, 1,1% на системную красную волчанку, 1,0% на ювенильный дерматомиозит, 0,9% на системную склеродермию, 2,2% на иные ревматические заболевания. Базисную противовоспалительную терапию получает 67,3% пациентов (n=2650), в 80,1% случаев препаратом метотрексат (n=2122), сульфасалазин получают 13,5%, лефлуномид 0,3%, циклоспорин А 0,7%, кортикостероиды 3,8%, микофенолата мофетил 0,7%, гидроксихлорохин 0,5%.

Генно-инженерную биологическую терапию получает 27,5% пациентов, страдающих ЮИА (n=1026). Данные различаются в зависимости от региона, так в Брянской области доля пациентов на ГИБП составляет 45,8%, в Ярославской области – 41,2%, в Москве – 40,7%. Реже ГИБТ инициируется в Костромской – 11,9% и Орловской – 15,3% областях. В структуре ГИБП преобладают ингибиторы ФНО-альфа – 71,3%. Этанерцепт получают - 41,6% всех детей, находящихся на генно-инженерной терапии, адалимумаб – 27,2%. Тоцилизумаб получают 18,1% пациентов, абатацепт 7,2%, инфликсимаб 1% пациентов, канакинумаб получает 2,5% пациентов, голимумаб получает 1,5% пациентов.

#### **Выводы:**

1. Показатель общей заболеваемости ревматической патологии в центральных Российских регионах составляет 65,7 на 100 000 детей от 0 до 17 лет.
2. Распространенность ювенильного идиопатического артрита составляет - 62,2 на 100 000 детей от 0 до 17 лет.
3. Базисную противовоспалительную терапию получает 67,3% пациентов. В 80,1% случаев препаратом выбора является метотрексат.
4. Генно-инженерную биологическую терапию получает 27,5% пациентов, данные различаются в зависимости от региона (45,8%-11,9%). В структуре ГИБП преобладают ингибиторы ФНО-альфа – 71,3%.

# ВОЗМОЖНОСТИ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ЗАДЕРЖКОЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ

*Силкина Н. Н., Салова М. Н., Рунова О. С.*

*ОБУЗ ИКБ им. Куваевых, Детская городская поликлиника № 8, Иваново  
salova\_m@mail.ru*

**Актуальность:** По данным современных научных исследований ежегодно увеличивается число детей с задержкой речевого развития (ЗРР). Как правило, таким детям назначается активное медикаментозное лечение, зачастую приводящее к полипрагмазии, при минимальном использовании физиотерапевтических методов, доступных в городских поликлиниках.

**Цель работы:** Выявить сопутствующие нарушения развития у детей с ЗРР и продемонстрировать возможности физиотерапевтического лечения у них.

**Материалы и методы:** Осуществлено комплексное клиническое обследование 150 детей 3-4 лет с ЗРР.

**Результаты:** У двух третей детей с ЗРР были выявлены нарушения мозговой гемодинамики преимущественно в виде затруднения венозного оттока. Для компенсации этого состояния эффективным можно считать назначение электрофореза с эуфиллином в сочетании с сульфатом магния на шейный отдел позвоночника, курсом 10 процедур.

У половины обследованных детей выявлен мышечно-тонический синдром шейно-воротниковой области. Для устранения этих нарушений использовался расслабляющий массаж.

Более 80% детей с ЗРР имели и недостаточное развитие мелкой моторики рук. Для усиления активности мозговой коры, обеспечению тесных связей речевой и ручной моторики назначались массаж кистей и пальцев, пальчиковая гимнастика, су-джок терапия. Наиболее эффективным физиотерапевтическим методом для развития артикуляционной моторики можно считать электростимуляцию мышц дна ротовой полости синусоидальными модулированными токами (II и III род работ, частота модуляции 50-100 Гц, глубина модуляции 50-70%, соотношение посылки-паузы 2:3), курсом 8-10 процедур. Синдром дефицита внимания и гиперактивности определяется у 34% детей с ЗРР.



Для коррекции поведенческих нарушений используется электрофорез с бромидом натрия на шейный отдел, а также магнитотерапия аппаратом Магнитер.

**Выводы:** Высокая частота сопутствующих нарушений со стороны мышечной и нервной систем у детей с ЗРР обуславливает поиск новых подходов к их лечению, минимизируя медикаментозное лечение. Альтернативной лекарственным препаратам, принимаемым энтерально и парентерально, могут стать физиотерапевтические методы воздействия. Такие процедуры, как электрофорез, синусоидальные модулированные токи, магнитотерапия, массаж, гимнастика не являются дорогостоящими, входят в оснащение физиокабинета городских поликлиник. Использование этих методов позволяет снизить медикаментозную нагрузку на ребенка с ЗРР, способствуя улучшению состояния его здоровья.

## **ЗАРОЖДЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННОЙ ПОДДЕРЖКИ МАТЕРИНСТВА В РОССИИ КОНЦА XIX – НАЧАЛА XX ВЕКА: ОБЩЕСТВА «КАПЛЯ МОЛОКА»**

*Федорченко Н. В.*

*Национальный Государственный Университет физической культуры,  
спорта и здоровья имени П.Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург, Россия;  
Санкт-Петербургский фонд «Группа поддержки грудного  
вскармливания».*

*natalia.usenko@gmail.com*

### **Введение**

Гармоничное развитие детей младенческого возраста напрямую зависит от ухода за младенцами, принципами организации быта семьи, условиями жизни матери и ребенка, общим уровнем репродуктивной культуры матери [1] и родительской культуры семьи[2]

Центральный аспект данного исследования – культурно-исторический, поскольку имеющиеся достижения в организации современной российской системы комплексной поддержки материнства и детства, имели свою богатую предысторию.

При подготовке данной статьи мы обратились к историческим документам конца XIX в. – начала XX в., отражающим деятельность общественных учреждений и объединений, поддерживающих материнство и младенчество. Такие документы, как - Уставы, годовые отчеты, рекламные материалы, информационные листки конференций, дали богатый фактологический материал, иллюстрирующий состояние проблемы в указанном историческом периоде.

### **Предпосылки появления общественных инициатив по защите материнства и детства в России конца XIX в. – начала XX в.**

В Российской Империи до 1913 года поддержка материнства и младенчества строилась, главным образом, как общественная инициатива. Небезразличные общественные деятели, врачи и благотворители брали на себя роль организаторов такой поддержки, видя огромную младенческую смертность и плачевное состояние просвещения народных масс в России.

Детская смертность в нашей стране на рубеже веков была, без преувеличения - катастрофической, объемы ее были таковы, что современники называли ее «детским мором» - из 1000 новорожденных к году умирало 268 детей, но в отдельных районах это количество было исключительным – Москва – 316, Пермская губерния - 419, Кунгурский уезд Пермской губернии – 516, Малоярославецкий уезд Калужской губернии – 636! [3]

Тем временем, в европейских странах, начиная с 90-х годов XIX века, складывалась не только система общественного попечения о младенцах, но и ряд законодательных мер, требовавших от работодателя защиты матери – роженицы, матери-кормилицы, что влияло на качество ухода, вскармливания и сказывалось на смертности младенцев, которая максимально (в Румынии) составляла около 21%, а в среднем – не поднималась более 15%. [3,4]

Учитывая тяжелый социально-демографический контекст, в котором зарождались меры поддержки материнства и младенчества в Российской Империи конца XIX – начала XX века, движущей силой этого процесса можно считать выделение педиатрии в отдельную врачебную дисциплину, где оформлялся набор практических рекомендаций, преподаваемых матерям на врачебных приемах. С другой стороны, общественный, а позже - государственный отклик на тяжелейшую ситуацию в стране, дал жизнь множеству новых социальных институтов, решавших не только медицинскими, но и психолого-педагогическими

методами задачи социально-демографического и просветительского характера.

