XV Всероссийский Форум

«ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ. СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ТЕРАПИИ ВЕДУЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»

МАТЕРИАЛЫ

16-17 АПРЕЛЯ 2021

в онлайн-формате

Сборник материалов XV ВСЕРОССИЙСКОГО ФОРУМА
«ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ. СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ТЕРАПИИ ВЕДУЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»
Санкт-Петербург, 16-17 апреля 2021 г. – СПб., 2021. - 33с.

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

ПРИ УЧАСТИИ:
ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»
ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения РФ
ФГБУ «Детский научно-клинический центр инфекционных болезней ФМБА России»
ФГБОУ ВО «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», www.pediatriya-spb.ru

Типография ООО «ИТЦ «Символ»,
Санкт-Петербург, пр. Обуховской Обороны, д. 199

ISBN 978-5-6042644-7-8
9 785604 264478

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

«ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ. СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ТЕРАПИИ ВЕДУЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»

16 – 17 АПРЕЛЯ 2021

СОДЕРЖАНИЕ

Синдром портальной гипертензии у детей с поликистозной болезнью почек
Андреева Э. Ф., Савенкова Н. Д., Горячева, Л.Г., Дюг И. В. *5*

Внутрисемейная гетерогенность поликистозной болезни почек у детей из дихориальной диамниотической двойни
Андреева Э. Ф., Савенкова Н. Д. *10*

Функциональная активность надсегментарных регуляторных структур при нейродермитах у детей
Буряк В. Н., Дудко М. В., Буряк Н. В. *15*

Особенности питания детей школьного возраста в период дистанционного обучения в Российской Федерации
Георгиева О. В., Пырьева Е. А., Гмошинская М. В., Алешина И. В., Сафронова А.И., Тоболева М. А., Лебедева У. М., Олюшина Е. А., Котова Н. В. *17*

Сравнительное изучение частоты потребления пищевой продукции школьниками в Сибирском и Дальневосточном ФО
Гмошинская М. В., Тармаева И. Ю., Лебедева У. М., Богданова О. Г., Ткачук Е.А., Сафронова А. И., Нетунаева Е. А., Алешина И. В., Тоболева М. А. *19*

Увеит при ювенильном ревматоидном артрите у детей: Особенности клинических вариантов и течения
Гончар Н.В., Шефер К. К., Кожина Е. В., Бабаева Ш., Слизовский Н. В. *21*

Шкалы оценки нутритивного риска у педиатрических пациентов неврологического профиля
Пырьева Е. А., Сафронова А. И., Тоболева М. А., Тимошина М. И *24*

Особенности сенсорного восприятия у детей с расстройствами аутистического спектра в первые месяцы жизни
Салова М. Н., Силкина Н. Н. *26*

Пути оптимизации медико-социальной работы педиатрической службы России с учетом положений теории поколений
Чичерин Л. П., Щепин О. П., Загоруйченко А. А. *28*

СИНДРОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ С ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Андреева Э. Ф.[1], Савенкова Н. Д.[1], Горячева Л.Г.[1-2], Дюг И. В.[1]
1 ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет», Санкт-Петербург,
2 ФГБУ «Детский научно-клинический центр инфекционных болезней Федерального медико-биологического агентства»
A-Elvira@yandex.ru

Актуальность. Орфанное заболевание, поликистозная болезнь почек с аутосомно-рецессивным типом наследования (АРПП, Q61.1, ORPHA:731), наиболее часто выявляется у детей в пренатальном, неонатальном и грудном периодах. По клиническому течению заболевания выделяют классический АРПП у новорожденных и детей грудного возраста и детский АРПП с фиброзом печени (Bonsib SM, 2010). При классическом АРПП тяжесть состояния у новорожденных и детей грудного возраста обусловлена высокой частотой формирования Поттер-последовательности с развитием дыхательной недостаточности и острого повреждения почек, являющихся причиной летальных исходов в неонатальном периоде [1, 2]. Многообразие клинических проявлений наследственных кистозных болезней почек зависит от особенностей формирования почечных кист, характера внепочечных проявлений и их осложнений [3]. При детском АРПП внепочечными проявлениями заболевания являются врожденный фиброз (F1-F4 по METAVIR) и поликистоз печени. Диагностика фиброза печени включает клинико-лабораторные и инструментальные критерии [4]. Тяжесть детского АРПП определяется развитием синдрома портальной гипертензии и его осложнений (кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода, геморроидальных вен, гиперспленизм), нефрогенной артериальной гипертензии и прогрессированием хронической болезни почек (ХБП) [5-7]. Согласно рекомендаций экспертов, при подозрении на развитие портальной гипертензии и/или наличие аномалий желчных протоков, ребенок с АРПП должен быть проконсультирон гепатологом и иметь дальнейшее наблюдение с применением стандартных подходов профилактики и лечения осложнений портальной гипертензии [8].

Цель. Оценить особенности течения синдрома портальной гипертензии у детей с фиброзом и/или поликистозом печени при АРПП.

Материалы и методы: обследовано 11 пациентов с подтвержденным по результатам обследования (биохимического анализа крови, УЗИ, МРТ/КТ органов брюшной полости, биопсии печени, эластографии печени) фиброзом печени F3-4стадии по METAVIR при АРПП в возрасте от 1 до 16 лет. Всем детям исключены вирусные гепатиты, по показаниям проводилась эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). АРПП диагностирован на основании международных критериев диагностики.

Клинические наблюдения. У 9 из 11 детей с фиброзом печени при АРПП, подтвержден синдром портальной гипертензии.

Девочка Д. (2000 г.р.): врожденный фиброз, поликистоз печени и поликистоз почек подтверждены в неонатальном периоде. С 1 месяца жизни - артериальная гипертензия, с 5 месяцев - варикозное расширение вен пищевода, синдром портальной гипертензии, мелена, анемия средней степени тяжести. В 2 года - пищеводно -желудочное кровотечение. К 7 годам - асцит, гематомезис, мелена, пищеводно-желудочное кровотечение, ХБПС3-4, компенсированный метаболический ацидоз, нефрогенная артериальная гипертензия.

Девочка А. (2003 г.р.): с рождения увеличение объема живота, в грудном возрасте - носовые кровотечения, тромбоцитопения. При обследовании в 10мес диагностирован врожденный фиброз печени, поликистоз почек. В 4 года диагностированы синдром портальной гипертензии, синдром Крувелье-Баумгартена. Неоднократно проводились лигирования варикозно-расширенных вен пищевода и желудка. В возрасте 14 лет артериальной гипертензии нет, функция почек сохранна, фиброз печени по METAVIR 3ст.

Девочка В. (2008 г.р.): на первом году жизни диагностирован пиелонефрит. С 4 лет - синдром портальной гипертензии, в 5 лет подтвержден врожденный фиброз печени, врожденное порочное развитие (с кистозным расширением) внутрипеченочных желчных протоков с формированием мелких множественных истинных кист печени, в 7 лет проводилось лигирование вен пищевода. Поликистоз почек выявлен в возрасте 5 лет при УЗИ, с 7 лет - нефрогенная артериальная гипертензия.

Девочка В. (2010 г.р.): родилась на 37-38 неделе от беременности, протекавшей на фоне маловодия, первые 3 дня после рождения находилась на ИВЛ, диагностирован поликистоз почек, врожденный фиброз

печени. На первом году жизни - анемия средней степени тяжести. С 4 лет диагностирован синдром портальной гипертензии, неоднократно проводились лигирования варикозно-расширенных вен пищевода. С 1,5 лет нарушение функции почек, к 10 годам формирование ХБП С4, фиброз печени по METAVIR 4ст, панцитопения.

Девочка С. (2011 г.р.): в возрасте 1 г 10мес -гепатомегалия (исключены болезни накопления, гельминтозы), в 3 года - диагностирован поликистоз почек и врожденный фиброз печени по METAVIR 4ст, синдром портальной гипертензии. К 10 годам формирование ХБПС2, нефрогенная артериальная гипертензия. По результатам ЭГДС, лигирование вен пищевода не проводилось.

Девочка М. (2012 г.р.): с 1года10мес диагностирован врожденный фиброз печени, синдром портальной гипертензии, поликистоз почек. Однократно лигирование варикозно-расширенных вен пищевода (в 4 года). К 8 годам по результатам магнитно-резонансной панкреатохолангиографии диагностирован нефункционирующий желчный пузырь, артериальной гипертензии нет, функция почек сохранна, поликистоз и фиброз печени по METAVIR 4ст.

Девочка М. (2013 г.р.): в возрасте 3 месяцев поликистоз почек и печени, по КТ - выраженная нефромегалия, неполная атрезия протоков печени или болезнь Кароли (?), в 8 месяцев - фиброз печени, синдром портальной гипертензии, с 2, 5 лет - неоднократное лигирование вен пищевода, в 2г8мес по МРТ-фиброз печени, признаки болезни Кароли (V тип Todiani). С 3 лет - нефрогенная артериальная гипертензия. К 6 годам - тромбоцитопения, железодефицитная анемия легкой степени тяжести, нефрогенная артериальная гипертензия, формирование ХБПС3, по УЗИ - рубцовые изменения, кавернома воротной вены.

Девочка К. (2014 г.р.): внутриутробно на сроке 35 недель гестации выявлены кисты обеих почек плода, в возрасте 6 месяцев подтвержден поликистоз почек. В 4 года диагностирован поликистоз и фиброз печени, синдром портальной гипертензии, нефрогенная артериальная гипертензия. К 6,5 годам формирование ХБПС2, нефрогенная артериальная гипертензия. Лигирование вен пищевода не проводилось.

Мальчик М. (2014 г.р.): внутриутробно при УЗИ почек плода патологии не выявлено, по результатам в возрасте 3 месяцев - увеличение

объема обеих почек. Поликистоз почек, поликистоз и фиброз печени диагностированы в возрасте 3 лет. В возрасте 4 лет выявлен синдром портальной гипертензии, тромбоцитопения, анемия. С 4 лет неоднократно проводилось лигирование вен пищевода и вен верхней трети желудка. К 5 годам фиброз печени по METAVIR 3ст., формирование ХБПС2, нефрогенная артериальная гипертензия.