Период с 1862 года до революционных событий 1917 года можно назвать «золотым временем российской благотворительности». Началось оно с принятия специального акта, изменяющего порядок учреждения «обществ для взаимного вспомоществования или другой благотворительной цели». Если до 1862 года каждое подобное общество требовало, при своем основании, получения Высочайшего соизволения, то, новый порядок подразумевал всего лишь согласования с надлежащими ведомствами и министерствами. Такое упрощение вызвало к жизни множество новых благотворительных обществ. К 1890 году их стало больше почти на 2000, а к 1902 году в России уже функционировало 11040 благотворительных учреждений (4762 благотворительных общества и 6278 благотворительных заведений). [5] В дальнейшем процесс создания подобных обществ упростился еще больше – с 1906 года достаточно было согласия местных административных органов. [6] В этой работе мы обратим внимание на те общества, которые ставили своей целью сохранение материнства и детства и особенно – поддержку естественного вскармливания, как действенную меру борьбы со сложной демографической ситуацией того времени. В этот период начали формироваться такие формы социальной и медико-просветительской работы по охране материнства и младенчества, как:

- «Курсы для матерей и воспитательниц»,
- «Школа нянь»,
- Ясли с убежищами для младенцев,
- Общества, ставящие своей целью противодействие детской смертности,
- Консультации для грудных детей
- Общества «Капля Молока».

В рамках данной статьи хотелось бы более подробно рассмотреть последние две из перечисленных выше форм, поскольку, именно они внесли значительный вклад в историю становления поддержки матерей с детьми младенческого возраста.

Первые в России консультации для матерей с младенцами «КАПЛЯ МОЛОКА»

На рубеже XIX-XX вв. в Российской Империи открылись две первые общественные консультации для матерей и грудных младенцев – «Капля Молока», основателями которых были доктора А.О. Гершензон (Одесса) и В.О. Губерт (Санкт-Петербург).

Идея и само название таких учреждений пришли в Россию из-за рубежа.

Первая в мире «Консультация» для матерей при акушерской клинике была организована в 1890 г. доктором Гергофтом. [7,8] В 1891 году в городе Фекампе (Франция) доктор Дюфур открыл «Goutte de lait» («Каплю молока») – учреждение для снабжения молочными смесями нуждающихся детей сообразно их потребностям и возрастным особенностям. [8] Позже в 1892 г., доктором Будиным, началась раздача стерилизованного детского молока при родильном доме Парижа, а доктором Варио (Variot) была открыта служба «Капля молока», проводившая консультации, осмотры, взвешивания детей и имевшая молочную лабораторию.[7,8] По свидетельствам врачей, знакомых с практикой консультации доктора Будина, матери, кормившие грудью, приносили младенцев на осмотр раз в две недели, а искусственно вскармливаемых – еженедельно. Во время осмотра обязательно следили за весом ребенка, давали матери рекомендации по уходу, гигиене и вскармливанию, а за тщательное выполнение рекомендаций матери поощрялись, получая – раз в три месяца белье и пеленки, молоко для старших детей, 3 фунта мяса в неделю для бедных женщин и даже денежную помощь. Результаты работы учреждения таковы, что при том, что в Париже в 1898-1904 гг. из 1000 детей от поноса умирало 69, из посещавших консультацию детей – все остались живы. [9]

Подобные консультации очень быстро стали появляться как в самой Франции, (к 1906 году в одном только Париже их насчитывалось около 150), но и в других странах Западной Европы, Америке, Азии, Австралии и Африке. [8]

В Германии и Австрии, со свойственной населению этих стран педантичностью, работа велась особенно тщательно. Все молочные кухни в обязательном порядке имели врачебный контроль, огромное внимание консультации уделялось просвещению и обучению матерей, для чего было разработано методическое обеспечение – матерям раздавались соответствующие наглядные брошюры, листовки и пособия, ярко изображающие признаки кишечных расстройств и последствия неправильного ухода. [8] Сама система немецких консультаций очень

продумана - в Берлине, например, к 1910 году при каждой из 20-ти мэрий организована раздача молока. Вообще, в большинстве стран содержание консультаций и раздача молока осуществляется за государственный счет [8], однако, почти все «Капли молока» получают плату за детское питание по различным расценкам.

Главная задача, которая ставилась общественными учреждениями «Капля молока» в Российской Империи - это просветительская и воспитательная работы с матерями, поощрение их к естественному вскармливанию своих младенцев до 10-12 месяцев [7], обучение принципам гигиены. Помощь оказывалась матерям до двухлетнего (иногда до полуторалетнего) возраста детей включительно. [3,10] В случае необходимости, подтвержденной объективно, такой как недостаток материнского молока, нужда, требующая выхода на работу - матерям выдавалось подготовленное специальным образом «детское» молоко. К сожалению, в реальных условиях, когда социальный спрос на помощь «Капли молока» был значительно выше, чем возможности организации, например, в рабочих кварталах Санкт-Петербурга, где была велика востребованность женского труда или в Таганроге, где функционировала всего одна «Капля молока» и в подопечные принимались только ослабленные, больные дети, [4] была велика опасность того, что главная помощь будет сведена к раздаче молока и просвещению относительно лишь ухода.

Обращая внимание на указанную ситуацию, профессор Е.Л. Скловский предостерегал от «развращения» матерей возможностью получения бесплатного (дешевого) заменителя грудного молока, поощряя их к искусственному вскармливанию детей. Доктор призывал всегда стремиться поощрять естественное вскармливание материнским молоком, всячески бороться с искусственным, приводя воспитательный пример консультаций доктора Карел, где распространенность грудного вскармливания возросла, благодаря просветительской деятельности консультаций с 10% до 93%. [9, с. 12-13]

Уставами учреждений предлагались и такие формы работы с матерями, как поиск рабочих мест или труда, дающего возможность продолжить грудное вскармливание ребенка, его воспитание; организацию популярных лекций о гигиене ребенка; распространение в прессе и общественных кругах информации о потребностях детей младенческого возраста. [9]

Как упоминалось выше, подавляющее большинство подопечных «Капли молока» в различных городах Российской Империи составляла городская беднота. «В 80% всех случаев это – дети чернорабочих, мелких ремесленников и фабричных рабочих... Многие из них ютятся в грязных подвалах без света, без воздуха; большинство наших детей в течение осени и зимы выносятся на воздух только, чтобы принести в консультацию».[11, с.8] По указаниям составителей отчетов, нередко были случаи, когда опекаемые женщины не могли прийти в учреждение за неимением одежды и обуви, если, например, один член семьи уходил в единственных сапогах, а все остальные вынуждены были сидеть дома. [12, с. 2-3]

Такая бедственная ситуация заставляла организаторов «Капли Молока» искать средства не только на питание младенцев, но и на детское белье, одежду и обувь для матери, поощрять женщин, продолжавших кормление своих детей, выдачей им продуктовых пайков. [12]

Замечательно, что деятельность «Капель молока» находила отклик как в сердцах самих женщин, так и в общественной среде того времени. Матери – посетительницы учреждений, проявляли большое внимание к рекомендациям, начинали более внимательно и тщательно ухаживать за своими младенцами: приносили их на консультацию в свежем белье, опрятных, чистых, без опрелостей; следили за соблюдением питательного режима, не давали прикорма, не подходящего возрасту. [3,4,13] На вопрос о соске из каши, матери «Капли молока» теперь отвечали: «Да нешто это можно такую соску давать! Разве мы не понимаем, что это вредно ребенку». При том, что прежде, на вопрос, почему ребенок в грязном белье и не мыт, мать могла ответить: «У хозяйки вода покупная – она не позволяет брать сколько хочешь» или «не допросишься чайника поставить на плиту, - какое уже тут мыть, да и вымыть негде». [13, с. 18 - 19]

Одновременно, иллюстрируя отклик общественности на помощь нуждающимся матерям и младенцам, сбор благотворительных пожертвований на содержание «Капель молока» проходил довольно успешно, включая:

- поступления частных пожертвований от учредителей, попечителей, почетных и действительных членов учреждений; [12, 13, 14]
- сбор средств через «кружечные» сборы; [13]