Заключение: у детей раннего возраста с врожденным фиброзом и/или поликистозом печени при АРПП высока вероятность развития синдрома портальной гипертензии и его осложнений, которые наряду с формированием ХБП, определяют прогноз и исход заболевания. Персонализированные нефропротективная и гепатопротективная терапия, мероприятия по профилактике осложнений синдрома портальной гипертензии под наблюдением педиатра-нефролога, гепатолога и сосудистого хирурга позволяют улучшить качество жизни детей с АРПП до проведения трансплантации почки или комбинированной трансплантации печени и почки.

Литература:

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. Андреева Э.Ф., Савенкова Н.Д. Частота встречаемости ренального маловодия и его исходы в неонатальном периоде при аутосомно-рецессивном поликистозе почек (АРПП). Рос вестн перинатол и педиатр 2019; 64(4): 234. doi:10.21508/1027-4065-2019-64-4

3. Harutyunyan S, Andreeva EF, Savenkova ND, Larionova V, Leviashvili ZhG. Extrarenal manifestation of autosomal dominant polycystic kidney disease. Pediatr Nephrol 2011; 26(9): 1691.

4. Ефремова Н.А., Горячева Л.Г., Карабак И.А. Современные методы диагностики фиброза печени у детей. Педиатр 2020; 11 (4): 43-54. doi: 10.17816/PED11443-54

5. Савенкова Н.Д., Андреева Э.Ф. Особенности течения и исхода аутосомно-рецессивного поликистоза почек у 17 детей. Рос вестн перинатол и педиатр 2018; 63(4): 225. doi:10.21508/1027-4065-congress-2018

6. Андреева Э.Ф., Савенкова Н.Д. Течение аутосомно-доминантного и аутосомно-рецессивного поликистоза почек (АДПП и АРПП), выявленных в пренатальном, неонатальном и грудном периодах у детей. Нефрология 2019; 23(5): 77-87. doi:10.24884/1561-6274-2019-23-5-77-87

7. Андреева Э.Ф., Савенкова Н.Д. Поликистозная болезнь почек. В: Савенкова Н.Д., Левиашвили Ж.Г., Андреева Э.Ф., Семенова О.А., Папаян К.А. Наследственные болезни почек у детей. Под редакцией Н.Д.Савенковой. - СПб.: ООО «Издательство «Левша. Санкт-Петербург», 2020: 256-281.

8. Guay-Woodford L.M., Bissler J.J., Braun M.C., Bockenhauer D., Cadnapaphornchai M.A., Dell K.M. et al. Consensus Expert Recommendations for the Diagnosis and Management of Autosomal Recessive Polycystic Kidney Disease: Report of an International Conference. J Pediatr 2014; 165(3): 611–617. doi:10.1016/j.jpeds.2014.06.015

ВНУТРИСЕМЕЙНАЯ ГЕТЕРОГЕННОСТЬ ПОЛИКИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ ИЗ ДИХОРИАЛЬНОЙ ДИАМНИОТИЧЕСКОЙ ДВОЙНИ

Андреева Э. Ф., Савенкова Н. Д.
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет», Санкт-Петербург
A-Elvira@yandex.ru

Актуальность. Внутрисемейная гетерогенность течения наследственной поликистозной болезни почек является предметом широкого обсуждения в педиатрической нефрологии. Возраст к моменту первых клинических проявлений, особенности течения, характер и степень выраженности экстраренальных проявлений, скорость прогрессирования хронической болезни почек (ХБП) при поликистозной болезни почек различны среди членов одной семьи. Генеалогический метод уточняет степень риска наследования поликистозной болезни почек в семье. УЗИ диагностика позволяет выявить почечные кисты в пренатальном периоде. Молекулярно-генетические методы расширяют представление о разнообразии наследственной поликистозной болезни почек [1-7]. В литературе встречается описание клинико-генетической гетерогенности поликистозной болезни почек у дихориальной диамниотической двойни (монозиготных близнецов) [7, 8].

Цель. Представить описание внутрисемейной гетерогенности поликистозной болезни почек в двух семьях на примере детей из двойни.

Материалы и методы: обследованы дети из двойни в двух семьях. Объем обследования включал генеалогический, клинико-лабораторный, инструментальный, функциональный методы с оценкой состояния функции почек, УЗИ с определением общего объема почек (ООП). Возраст детей из двойни в семье К. составил 2,5 года (девочки), детей из двойни в семье С. 4 года (мальчики). Родители не имели кровного родства.

Результаты. Из семьи К., с отягощенным анамнезом по поликистозной болезни почек с аутосомно-доминантным типом наследования, под наблюдением находились девочки из дихориальной диамниотической двойни. У одной из девочек в неонатальном периоде при УЗИ выявлены множество мелких кист (5-8мм) в паренхиме обеих почек, в грудном возрасте ООП 39,6см3 (норма), артериальной гипертензии нет; кислотно-основное состояние крови, уровень паратгормона, МАУ в норме; мочевого синдрома нет. Выставлен клинический диагноз: Поликистозная болезнь почек с аутосомно-доминантным типом наследования (очень раннее выявление) с сохранной функцией почек (скорость клубочковой фильтрации по формуле Schwartz 71мл/мин). В возрасте 2,5 лет физическое развитие с отставанием в росте, количество и размер почечных кист по данным УЗИ не изменился, увеличен ООП 78см3 (норма 58см3), функция почек сохранна (СКФ по формуле Schwartz 103мл/мин), артериальной гипертензии нет, внепочечного расположения кист (в печени, поджелудочной железе, селезенке, щитовидной железе) не выявлено.

У второй девочки из двойни семьи К. при наблюдении с рождения (с учетом семейного анамнеза) и обследовании в возрасте 2,5 лет проявлений поликистозной болезни почек не выявлено. Физическое развитие соответствует возрасту (рост 91см, масса тела 13кг). ООП по результатам УЗИ в грудном возрасте 24,2см3 (норма), к 2,5 годам 64см3 (норма 64,1см3), кист в почках, печени, поджелудочной железе, селезенке, щитовидной железе не выявлено. Артериальной гипертензии не зарегистрировано, функция почек в норме.

При генеалогическом анализе семьи С. установлено наличие единичных почечных кист у бабушки по линии отца. У одного из мальчиков из дихориальной диамниотической двойни множественные мелкие (2-5мм) кисты в паренхиме обеих увеличенных в объеме почек выявлены в неонатальном периоде, в грудном возрасте диагностирована нефрогенная артериальная гипертензия, начата комбинированная терапия двумя антигипертензивными препаратами (селективный В1-адреноблокатор, ингибитор ангиотензинпревращающего фермента). В возрасте 4 лет отстает в физическом развитии, на фоне проводимой антигипертензивной терапии комбинацией двух препаратов артериальное давление в пределах нормы, сохраняется гиперренинемия, по результатам УЗИ резко увеличен ООП 169см3 (норма 66,58см3), корково-мозговая дифференцировка паренхимы отсутствует, выраженная

гиперэхогенность паренхимы, диффузно расположены множественные мелкие (0,1-1,3см) кисты в паренхиме обеих почек; кист в других органах по результатам УЗИ не выявлено; уровень паратгормона в крови и микроальбуминурия у пределах нормы, состояние функции почек соответствует ХБПС2 (СКФ по формуле Schwartz 81,3мл/мин). Мочевого синдрома нет.

У второго мальчика из двойни семьи С. при наблюдении с рождения (с учетом семейного анамнеза) и обследовании в возрасте 4 лет проявлений поликистозной болезни почек не выявлено. Физическое развитие соответствует возрасту. ООП по результатам УЗИ к 4 годам соответствует норме, кист в почках, печени, поджелудочной железе, селезенке, щитовидной железе не выявлено. Артериальной гипертензии не зарегистрировано, функция почек в норме.

Заключение: на примере детей из дихориальной диамниотической двойни представлено описание внутрисемейной клинической гетерогенности проявлений поликистозной болезни почек в двух семьях. Подобные фенотипические различия у детей из одной семьи, нередко рождают у родителей потребность уточнить вероятность развития поликистозной болезни почек у фенотипически здорового к моменту наблюдения ребенка. Проведение молекулярно-генетического исследования позволяет определить прогноз, вероятность и характер возможных экстраренальных проявлений заболевания, тактику наблюдения и лечения пробанда, особенно в случаях отрицательного семейного анамнеза по поликистозной болезни почек. Согласно рекомендациям KDIGO (2014), детям из семей с 50% риском (группы риска) по поликистозной болезни почек с аутосомно-доминантным типом наследования (до появления симптомов заболевания и выявления кист по УЗИ) не показано проведение молекулярно-генетических тестов. Детям (из семей с 50% риском по поликистозной болезни почек с аутосомно-доминантным типом наследования) с клинически подтвержденной поликистозной болезнью почек следует проводить молекулярно-генетическое тестирование только в случаях, когда результат может изменить тактику лечения [9-12].

Литература:

1. Jung J, Seo GH, Kim Y-M, Han YM, Park JK, Kim G-H et al. Fatal outcome of autosomal recessive polycystic kidney disease in neonates with recessive PKHD1 mutations. Medicine 2020; 99(19): e20113. doi:10.1097/md.0000000000020113

2. Bergmann C. Recent advances in the molecular diagnosis of polycystic kidney disease. Exp Rev Molec Diagn 2017; 17(12): 1037–1054. doi:10.1080/14737159.2017.1386099

3. Андреева ЭФ, Савенкова НД. 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

4. Harutyunyan S, Andreeva EF, Savenkova ND, Larionova V, Leviashvili ZhG. Extrarenal manifestation of autosomal dominant polycystic kidney disease. Pediatr Nephrol 2011; 26(9): 1691.