- содержание отдельными лицами «стипендиатов» (одного или нескольких младенцев), с возмещением ежемесячных расходов на «прокормление» в определенной сумме; [12]
- проведение благотворительных вечеров, базаров, выставок, частных спектаклей по сбору средств; [13]
- безвозмездная помощь врачей, фельдшеров и дам в работе консультаций; [14]
- натуральная помощь (бельем, вещами, детской мукой, предоставлением оборудования, помещения для работы и т.д.) [12, 13,15]

В 1901 году под патронажем «Общества попечения о больных детях г. Одессы» при активном участии доктора А.О. Гершензон, была открыта консультация «Капля молока». [6, с. 14] Сложно сказать, была ли она первой в России, поскольку одновременно, в том же 1901 году, консультация для грудных детей «Капля молока» открылась в Санкт-Петербурге. Это учреждение основал доктор Владислав Осипович Губерт (1862 - 1941г.) - приват – доцент Императорской Военно-Медицинской Академии, доктор медицины, заведующий Санкт-Петербургского городского приюта для преждевременно родившихся детей, Председатель Общества охранения народного здоровья, член Организационного комитета 1-го Всероссийского Съезда по борьбе с пьянством - [16,17]

Консультация расположилась при Санкт-Петербургском городском приюте для преждевременно родившихся детей; в 1905 году им же была открыта «Капля молока» при Русском обществе охранения народного здоровья. [8, 18] За первые пять лет (1901-1905 гг.) существования «Капли молока» доктора В.О. Губерта, молочную помощь получили 2 432 ребенка, консультация стремилась проводить воспитательную и образовательную работу с матерями, убеждая сохранять грудное вскармливание как минимум дважды в сутки. [8, с. 15]

К моменту Октябрьского переворота 1917 года во многих городах России успешно функционировали консультации «Капля Молока», порою являясь единственным источником просвещения и утешения для матерей и младенцев беднейших слоев общества.

### **Выводы:**

Подводя итог, хотелось бы отметить, что до сих пор о деятельности врачей и общественных объединений по борьбе с детской смертностью, действовавших в конце XIX – начале XX веков в Российской Империи

говорилось в научно-педагогической литературе крайне мало, поскольку опыт таких обществ и консультаций рассматривался в медицинском контексте. Однако результат трудов этих учреждений имел огромное воспитательное и образовательное значение для семей с детьми младенческого возраста.

Консультации «Капля молока» в России были негосударственными организациями и существовали, главным образом, за счет пожертвований и регулярных взносов сочувствующих лиц, волонтерской и натуральной помощи. Появившись в нашей стране в 1901 году усилиями профессоров А.О. Гершензон и В.О. Губерта, благотворительницы М. Л. Ольсен-Нобель (за рубежом первое учреждение «Goutte de lait» было открыто в 1891 году), консультации активно действовали до самой революции 1917 года, просвещая и поддерживая матерей с младенцами. Главной целью «Капля молока» ставила – поддержку естественного вскармливания, как действенную меру уменьшения младенческой смертности.

Примечательно, что после событий 1917 года опыт, система работы, имущество дореволюционной организации и сами люди, трудящиеся на ниве поддержки материнства и младенчества, стали основой системы охраны материнства и детства в СССР. Позднее многие формы просветительской работы, впервые инициированные консультациями «Капля молока» вошли в практику государственных женских консультаций и образовательных структур, выполняющих реабилитационные задачи по отношению к юным матерям, обучающимся в этих организациях [19], а сами деятели дореволюционных учреждений защиты материнства и детства (А.О. Гершензон, Е.Л. Скловский, Г.Н. Сперанский) стали активными организаторами системы охраны материнства и детства в СССР [6]

Представленные исторические факты доказывают, что общественные инициативы – важный фактор просвещения и поддержки матерей, воспитывающих детей младенческого возраста. Сегодня благополучие семьи и успешное воспитание ребенка связывают в большей мере с официальными институтами помощи – деятельностью органов государственной социальной политики [20], но общественные инициативы по-прежнему существуют (см. подробнее [21]), и продолжая российские традиции народного просвещения, как это было на рубеже XIX–XX веков, современные общественные группы поддержки материнства и грудного вскармливания стремятся внести свой вклад в защиту материнства и детства в нашей стране.



## Литература

1. Беляева М.А. Репродуктивная культура: тенденции развития и механизмы трансляции в современном российском обществе: автореферат дис. ... доктора культурологии / Вят. гос. гуманитар. ун-т. Киров, 2013. 48 с.
2. Тишевской Игорь Андреевич Влияние материнских стратегий утешения на психическое развитие младенцев // Вестник ЮУрГУ. Серия: Психология. 2012. №6 (265). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-materinskih-strategiy-utesheniya-na-psihicheskoe-razvitie-mladentsev> (доступ свободный). Загл. с экрана. Яз.рус.
3. Иванов В.М. Детская смертность и значение «Капли Молока» в борьбе с нею. Новочеркасск: Типография «Донской Печатник», 1911. – 35 с.
4. «Капля молока» г-жи М.Н. Ольсен-Нобель. С-Петербург: Типография «Т-ва Андерсона и Лойцянского», 1910. – 35с.
5. Абросимова Е.А. Исторические аспекты законодательного регулирования деятельности российских благотворительных организаций [электронный ресурс] режим доступа: <https://www.rublevka24.ru/2017/03/14>, (доступ свободный). Загл. с экрана. Яз.рус.
6. Вайнгортен Л.М. К истории обществ борьбы с детской смертностью // автореф. дисс. на соиск. к. м. н., Москва, 1954. - 18с.
7. Ямпольский С.М. Задачи и организация Учреждения «Капля молока», Харьков.: «Печатное дело», 1912. – 5 с.
8. Делекторский Н.И. Смертность детей за границей, в России и в Томске и «Капля Молока». Томск: Типография губернского управления, 1910. - 24 с.
9. Устав Общества «Капля Молока Города Варшавы». Варшава, 1915. – 8 с.
10. Скловский Е.Л. К вопросу о борьбе с детской смертностью. Киев: Типография Т-ва Н.А. Гирич, 1906 – 13 с.
11. Медицинский отчет о деятельности Консультации и «Капли молока» Общества попечения о больных детях г. Одессы в 1912г. Составитель д-р Гершензон А.О.// Одесса: «Экономическая» типография, 1913. - 27с.

12. Краткий отчет по «Капле молока» Саратовского Санитарного Общества. Саратов: Тип.-Лит. С.М. Панина, 1912.- 4 с.
13. Отчет правления Общества «Капля Молока» за 1911 год. С-Петербург: Типография В. Андерсона и Г. Лойцянского, 1912. – 27 с. Отчет правления Общества «Капля Молока» за 1912 год. С-Петербург: Типография Императорского уч. глухонемых, 1913. – 46 с.
14. Отчет правления Общества «Капля Молока» за 1911 год. С-Петербург: Типография В. Андерсона и Г. Лойцянского, 1912.-27 с.
15. Отчет по приюту «Вторые» Ясли с убежищем для безприютных детей Василеостровского отдела Общества попечения о бедных и больных детях. С-Петербург: Тип. Исидора Гольдберга, 1901. – 22 с.
16. Маюров А.Н. Деятели второго трезвеннического движения Российской Империи [электронный ресурс], режим доступа: <http://www.intacso.ru/deyateli-trezvennicheskogo-dvizheniya/deyateli-vtorogo-trezvennicheskogo-dvizheniya-rossijskoj-imperii/> (доступ свободный). Загл. с экрана. Яз.рус.
17. Губерт Владислав Осипович // википедия [электронный ресурс], режим доступа:<https://ru.m.wikipedia.org/wiki/> (доступ свободный). Загл. с экрана. Яз.рус.
18. Губерт В.О. Капля молока (Goutte de Lait), как благотворительно – гигиеническая организация и участие в ней городских аптек. СПб.: Типография П.П. Сойкина, 1904. – 13 с.
19. Патрушев В.И. Муниципальная социальная политика по обеспечению достойного качества жизни граждан [Электронный ресурс] // Интернет-журнал «Мир науки». 2013. №4. Том 1. Режим доступа: <https://mir-nauki.com/PDF/06MN413.pdf> (доступ свободный). Загл. с экрана. Яз. рус., англ.
20. Савина Е.М. Система значимых отношений в семьях, ожидающих рождения ребенка // Интернет-журнал «Мир науки». 2017. Том 5, номер 6. Режим доступа: <https://mir-nauki.com/PDF/19PSMN617.pdf> (доступ свободный). Загл. с экрана. Яз. рус., англ.
21. Федорченко Н.В., Червоткина Е.В. О важности помогающей деятельности групп поддержки грудного вскармливания в современной России // Материалы XII Российский форум с международным участием «Здоровое питание с рождения: медицина, образование, пищевые технологии», СПб., 2017, с. 103-112.

22. Федорченко Н.В. Общественные инициативы «охранения жизни младенцев и воспитания детей»: из истории народного просвещения // Интернет-журнал «Мир науки», 2018 №6, <https://mir-nauki.com/PDF/110PDMN618.pdf> (доступ свободный). Загл. с экрана. Яз. рус., англ.

## **ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ДОШКОЛЬНИКОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

*Хорева В. А., Рунова О. С., Салова М. Н.*

*ОБУЗ ИКБ им. Кузнецовых, Детская городская поликлиника № 8, Иваново  
salova\_m@mail.ru*

**Актуальность:** Согласно официальным данным, сегодня отмечаются положительные тенденции в состоянии здоровья детей.

При этом количество детей с перинатальными поражениями нервной системы (ПП ЦНС) остается на прежнем уровне. В дошкольном возрасте более половины из них имеют нарушение развития высших психических функций, затрудняющих не только формирование речи, но и поведенческие нарушения.

**Цель работы:** Установить частоту встречаемости нарушений когнитивных функций у детей 3 лет, перенесших ПП ЦНС.

**Материалы и методы:** Осуществлено комплексное психологическое обследование 219 детей 3 лет, имеющих в анамнезе ПП ЦНС.

**Результаты:** Среди детей, обратившихся за помощью к детскому психологу, 22% составили дети в возрасте 3 лет.

Дефицит мелкой моторики пальцев рук выявлен у 83% обследованных.

У каждого второго ребенка наблюдалось отсутствие согласованности обеих рук и отсутствие какой-либо ведущей руки.

Нарушения речевого развития установлены у 83% детей, чаще всего они проявлялись в недостаточном активном словарном запасе.

Слабое развитие сенсорного восприятия выявлено у 42% обследованных, основные затруднения у детей вызывали определение формы величины предметов, реже – цвета.

Изобразительная деятельность была недостаточно развита у 72% детей.

Нарушения со стороны наглядно-действенного мышления были отмечены у каждого ребенка.

Более половины детей имели нарушение зрительно-пространственного ориентирования, они затруднялись находить парные картинки. У двух третьих обследованных выявлялись нарушения целостного восприятия, анализа, соотнесение частей и целого, синтетические функции.

Нарушения коммуникативных навыков, расстройства поведения определялись у каждого третьего ребенка.

**Выводы:** Высокая частота нарушений когнитивного функционирования у детей с последствиями ПП ЦНС диктует необходимость включения в программу их сопровождения мероприятий, направленных на стимуляцию и своевременное развитие моторных, сенсорных функций, всех видов восприятия, наглядно-действенного мышления.

С самых первых дней жизни малышу необходима тактильная, зрительная и слуховая стимуляция, взаимодействие со взрослым для развития потребности в общении.

Эта работа должна проводиться в семье ребенка в естественных жизненных ситуациях ежедневно в виде игры, сопровождаться положительными эмоциональными реакциями. Для усвоения правильных моделей речевого общения ребенок должен не только слышать четкую речь взрослых, но и понимать ее смысл.

При этом важно, чтобы коммуникативное взаимодействие было двухсторонним и ребенок являлся полноправным участником общения.

# ВОЗРАСТНЫЕ И ГЕНДЕРНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ГРУПП ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Чолоян С. Б., Павловская О. Г., Екимов А. К., Дмитриева И. В., Шеенкова М. В.  
ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»  
Минздрава России  
ГАУЗ «Детская городская клиническая больница» г. Оренбурга  
pavlovskaya-o@mail.ru

**Цель исследования:** Изучить возрастные и гендерные характеристики групп здоровья детей.

**Материал и методы:** На основе медицинской информационной системы медицинской организации изучена сплошная выборка детей в возрасте 0-17 лет, прошедших профилактические медицинские осмотры в течение 2018 г. на базе ГАУЗ «Детская городская клиническая больница» г. Оренбурга. Используются статистические и аналитические методы.

**Результаты:** Из 44386 детей прикрепленных к ДГКБ в 2018 г. мальчики составили 51,81% (22997 детей) и соответственно 48,19% - девочки (21389). Численность детей отнесенных к 1-й группе здоровья имела следующую динамику. В возрастных группах 1- 4 лет отмечена тенденция к небольшому росту (с 795 детей (28,98%) 1 года до 1165 (34,97%) возраста 4 лет). Далее в возрастах 5-17 лет наблюдалось постоянное снижение численности этой группы здоровья с 790 детей (27,90%) возраста 5 лет до 55 (5,75%) возраста 17 лет. Однако, если оценивать динамику численности 1 группы здоровья по всем возрастным диапазонам, то она постоянно снижается. Дополнительный анализ с помощью модуля регрессионного анализа программы STATISTICA 10.0 показывает, что снижение численности детей оценивается (с коэффициентом детерминации  $R^2=0,88$ ) уравнением регрессии  $Y=1185,70-68,66*t$ , где  $t$ - возрастная группа детей (1-17 лет);  $Y$  – численность детей соответствующей возрастной группы. Не выявлены гендерные различия в 1-й группе здоровья. Наибольшая численность в ней отмечена в 2 года (12,52%) и 4 года (12,09%).

Анализ численности детей отнесенных ко 2-й группе здоровья показал, что снижение показателей в группе можно оценить уравнением регрессии  $Y=1951,40-65,01*t$ , где  $t$ - возрастная группа детей (1-17 лет);  $Y$  – численность детей соответствующей возрастной группы, с коэффициентом детерминации  $R^2=0,70$ . В возрастных группах 1-4 лет

численность детей имела тенденцию к небольшому росту (с 1642 детей (59,86%) до 1 года до 1679 (50,41%) 4 лет). Далее с 6 до 17 лет наблюдается постоянное снижение с 1987 детей (55,27%) 6 лет до 413 подростков (43,20%) 17 лет. Анализ гендерных различий во 2-й группе здоровья показал, что наибольшая численность мальчиков наблюдается в 1 год (6,96%), 4 года (7,26%), 6 лет (8,31%) и 8 лет (6,90%), а у девочек в 1 год (7,19%), 4 года (7,19%) и 6 лет (8,81%).

Результаты по 3-й группе здоровья показали, что снижение численности детей в группе можно оценить уравнением регрессии  $Y=368,06+29,60*t$ , где  $t$  - возрастная группа детей (1-17 лет);  $Y$  - численность детей соответствующей возрастной группы, с коэффициентом детерминации  $R^2=0,48$ . В возрастных группах 1-15 лет года численность 3-я группа постоянно растет с 293 детей (10,68%) 1 года до 1093 (46,13%) возраста 15 лет. В 15-17 лет наблюдается снижение по данной группе - 1093 ребенка возраста 15 лет (46,13%) и 462 подростков 17 лет (48,33%). Анализ гендерных различий в 3-й группе здоровья показал, что наибольшая численность мальчиков наблюдалась в 10 лет (7,20%), 14 лет (7,57%) и 15 лет (9,78%). А у девочек - в 14 лет (7,65%), 15 лет (10,50%) и 16 лет (8,50%).

Численность детей, отнесенных ко 4-й группе здоровья можно оценить не уравнением регрессии, а лишь как тренд с уравнением  $Y=3,94+0,10*t$ , где  $t$  - возрастная группа детей (1-17 лет);  $Y$  - численность детей соответствующей возрастной группы. Показатель по всем возрастам не превышал 0,11-0,27% от численности прикрепленного населения и для 5-й группы здоровья по всем возрастным группам составил 0,36-2,25%. Анализ гендерных различий в 5-й группе установил, что наибольшая численность мальчиков наблюдается в 5 лет (8,93%), 8 лет (8,19%) и 14 лет (8,93%). А у девочек - в 6 лет (8,57%), 7 лет (8,57%) и 12 лет (8,93%).