5. Andreeva EF, Savenkova ND, Larionova VI. Long-term follow-up of 47 children with polycystic kidney disease (PKD). Pediatr Nephrol 2007; 22 (9): 1513.

6. Андреева ЭФ. 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: 18с.

7. Persu A, Duyme M, Pirson Y, Lens XM, Messiaen T, Breuning MH et al. Comparison between siblings and twins supports a role for modifier genes in ADPKD. Kidney Int 2004; 66(6): 2132–2136. doi:10.1111/j.1523-1755.2004.66003.x

8. Bartos V, Janciova L, Ivan J, Janos M, Adamicova K, Pec M. Congenital polycystic kidney disease in one of the twins. Bratisl Lek Listy 2010;111(6):353-356.

9. Gimpel C, Avni FE, Bergmann C et al. Perinatal diagnosis, management, and follow-up of cystic renal diseases. JAMA Pediatr 2018;172(1):74-86. doi: 10.1001/jamapediatrics.2017.3938

10. Chapman AB, Devuyst O, Eckardt K-U et al. Autosomal-dominant polycystic kidney disease (ADPKD): executive summary from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Controversies Conference. Kidney Int 2015;88(1):17–27. doi: 10.1038/ki.2015.59

11. Aymé S, Bauerenhauer D, Day S et al. Common Elements in Rare Kidney Diseases: Conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Controversies Conference. Kidney Int 2017;92(4):796-808. doi: 10.1016/j.kint.2017.06.018

12. Harris T. Is it ethical to test apparently "healthy" children for autosomal dominant polycystic kidney disease and risk medicalizing thousands? Front in Pediatr 2018;5:291. doi: 10.3389/fped.2017.00291

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ НАДСЕГМЕНТАРНЫХ РЕГУЛЯТОРНЫХ СТРУКТУР ПРИ НЕЙРОДЕРМИТАХ У ДЕТЕЙ

Буряк В. Н.[1], Дудко М. В.[2], Буряк Н. В.[3]
1 ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им.И.И.Мечникова» Минздрава России, г.Санкт-Петербург
2 Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская поликлиника № 35», г.Санкт-Петербург
3 Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького». г.Донецк
vladimir.buryak@inbox.ru

Цель исследования. Изучить биоэлектрическую активность стволовых структур мозга у детей, страдающих нейродермитом.

Материалы и методы. Проведено обследование 40 детей в возрасте от 10-ти до 14-ти лет, разделённых на две группы. В первую вошло 20 детей, страдающих нейродермитом. Во вторую (контрольную) 20 здоровых детей. У всех детей исследовались акустические стволовые вызванные потенциалы (АСВП) при помощи диагностического комплекса « Amplaid – МК – 15» (Италия).

Результаты. У пациентов с нейродермитом отмечалось достоверное ($p < 0.05$) удлинение латентных периодов I, II, IV и V компонентов АСВП, что свидетельствовало о снижении скорости проведения возбуждения по сравнению с контрольной группой на уровне слухового нерва, кохлеарного ядра, ядра латерального лемниска и нижних бугров четверохолмия. Абсолютные значения латеральных периодов указанных компонентов у детей с нейродермитом в большинстве случаев при этом не превышали согласно литературным данным границ допустимой возрастной нормы. В группе детей, страдающих нейродермитом, не наблюдалось неврологической симптоматики, характерной для дисфункции указанных структур ствола мозга. Кроме того, в данной группе отмечалось достоверное ($p < 0.05$) снижение амплитуд I, III, и V компонентов АСВП, что отражает снижение у пациентов с нейродермитом.

АСВП, что отражает снижение у пациентов с нейродермитом возбудимости слухового нерва, нейронов верхнего оливарного комплекса и нижних бугров четверохолмия.

Заключение. Полученные результаты указывают на наличие субклиических изменений функциональной активности надсегментарных регуляторных структур в области ствола мозга у детей, страдающих нейродермитом.

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ПЕРИОД ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Георгиева О. В.[1], Пырьева Е. А.[1], Гмошинская М. В.[1], Алешина И. В.[1], Сафронова А. И.[1], Тоболева М. А.[1], Лебедева У. М.[2], Олюшина Е. А.[3], Котова Н. В.[3]

1 ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии» г. Москва,

2 Северо-Восточный Федеральный университет им. М.К.Аммосова, г. Якутск,

3 ФГБОУ ВО «Приволжский Исследовательский Медицинский Университет» МЗ РФ, г. Нижний Новгород.

sai1509@yandex.ru

Введение. Период тяжелой эпидемиологической ситуации предъявляет особые требования к организации питания детского населения. Важно сохранение основных принципов здорового питания и акцента на поддержание защитных сил организма. При этом важен учет сложившегося стереотипа питания и исключение дополнительных стрессов в семье.

Цель. Изучение рациона питания детей школьного возраста, находившихся на дистанционном обучении, для разработки подходов к его оптимизации.