Таким образом, проведенный анализ свидетельствует о возрастных и гендерных особенностях групп здоровья и позволяет планировать работу детской поликлиники по диспансеризации и диспансерному наблюдению прикрепленного населения.

# ДВУХЛЕТНИЙ МОНИТОРИНГ ПОМПОВОЙ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

*Чолоян С. Б., Павловская О. Г., Екимов А. К., Добролюбова М. В., Коннова С. М.  
ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России  
ГАУЗ «Детская городская клиническая больница» г. Оренбурга  
pavlovskaya-o@mail.ru*

Инсулиноterapia с помощью дозаторов инсулина (помповая инсулиноterapia) в сочетании с непрерывным мониторингом гликемии является в настоящее время наиболее прогрессивным методом ведения пациентов с сахарным диабетом 1-го типа, нуждающихся в интенсифицированной инсулинотерапии.

**Цель:** проанализировать уровни гликолизированного гемоглобина HbA1C у детей, больных сахарным диабетом 1 типа, до установки помпы, через 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24 месяцев (9 признаков) помповой инсулинотерапии. Выявить особенности течения заболевания в зависимости от пола, возраста и стажа болезни.

**Материалы и методы:** Показатели уровня HbA1C у 32 пациентов с сахарным диабетом первого типа ГАУЗ «ДГКБ» г. Оренбурга, получающих помповую инсулиноterapia. Используются статистический и аналитический методы исследования. Обработка данных проводилась с использованием программы STATISTICA 10.0.

**Результат:** Установлено, что средние значения HbA1C 32 пациентов, проходивших лечение помпой в течение 2-х лет, имеют 9-месячную цикличность показателей средних значений HbA1C: в первые 9 месяцев лечения имелись уменьшающиеся средние значения от 8,80 ммоль/л до 7,60 и во вторые 9 месяцев лечения имелись уменьшающиеся средние значения от 7,60 ммоль/л до 7,20.

Для выделения групп пациентов, которые имели схожую динамику изменения значений 9 анализируемых признаков, к значениям отмеченных признаков 32 пациентов был применен иерархический кластерный анализ (Жамбю М., 1988), который способен разделить все анализируемые объекты (пациентов) на относительно однородные группы с учетом динамики всех значений 9 анализируемых признаков.

В кластер 1 были отнесены 7 пациентов с уровнем HbA1C до установления помпы -  $7,20 \pm 0,24$  ммоль/л, а через 2 года -  $6,81 \pm 0,20$ . В кластер 2 – 2 пациента с уровнем HbA1C до установления помпы -  $10,10 \pm 0,90$ , через 2 года -  $9,49 \pm 0,51$ . В кластер 3 – 8 пациентов с уровнем HbA1C до установления помпы -  $10,01 \pm 0,39$ , через 2 года -  $7,06 \pm 0,20$ . И в кластер 4 – 15 пациентов с уровнем HbA1C до установления помпы -  $8,76 \pm 0,13$ , через 2 года -  $7,88 \pm 0,32$  ммоль/л.

Установлено, что работа помпы статистически значимо уменьшает уровень HbA1C в крови у всех пациентов. Лишь в кластере 1, где средний возраст составляет  $12,00 \pm 1,15$  лет и стаж болезни на момент установления помпы составляет  $31,83 \pm 1,14$  мес. лечение не дало статистически значимого результата. Для всех остальных - наблюдалось статистически значимое ( $p < 0,05$ ) снижение уровня HbA1C в крови. Сравнение возраста ребенка, стажа болезни и результатов лечения показывает, что прогностическую роль в результативности помпы играет возраст ребенка и лишь затем стаж болезни. Действие помпы у девочек дает лучшие результаты (по сравнению с первоначальными значениями HbA1C).

Анализ частот встречаемости групп заболеваний выявленных до и в течение курса лечения показал, что можно выделить три группы заболеваний:

- встречаемость которых при лечении помпой возрастает - E10.3, E10.4 и 10.4 N35.0.
- встречаемость которых при лечении помпой не меняется - E10.2, E10.7
- встречаемость которых при лечении помпой снижается - E10.5 и R62.8.

**Выводы:** помповая инсулинотерапия статистически значимо уменьшает уровень HbA1C в крови у всех пациентов. Сравнение возраста ребенка, стажа болезни и результатов лечения показывает, что прогностическую роль в результативности помпы играет возраст ребенка и лишь затем стаж болезни. Действие помпы у девочек дает лучшие результаты. Возможно использование кластерного анализа с целью моделирования результата терапии.



# СТУДЕНЧЕСКИЕ НАУЧНЫЕ РАБОТЫ:

## ОСОБЕННОСТИ ПРИЧИННЫХ ФАКТОРОВ ПНЕВМОНИЙ У ПОДРОСТКОВ

*Алтынпара А. И., Галкина Н. Л., Есина А. И., 3 курс., Морозова А. С., 4 курс, педиатрический факультет.*

*Научный руководитель: д.м.н., профессор Нестеренко З.В.*

*Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом общего ухода за детьми*

*ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России*

**Актуальность исследования:** Заболеваемость пневмониями у детей не имеет тенденции к снижению, показатель смертности остается высоким. Данный показатель у подростков в несколько раз выше, чем у детей младшего школьного возраста.

**Цель работы:** Анализ проведенных исследований по изучению причин высоких показателей заболеваемости и смертности от пневмоний у подростков.

**Материалы и методы:** Проанализированы результаты современных исследований по изучению причин высоких показателей заболеваемости пневмониями и смертности от пневмоний у подростков.

**Результаты:** Причинами продолжающегося роста заболеваемости и смертности П являются: особенности возбудителя, поздняя диагностика, повторные нерациональные курсы антимикробной терапии, состояние иммунной системы пациентов, воздействие внешних факторов [1]. Отмечается отсутствие в семьях должного внимания к больным П (35%), низкий уровень материального обеспечения (18%), отсутствие должного медицинского контроля (54%) [2]. Особенностью П у подростков является изменение этиологии: у детей старше 5 лет сохраняется большое значение *S. pneumoniae*, но возрастает роль атипичных бактерий, особенно в подростковом возрасте: П, вызванные *M.pneumoniae* составляют 18–44% (в отдельных исследованиях более 60%), а *Cl.pneumoniae* — 1–30% [3]. В 23–33% случаев П является смешанной вирусно-бактериальной инфекцией. Клинические проявления при пневмониях, вызванных «атипичными возбудителями» менее

манифестны, что затрудняет диагностику, приводит к проведению неадекватной терапии, формированию осложнений.

**Выводы:** Выявленные причины высокой частоты заболеваемости и смертности подростков от П вызывают необходимость поиска резервов в области первичной и вторичной профилактики П, четкое определение концепции политики в семьях подростков.

#### **Литература:**

1. Баранов А. А. Современная клинико-эпидемиологическая характеристика пневмококковых инфекций. Лечащий врач, 2012; 4: 79 – 83.
2. Тахирова Р.Н. Современные факторы формирования затяжных пневмоний у детей. Молодой ученый. 2016; 5(109): 237-241.
3. Kraft M., Adler K.B. Mycoplasma pneumonia induces airway epithelial cell expression of MUC5AC in asthma. Eur Respir J. 2008; 31(3): 43

## **ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И СТРУКТУРЫ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ШКОЛЬНИКОВ 7,9,11 КЛАССОВ ЦЕНТРАЛЬНОГО РАЙОНА Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГА**

*Балахонова Я. И., Болурова Р.А., Бродянская Л. В., Дьячкова А. В., Карпова Н. А., Кулаева Д. С., Решетников Н.А., Лагно О. В., Ашмарина С. С.*

*Научный руководитель: к.м.н., доцент Лагно О.В.*

*Врач-консультант: врач-педиатр ГБУЗ «ДГП № 44», заведующая кабинетом АСПОН-Д Ашмарина С.С.*

*Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом общего ухода за детьми*

*СПб ГБУЗ «Детская городская поликлиника №44»*

**Актуальность исследования:** продиктована необходимостью выявления состояния физического развития (ФР) и структуры хронической патологии у школьников. ФР-это совокупность морфологических и функциональных свойств организма, характеризующих процесс роста и созревания организма, обусловленный наследственностью и влиянием факторов внешней среды.

**Цель исследования:** оценка ФР и определение структуры заболеваемости у школьников старших классов центрального района г. Санкт-Петербурга.

**Материалы и методы:** на базе «ДГП №44» было проведено измерение антропометрических показателей (рост, вес, окружность грудной клетки) и динамометрии у 63 детей 7, 9 и 11 классов в возрасте 13-17 лет центрального района г. Санкт-Петербурга. Девочек было 33 (51,6%), мальчиков 31 (48,4%). Оценка физического развития проводилась непараметрическим методом с определением центильного коридора (ц.к.). Полученные данные были подвергнуты статистической обработке.

**Результаты:** анализ данных показал, что темп ФР 46% школьников соответствует их календарному возрасту (4 ц.к.). 14,4% школьников имеют опережающий темп развития (6, 7 ц.к.), 20,6% детей отстают в ФР (1, 2 ц.к.). У 19% детей – дисгармоничное ФР. В группе школьников 13 и 17 лет показатели динамометрии обеих рук у мальчиков и девочек находятся в 4 ц.к.. В группе 15 лет у мальчиков данные показатели находятся в 1, 2 ц.к, у девочек - в коридоре 4 ц.к.. В структуре заболеваемости детей ведущее место занимают костно-суставные (54%), зубочелюстные, ЛОР и офтальмологические заболевания (по 11%), далее сердечнососудистые, эндокринные, неврологические, урологические и кожные заболевания (<5%). У 3 детей (4,7%) из всех возрастных групп показатели артериального давления (АД) находились в 6 ц.к. В 7 классах у 3 девочек с дефицитом массы тела выявлено пониженное АД (11,5%). В 11 классе выявлен 1 школьник (4,3%) с пониженным АД и 3 - с повышенным АД (13%). У большинства школьников 11 класса (82,7%) показатели АД находятся в 4 ц.к..

**Выводы:** комплексный анализ ФР школьников 13-17 лет свидетельствует о том, что темп ФР и степень его гармоничности соответствуют возрасту только у 46% исследуемых детей. Дисгармоничное развитие у девочек встречается чаще в 3 раза, чем у мальчиков. У школьников 7 класса в 8 раз больше выявлено зубочелюстных патологий, чем у школьников 9 и в 2 раза больше, чем 11 школьников классов. Детям, у которых при проф. осмотре выявлено отклонение АД, рекомендовано наблюдение у кардиолога и невролога.

## **Литература:**

1. Мазурин А.В., Воронцов И.М. «Пропедевтика детских болезней.» - СПб: ИКФ «Фолиант», 2000.
2. В.В.Юрьев., С.В.Лебедев., «Оценка основных антропометрических показателей и некоторых физиологических параметров у детей Северо-Запада.» Методические рекомендации. – СПб: СПбГПМА, 1997.
3. «Физиология роста и развития детей и подростков: практическое руководство» под ред. А.А. Баранова, Л.А. Щеплягиной. – М.: ГЭО-ТАР-Медиа, 2006.

## **ПОЛОВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ И ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ 7, 9, 11 КЛАССОВ ЦЕНТРАЛЬНОГО РАЙОНА Г. САНКТ - ПЕТЕРБУРГА**

*Балахонова Я. И., Болурова Р.А., Бродянская Л. В., Дьячкова А. В., Карпова Н. А., Кулаева Д. С., Решетников Н.А., Лагно О. В., Ашмарина С. С.*

*Научный руководитель: к.м.н., доцент Лагно О.В.*

*Врач-консультант: врач-педиатр ГБУЗ «ДГП № 44», заведующая кабинетом АСПОН-Д Ашмарина С.С.*

*Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом общего ухода за детьми*

*СПб ГБУЗ «Детская городская поликлиника №44»*

**Актуальность исследования:** фундаментом для здорового организма взрослого человека, несомненно, является то, как он питался и поддерживал своё физическое состояние в период активного подросткового роста. Увеличение образовательных нагрузок в сочетании с уменьшенной физической активностью, неправильным питанием в результате приводят к избыточности и недостаточности массы тела.

**Цель исследования:** определить половозрастные особенности питания и физической активности у школьников старших классов.

**Материалы и методы:** на базе «ДГП №44» было проведено анкетирование школьников 7,9 и 11 классов, в ходе которого выяснены их режим питания и предпочтения в пище, частота физ. нагрузки,

предпочитаемый отдых. Полученные данные были подвергнуты статистической обработке.

**Результаты:** по анализам анкет школьников частота питания 3-5 раз в день у 46% респондентов, 1-2 раза в день - у 29%. Самый популярный перекус - выпечка, фрукты и овощи; только сладости в качестве перекуса выбирают 3% школьников. В качестве напитков 92% предпочитают воду и чай/кофе, а газированные напитки - 8%. Часто и много употребляют углеводы 14%, равнодушны к жареной пище 25%, ежедневный фастфуд в рационе у 3%. Тем не менее, 54% питаются фастфудом 1 раз в месяц. Ежедневно зарядку выполняют - 14%, занимается спортом несколько раз в неделю 36%, на уроках физкультуры - 25%, ежедневно занимаются спортом 24%. Проводят свободное время на свежем воздухе, и выбирают активный отдых 35% школьников. Занятия за компьютером и чтение книг предпочитают, соответственно, по 27% опрошенных.

В возрастной группе 13 лет девочки часто выбирают сладости в качестве перекуса, многие мальчики в этой группе отдают предпочтение жареной и жирной пище, утреннюю зарядку делает ежедневно 20%.

В возрастной группе 15 лет мальчики и девочки питаются 3-5 раз по режиму, 80% ежедневно занимаются спортом, 22% девочек занимаются ЛФК.

В возрастной группе 17 лет (11 класс) 91% мальчиков выбирают в качестве перекуса выпечку, среди девочек 22% - фрукты, 8% девочек - сладости, 46% мальчиков предпочитают жареную и жирную пищу, девочки предпочитают здоровую пищу, среди девочек 8% делают зарядку ежедневно, среди мальчиков - 17%.

**Выводы:** в 7 классе дети часто нарушают режим питания и злоупотребляют сладкой и жареной пищей. К 9-му классу у школьников нормализуется режим питания и физической активности, в связи с повышением мотивации к здоровому образу жизни. В 11 классе прослеживается нарушение режима и качества питания, снижение физической активности, предположительно, в связи с увеличением умственной и психоэмоциональной нагрузки, сокращением свободного времени.

### **Литература:**

- Глобальные рекомендации по физической активности для здоровья., Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), 2012
- Мазурин А.В., Воронцов И.М. Пропедевтика детских болезней. - СПб: ИКФ "Фолиант", 2000.

# ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО И ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ И СТРУКТУРЫ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРЦИАЛЬНОЙ СОМАТОТРОПНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

*Вишневецкая Т. В.*

*Научный руководитель: к.м.н., доцент Лагно О.В.,*

*Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом общего ухода за детьми*

*Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет*

**Актуальность:** Изучение этиологии низкорослости является одним из приоритетных направлений в детской эндокринологии. Существуют различные классификации низкорослости по этиологии. По уровню дефицита соматотропного гормона (СТГ) выделяют тотальный и парциальный дефицит гормона роста. Благодаря современным методам диагностики, появилась возможность выявления парциальной соматотропной недостаточности у пациентов с низкорослостью. Применение в терапии соматотропного гормона позволяет этим пациентам достичь социально-приемлемого роста. Изучение парциальной (частичной) соматотропной недостаточности особенно актуально, так как диагностика данной патологии затруднена из-за необходимости правильной интерпретации сомнительных результатов СТГ-стимулирующих тестов, сопряжена с наличием сопутствующей патологии у пациентов с низкорослостью, разной эффективностью терапии препаратами рекомбинантного гормона роста.