Материалы и методы. Для получения объективной информации по состоянию питания детей в домашних условиях в период дистанционного обучения ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии» был проведен опрос родителей с использованием платформы Google. В исследовании приняло участие 6176 семей из различных регионов РФ, средний возраст детей составил 11,2±3,4 лет. Распределение детей по полу было равномерным (50,5% мальчиков и 49,5% девочек).

Результаты исследования. Как свидетельствуют данные опроса во время дистанционного обучения у 24,1% детей отмечено повышение аппетита, у 6,8% снизился, у 4,3% детей стал более избирательным, 2,5% родителей отметили изменение вкусовых пристрастий у их детей, у 62,3% детей аппетит не изменился.

Регулярно в своем питании стали использовать бутерброды - 62,7% детей, мучные кондитерские изделия - 52,8%, сдобную выпечку (булочки, пирожки) - 51,3%, шоколад или шоколадные батончики -37,9%, чипсы (сухарики) - 24,5%, хот-доги (гамбургеры) - 17,1%, сладкие творожные десерты - 9,7%. В качестве напитков, которые дети предпочитали в промежутках между основными приемами (в порядке убывания): соки – в 51,2% случаев, морсы –в 47,8%, чай с сахаром –32,2%, сладкую газированную воду –14,1% детей.

Заключение. Представленные данные по питанию детей школьного возраста в период дистанционного обучения констатируют изменение пищевого поведения, что во многом связано со снижением родительского контроля и получением самостоятельного доступа к выбору пищевой продукции. Среди негативных фактов присутствует избыточное потребление высококалорийных продуктов, в т.ч. бутербродов и кондитерских изделий, а также напитков с большим количеством добавленных сахаров, что требует более активного участия родителей в организации питания детей в период дистанционного обучения.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПИЩЕВОЙ ПРОДУКЦИИ ШКОЛЬНИКАМИ В СИБИРСКОМ И ДАЛЬНЕВОСТОЧНОМ ФО

Гмошинская М. В.[1], Тармаева И. Ю.[1], Лебедева У. М.[2], Богданова О.Г.[3], Ткачук Е.А.[3], Сафронова А. И.[1], Нетунаева Е. А.[1], Алешина И. В.[1], Тоболева М. А.[1]

1 ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», г.Москва, Россия;

2 Центр питания НИЦ МИ Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова, Россия;

3 ФГБУН Восточно-Сибирский институт медико-экологических исследований, г. Ангарск, Россия;

4 Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск, Россия.

sai1509@yandex.ru

Введение: На протяжении всего периода обучения в школе питание у большинства детей несбалансированно. Анализ структуры питания детей и подростков выявил существенные недостатки в рационах питания школьников: высокое потреблении жиров, соли – более чем у 50% детей, добавленных сахаров – у 65%. Одновременно 36-38% школьников недополучают молочные продукты, 74% – рыбу, 29-35% – овощи и фрукты. Дисбаланс объясняется нерациональным подходом к составлению рациона питания, подбору продуктов и блюд, используемых как дома, так и в образовательных организациях (ОО).

Цель исследования: Изучение особенностей организации питания детей школьного возраста в различных регионах РФ.

Пациенты и методы: Анкетно-опросным методом изучено фактическое питание детей школьного возраста РФ в домашних условиях и в организованных коллективах. В г.Иркутске изучено фактическое питание у 175 детей, в г.Ангарске 148 детей, в г.Якутске 932 детей.

Результаты: Несмотря на то, что рыба является традиционным продуктом питания для лиц, проживающих в Дальневосточном ФО,

частота ее потребления остается недостаточной. Так в Якутии потребляют рыбу не реже 1 раза в неделю 20-30% местного и пришлого населения. В Сибирском ФО (в гг.Иркутске и Ангарске) установлено, что не реже 1 раза в неделю рыбу потребляют более 60% детей. Различия между частотой потребления рыбы в гг. Сибирского и Дальневосточного ФО достоверны ($p < 0,05$). Однако, частота потребления мяса животных несколько раз в неделю детьми Дальневосточного ФО наоборот выше по сравнению с потреблением в Сибирском ФО. В г. Якутске потребление мяса животных несколько раз в неделю составляет 85%, а в гг. Иркутске и Ангарске 68% и 73% соответственно ($p < 0,05$). Вместе с тем, мясо птицы достоверно реже потребляют дети из г. Якутска (51%) по сравнению с детьми из гг. Иркутска и Ангарска (70-77% детей, соответственно). Для школьников из городов Сибирского ФО характерно достоверно большее потребление молока по сравнению с детьми, проживающими в Якутии (76% и 75% а г. Иркутске и г. Ангарске и 62% в г.Якутске), ($P < 0,05$). В гг. Иркутске и Ангарске 50-70% детей не менее 1 раза в неделю потребляют майонез и чипсы. Потребление сладких газированных напитков детьми г. Якутска более чем в 3 раза превышает их потребление в гг.Ангарске и Иркутске.

Заключение: Установлены региональные особенности питания детей в Сибирском и Дальневосточном округах. Для детей, проживающих в Якутии, характерна более высокая частота потребления мяса, но меньшее потребление рыбы, молока по сравнению с детьми, проживающими в Сибирском Федеральном округе.