**Цель исследования:** оценить изменения физического развития у детей и полового развития у подростков с парциальной соматотропной недостаточностью на фоне терапии рекомбинантным гормоном роста.

**Задачи исследования:**

1. Оценить данные антропометрического исследования у детей с парциальным дефицитом СТГ до начала терапии препаратами рекомбинантного гормона роста (Somatropin) и на фоне лечения.
2. Оценить результаты СТГ-стимулирующих тестов у детей с парциальным дефицитом СТГ.

3. Изучение структуры сопутствующей патологии у детей с парциальным дефицитом СТГ

**Материалы и методы:** проведено ауксологическое обследование 30 пациентов с диагностированной парциальной соматотропной недостаточностью. Оценено физическое развитие обследуемых пациентов параметрическим методом. Статистическая обработка данных анамнеза из амбулаторных карт пациентов.

**Результаты:** Среди обследованных пациентов 6,6% родились с задержкой внутриутробного развития (ЗВУР) по гипопластическому, 23,3% - с ЗВУР по гипотрофическому типу, 70,1% имели нормальные ростовые и весовые показатели при рождении.

До терапии преобладал низкий уровень физического развития (ФР) - 60%, у 30% пациентов уровень ФР ниже среднего уровня, 10% - с очень низким уровнем. На фоне терапии у 20% пациентов нормализовались показатели ФР. У 46,6% ФР расценено как ниже среднего, у 30% - как низкий, у 3,3% детей сохраняется очень низкий уровень ФР.

У всех пациентов оценено стандартное отклонения (SDS) по скорости роста: у 62% на фоне терапии скорость роста превысила популяционную для соответствующего пола и возраста, у 30% - средний уровень скорости роста, лишь у 3,3% ниже среднего.

По данным МРТ у 12 человек (40%) выявлены какие-либо изменения: у 2 - пролабирование миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие; у 2 - пустота турецкого седла, у 2 - киста кармана Ратке, у других пациентов наблюдаются эктопия нейрогипофиза, неоднородность гипофиза, расширение ретроцеребрального пространства, картина постгипоксического генеза, признаки арахноидальной кисты правой лобной доли. Среди сопутствующей патологии у 2 детей (6,6%) был диагностирован врожденный порок сердца (к моменту начала терапии - оперированный), у 5 (16,6%) - целиакия, из них 2 - с нарушением осевого скелета, (всего 5 человек - 16,6% с нарушением осевого скелета), у 2 (6,6%) резидуальная энцефалопатия, у 2 (6,6%) - задержка речевого развития. 23,3% детей отстают в половом развитии.

**Вывод:** По результатам исследований выявлено улучшение показателей роста после применения рекомбинантного гормона роста (диагностировано возрастание скорости роста у пациентов с парциальной СТГ-недостаточностью, уровень физического развития приблизился к среднему). Выявлена закономерность наличия определенных сопутствующих заболеваний при парциальной недостаточности СТГ.

# **ВЛИЯНИЕ ОБЩЕОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ДЕТСКИХ ДОШКОЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ НА ЧАСТОТУ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ 5-6 ЛЕТ**

*Гареев В. Д.*

*Научный руководитель: к.м.н., доцент Маталыгина О.А.*

*Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом общего ухода за детьми*

*Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет*

**Актуальность исследования:** Согласно данным Росстата, частота заболеваний детей за последние 5 лет увеличилось на 21%. Возрастной период 5-6 лет – один из наиболее уязвимых периодов по возникновению респираторных инфекций, что связано с анатомо-физиологическими особенностями детей данного возраста и началом активной социализацией детей, посещающих ДОО. В связи с этим выработка профилактических мероприятий у детей, посещающих ДОО является актуальной.

**Цель исследования:** оценить профилактическую эффективность закаливающих и общеоздоровительных мероприятий, применяемых в ДОО у детей 5-6 лет.

**Материалы и методы:** Исследование проводилось на базе ДОО №14 Московского р-на Санкт-Петербурга. Обследовано 45 его воспитанников в возрасте 5-6 лет. Состояние их здоровья изучалось по результатам углубленных медицинских осмотров путем выкопировки сведений из медицинских карт и анализа отчетных форм. Проанализирован объем и перечень общеоздоровительных мероприятий, применяемых в данном учреждении.

С помощью специально созданной анкеты проведен опрос родителей воспитанников по вопросам формирования здорового образа жизни и проведения закаливающих мероприятий в домашних условиях. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью пакета прикладных программ Microsoft Excel.



### **Результаты. Выявлено:**

1) достоверное снижение заболеваемости (на 18,5%) респираторными инфекциями у детей, с которыми регулярно проводились общеоздоровительные мероприятия и закаливающие процедуры, по сравнению с детьми, у которых такие мероприятия не проводились.

2) низкая приверженность родителей к проведению закаливающих мероприятий в домашних условиях.

3) высокая частота (25%) негативного отношения детей к закаливающим мероприятиям.

4) недостаточный объем санитарно-просветительной работы, проводимой сотрудниками детского сада с родителями на тему оздоровления детей.

**Выводы:** Регулярные закаливающие мероприятия позволяют реально снизить уровень заболеваемости детей. В связи с этим, работникам ДОУ необходимо активизировать санитарно-просветительную работу с родителями по оздоровлению детей. Родителям нужно на собственном примере приучать детей к оздоровительным мероприятиям.

## **ВЛИЯНИЕ ХАРАКТЕРА ВСКАРМЛИВАНИЯ НА РАЗВИТИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ**

*Гущина В. И., 4 курс, Бурова П. О., 3 курс, педиатрический факультет.*

*Научный руководитель: к. м. н. доцент Маталыгина О.А.*

*Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом общего ухода за детьми*

*(Заведующий кафедрой: д. м. н. профессор Булатова Е.М.)*

*Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.*

**Актуальность исследования:** Полноценное и рациональное питание играет важнейшую роль в формировании иммунитета.

Особенно важны первые 1000 дней жизни – период активного заселения кишечника микрофлорой, активации и «настройки» иммунной

системы, а также формирования пищевой и микробиологической толерантности.

В естественных условиях этими процессами руководит физиология кормящей матери, реализующая свои возможности через грудное молоко. Замена грудного молока молочными формулами не только лишает ребенка материнской поддержки, но и ставит его в условия массивной антигенной нагрузки, что способствует срыву процессов становления иммунитета и толерантности и формированию аллергических заболеваний, наиболее ранним из которых является пищевая аллергия.

**Цель исследования:** Изучить связь между характером вскармливания и возникновением аллергических дерматитов у детей грудного возраста.

**Материалы и методы:** С помощью специально разработанной анкеты произведен опрос 59 матерей, дети которых проходят лечение в дермато-венерологической клинике при СПбГПМУ с диагнозом «атопический дерматит», и проанализированы истории болезни этих детей. Контрольной группой служили 30 матерей, у которых дети на первом году жизни не проявляли каких-либо признаков аллергии.

**Результаты:** У 55 (93,2%) из 59 детей группы исследования наблюдалась отягощенная наследственность. 41 (69,5%) из них были переведены на искусственное или смешанное вскармливание в первые 3 месяца жизни. 16 (27,1%) вскармливались искусственно с рождения и в дальнейшем на фоне атопического дерматита сформировали бронхиальную астму и/или отек Квинке. В контрольной группе 19 (63%) из 30 детей переходили на искусственное или смешанное вскармливание во втором полугодии жизни. При отсутствии симптомов атопического дерматита у 17 детей (89%) наблюдались снижения неспецифической резистентности организма в виде частых респираторных инфекций.

**Выводы:** Полученные результаты свидетельствуют о том, что раннее искусственное и смешанное вскармливание является важной причиной нарушения формирования иммунной системы. В условиях атопической наследственности это закономерно приводит к формированию аллергического заболевания. Более позднее введение молочных формул, если и снижает риск аллергии, все же способствует ухудшению формированию полноценной противоинфекционной защиты.

# КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГЕТЕРОГЕННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

*Лашицкая В. Д.*

*Научный руководитель: д.м.н., профессор Нестеренко З.В.*

*Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом общего ухода за детьми*

*ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России*

**Введение:** Бронхиальная астма (БА) - актуальная проблема современной педиатрии. Это самое распространённое хроническое заболевание дыхательной системы у детей. Для успешного лечения бронхиальной астмы необходимо идентифицировать ее фено-эндотип.

**Цель исследования:** рассмотреть материалы с изучением диагностики различных фено-эндотипов бронхиальной астмы.

**Материалы и методы:** проведен анализ медицинской литературы.

**Результаты:** БА - гетерогенное заболевание с различными фено-эндотипами, которые определяются клиническими, патофизиологическими характеристиками, триггерами, типом воспаления. У одного пациента может наблюдаться несколько фено-эндотипов БА с возможной трансформацией. БА может протекать с эозинофильным, нейтрофильным, смешанным и малогранулоцитарным воспалением. У детей чаще отмечается эозинофильная атопическая БА с участием IgE. Атопическая БА (АБА) – начинается в детстве и обусловлена генетической предрасположенностью.

Характерен эозинофильный тип воспаления. Первопричиной является аллергия, провоцирующие факторы: инфекции, физические, химические факторы, дисфункции эндокринных желез, вегетативный дисбаланс, психологические факторы, часто предшествуют другим аллергическим заболеваниям. АБА характерен высокий уровень IgE, высокий NOв выдыхаемом воздухе, уровень эозинофилов в крови ниже 300 клеток в микролитре. Пациенты с этим фено-эндотипом хорошо реагируют на стероидную терапию. Неэозинофильная БА имеет преимущественно нейтрофильный характер воспаления, обусловленный

постоянной бактериальной колонизацией или опосредованным воздействием инфекции дыхательных путей.

Встречается у детей и взрослых с неатопической БА (НБА) и имеет тяжелое течение с выраженной деструкцией тканей, низким ответом на стероидную терапию. При НБА нет наследственной предрасположенности и предшествующих аллергических заболеваний. Кожные пробы отрицательны. Для НБА характерно хроническое воспаление дыхательных путей. В лечении используется антибактериальная терапия. Смешанный характер воспаления имеет место при рефрактерной БА с выраженными нарушениями функции внешнего дыхания, неэффективной стероидной терапией. БА с малогранулоцитарным воспалением отличается минимальным уровнем воспаления и выраженное ремоделирование респираторного тракта, неэффективность стероидной терапии.

**Выводы:** Гетерогенность БА предусматривает установление фено-эндотипа заболевания для проведения направленной индивидуализированной терапии, улучшения качества жизни больных и предупреждения осложнений.

#### **Литература:**

1. Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика: национальная программа. 4-е изд., испр. и доп. М.: Атмосфера, 2012
2. Global Initiative for Asthma (GINA). Global strategy for asthma management and prevention (Updated 2018)
3. Nonallergic asthma—Differential Diagnosis and Treatment, Samuel H. Hurwitz

# **СРАВНЕНИЕ РИСКОВ ФОРМИРОВАНИЯ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И У БЕРЕМЕННЫХ С АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ КОНСТИТУЦИЕЙ БЕЗ ВЫЯВЛЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ**

*Полубоярова О. В., Мамедова Д. С. К., Шпелёва А. А., 3 курс,  
педиатрический факультет.*

*Научный руководитель: к.м.н., профессор Маталыгина О.А.*

*Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом общего ухода за  
детьми*

*(Заведующая кафедрой: д.м.н., профессор Булатова Е.М.)*

*Санкт-Петербургский Государственный педиатрический медицинский  
университет*

**Актуальность исследования:** Высокая частота аллергических заболеваний и их ранняя манифестация у современных детей связана не только с увеличением числа людей репродуктивного возраста, имеющих аллергическую аномалию конституции, но и с ранними и необратимыми нарушениями формирования адекватного иммунного ответа на внутриутробном этапе онтогенеза. Важнейшей их причиной являются отклонения в процессах нормальной микробиологической колонизации кишечника плода и ребенка раннего возраста, ассоциированные с заболеваниями желудочно-кишечного тракта матери и ранним искусственным вскармливанием.

**Цель исследования:** оценить степень влияния отягощённого гастроэнтерологического анамнеза матери на развитие аллергического заболевания ребенка на первом году жизни и сравнить его с влиянием аллергической наследственности со стороны матери.

**Материалы и методы:** С использованием специально разработанной анкеты проведен опрос 87 матерей, у детей которых на первом году жизни развилось аллергическое заболевание.

**Результаты:** из 87 опрошенных матерей 43 (49,4%) до и во время беременности имели как патологию желудочно-кишечного тракта, так и аллергические заболевания, у 6 (6,9%) выявлены заболевания желудочно-кишечного тракта, но не было аллергических заболеваний и реакций, 38 (43,7%) женщин отличались наличием только отягощённого

аллергологического анамнеза. В 1 группе матерей дети развили аллергическое заболевание 88,3% случаев, во 2 – в 100% случаев, в 3 - в 81,6% случаев.

**Выводы:** На основании результатов проведенного исследования можно считать, что заболевания желудочно-кишечного тракта беременной женщины являются фактором риска для развития аллергопатологии ребенка не менее важным, чем её аллергическая конституция.

## **СРАВНЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ 2-3,5 ЛЕТ, ПОСЕЩАЮЩИХ И НЕПОСЕЩАЮЩИХ ДЕТСКИЕ ДОШКОЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ**

*Севастьянова Н. Ф., Шендрикова Я. С.*

*Научный руководитель: к.м.н., доцент Маталыгина Ольга Александровна  
Кафедра пропедевтики детских болезней*

*Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет*

**Актуальность:** Современные условия жизни семей, особенно не имеющих бабушек, вынуждают родителей рано (в 1-2,5 года) отдавать детей в детские дошкольные учреждения, не считаясь с уровнем их адаптационных возможностей. Условия ухода в этих учреждениях (режим дня, питание, оздоровительные мероприятия и т.д.) отвечают физиологическим требованиям здоровых детей, но не могут полностью учитывать отклонения в состоянии их здоровья. С другой стороны, домашнее воспитание также зачастую не оптимально: ритм жизни ребенка и питание подстраивается под его желание или возможности родителей, имеются недостаточные физические нагрузки, отсутствуют развивающие и закаливающие мероприятия. В этой связи представляется важным изучить, как эти два разных вида содержания и воспитания влияют на физического развитие детей.

**Цель исследования:** Целью данного исследования является сравнение физического развития детей, воспитывающихся в условиях организованного коллектива и в домашних условиях. Материалы и методы. Изучены антропометрические показатели 69 детей ясельного возраста, из которых 49 детей посещали ясли, а 20 не посещали. В их оценке использованы центильный метод, индекс массы тела (ИМТ), посчитан

прогнозируемый рост ребенка, а также двусторонний t-критерий Стьюдента и корреляционный анализ.

**Результаты.** В группе организованных детей у 6,1% ИМТ оказался ниже нормы, а у 28,6% выше нормы, у остальных 65,3% соответствует норме. В группе неорганизованных детей у 55% ИМТ соответствовал норме, у 5% ИМТ был ниже нормы, у 40% выше нормы, причем у 10% значительно выше. Разница в физическом развитии оказалась статистически не достоверной. При расчете прогнозируемого роста детей получена корреляция - более высокие дети от более высоких родителей.

**Вывод:** Очевидно, что в данной возрастной группе преобладающим влиянием на физическое развитие становятся не условия воспитания, а генетические особенности ребенка.

Издано по заказу  
Санкт-Петербургского регионального отделения общественной организации  
«Союз педиатров России»  
[www.pediatriya-spb.ru](http://www.pediatriya-spb.ru)

Печать цифровая. Формат А5  
Тираж 100 экз.  
Подписано в печать 20.02.2019