УВЕИТ ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ У ДЕТЕЙ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ И ТЕЧЕНИЯ

Гончар, Н.В.[1], Шефер К. К.[1], Кожина Е. В.[3], Бабаева Ш.[1], Слизовский Н. В.[3]

1 Северо-Западный государственный медицинский университет И.И. Мечникова», Санкт-Петербург,

2 Детский научно-клинический центр инфекционных болезней Федерального медико-биологического агентства,

3 Детская городская больница №2 Св. Марии Магдалины, Санкт-Петербург

nvgonchar@yandex.ru

Введение. Увеит, как основное экстраартикулярное проявление ювенильного ревматоидного артрита (ЮРА), развивается у 10 – 30% пациентов. Заболеваемость ЮРА, ассоциированного с увеитом, в РФ составляет 1,5-2,0 на 100 000 детского населения в год, распространенность – 8-11 на 100 000. Считают, что увеит чаще развивается у пациентов с олигоартритом. Ранняя диагностика и эффективное лечение увеита при ЮРА с достижением полного разрешения воспаления необходимы для предотвращения угрозы зрению у детей.

Цель исследования: изучить клинические варианты и особенности течения увеита при ювенильном ревматоидном артрите у детей.

Материал и методы. Проанализированы данные историй болезни 19 детей Санкт-Петербурга в возрасте от 3 до 18 лет, страдающих ЮРА, ассоциированного с увеитом, и проходивших обследование и лечение в кардиоревматологическом отделении СПб ГБУЗ ДГБ № 2 Святой Марии Магдалины (главный врач – А.Г. Микава) в период с 2017 по 2019 гг. Изучали следующие факторы: пол и возраст детей, анамнез болезни и жизни, наличие ревматоидного фактора (РФ), особенности клинических форм увеита, сроки манифестации увеита по отношению к суставному синдрому, активность воспалительного процесса. Результаты исследования оценивали с помощью стандартных статистических методов и считали достоверными при $p<0,05$.

Результаты. Среди пациентов с ЮРА, ассоциированного с увеитом, было 12 (63,2 %) мальчиков и 7 (36,8%) девочек (p>0,05), средний возраст больных (M±Q) составил 12±5 лет, из них детей от 3 до 7 лет было 4 (21,1%), от 7 до 14 лет – 4 (21,1%), старше 14 лет – 11 (57,9%) (p>0,05). РФ не был обнаружен ни у одного пациента. Длительность заболевания ЮРА до 1 до 3 лет отмечена у 2 (10,5%) детей, от 3 до 5 лет – у 6 (31,6%), более 5 лет – у 11 (57,9%) (p>0,05). При этом длительность болезни ЮРА более 5 лет чаще выявляли у мальчиков – в 72,7% случаев, чем у девочек (27,3%; p>0,05). Наследственная отягощенность по заболеваниям суставов обнаружена у 13 (68,4%) пациентов, среди них было 9 (69,2%) мальчиков и 4 (30,8%) девочек (p>0,05). Хронические очаги инфекции имели 14 (73,7%) детей, из них 9 (64,3%) мальчиков и 5 (35,7%) девочек (p>0,05). Аллергические заболевания в анамнезе наблюдались у 9 (64,3%) пациентов, из них 6 (66,7%) мальчиков и 3 (33,3%) девочки (p>0,05).

При изучении характера воспалительного процесса при увеите чаще (p<0,05) выявляли клинические формы с серозным воспалением, отмеченные у 16 (84,2%) детей, из них – 10 (62,5%) мальчиков и 6 (37,5%) девочек. С серозно-пластической формой увеита было 2 (10,53%) мальчика; с кератоувеитом – 1 (5,26%) девочка (p>0,05). Длительность увеита до 1 до 3 лет имели 5 (26,3%) детей, от 3 до 5 лет – 5 (26,3%), более 5 лет – 8 (42,1%) (p>0,05). У 1 (5,3%) пациента диагноз увеита был установлен впервые. Длительность увеита более 5 лет чаще выявляли у мальчиков – в 75% случаев, чем у девочек (в 25%; p>0,05).

ЮРА с увеитом на фоне моноартрита отмечен у 8 (42,1%) детей, с олигоартритом – у 6 (31,6%), с энтезит-ассоциированной формой – у 2 (10,53%), с полиатритом – у 3 (15,8%) (p>0,05). Среди больных с моноартритом мальчиков было 3 (37,5%), девочек – 5 (62,5%); с олигоартритом – мальчиков 5 (83,3%) и девочек 1 (16,7%); энтезит-ассоциированной формы у девочек не наблюдалось, но данная форма ЮРА выявлена у 2 (100%) мальчиков; среди больных с полиартритом мальчиков было 2 (66,7%) и девочек 1 (33,3%) (p>0,05).

Низкая степень активности ЮРА с увеитом, наблюдалась у 8 (42,1%) детей, средняя степень – у 6 (31,2%), высокая – у 2 (10,5%) детей, имевших рецидив увеита. У 3 детей (15,8%) диагностирован увеит в стадии ремиссии.

Манифестация ЮРА с поражением глаз до начала суставного синдрома отмечалась в 2 (10,5%) случаях, одновременный дебют суставного синдрома и увеита выявлен в 2 (10,5%) случаях. Манифестация увеита после дебюта ЮРА наблюдалась в 15 (80%) случаях, что было достоверно чаще, чем до развития суставного синдрома и одновременно с ним ($p<0,05$). При этом у 9 (47,3%) пациентов отмечается односторонний увеит и у 10 (52,6%) – двусторонний.

Заключение. Случайная выборка выявила несколько более высокую частоту ЮРА с увеитом у мальчиков и у детей старше 14 лет. У большинства больных (57,9%) длительность заболевания превышала 5 лет, среди них мальчики составляли большинство (72,7%). У всех детей диагностирован серонегативный вариант ЮРА.

Наследственная отягощенность по заболеваниям суставов обнаружена у 68,4% пациентов, преобладали мальчики (69,2%). Хронические очаги инфекции и аллергические заболевания в анамнезе также чаще выявляли у мальчиков. Полученные данные свидетельствовали о более частом наличии факторов риска развития ЮРА с увеитом у мальчиков.

Обнаружено доминирование серозной формы увеита (84,2% случаев) над прочими формами и доминирование ЮРА с увеитом на фоне моноартрита низкой степени активности (42,1% случаев). Манифестация увеита после дебюта ЮРА выявлена в большинстве (80%) случаев, при этом одностороннее и двустороннее поражения глаз отмечались одинаково часто. Длительность увеита более 5 лет чаще выявляли у мальчиков (75% случаев), чем у девочек (25% случаев).

ШКАЛЫ ОЦЕНКИ НУТРИТИВНОГО РИСКА У ПЕДИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Пырьева Е. А., Сафронова А. И., Тоболева М. А., Тимошина М. И.
ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», Москва, Россия
sai1509@yandex.ru

Своевременное выявление недостаточности питания (НП) имеет важное медико-социальное значение с целью ее ранней коррекции. НП усугубляет тяжесть и прогноз заболеваний, увеличивает частоту и длительность госпитализаций. В зарубежной практике получила развитие скрининговая оценка нутритивных рисков с использованием специальных шкал, при этом в педиатрии вопрос об их эффективности остается открытым.

Целью настоящего исследования является оценка нутритивного риска у детей в стационаре неврологического профиля.

Материалы и методы: Наблюдение осуществлялось на базе ГБУЗ Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Москва. В психоневрологическом отделении обследовано 80 детей, из которых 34 (42,5%) мальчика и 46 (57,5%) девочек. Возрастной интервал колебался от 1 года до 17 лет и составил в среднем - 7,3±4,9 лет. Под наблюдением находились: 40 детей с диагнозом эпилепсия, что составило 50% от всех обследованных детей, с диагнозом ДЦП- 16 детей (20%), с другой неврологической патологией – 24 ребенка (30%). Всем обследованным при поступлении проводилась скрининговая оценка нутритивного статуса по шкалам: STRONGkids (Screening Tool Risk on Nutritional Status and Growth), PYMS (Pediatric Yorkhill Malnutrition Score), STAMP (Screening Tool for the Assessment of Malnutrition in Paediatrics).

Результаты исследования: Физического развитие детей оценивали в программах ВОЗ (WHO Anthro; WHO AnthroPlus). В соответствии с полученными данными, недостаточность питания отмечалась у 24 детей: средней и тяжелой степени у 10 детей (12,5%), легкой степени у 14 детей (17,5%). Избыточная масса тела и ожирение были выявлены

у 25 пациентов (31,25%), нормальные показатели физического развития у 31 ребенка (38,75%). Среди анкетируемых детей высокий риск недостаточности питания по шкале «STRONGkids» отмечен у 4 детей (5%), риск средней степени у 65 (81,25%), а низкий у 11 детей (13,75%). По шкале «PYMS» высокая степень риска недостаточности питания выявлена у 5 детей (6,25%), средняя у 26 детей (32,5%), низкая у 49 детей (61,25%). По шкале «STAMP» высокий риск недостаточности питания отмечен у 32 детей (40%), средний у 47 (58,75%), а низкий у 1 больного (1,25%).

Выводы: Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют, что в диетологической помощи в соответствии с данными шкалы «STRONGkids» нуждаются 69 детей, шкалы «PYMS» - 31 ребенок, шкалы «STAMP» - 79 детей. При этом снижение антропометрических показателей, которые чаще всего являются показаниями для диетологической коррекции, имелось только у 24 человек. Необходимо проведение дальнейших исследований по обоснованию подходов к раннему выявлению нутритивного риска у детей с использованием скрининговых шкал, с расширением выборки детей.

ОСОБЕННОСТИ СЕНСОРНОГО ВОСПРИЯТИЯ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ПЕРВЫЕ МЕСЯЦЫ ЖИЗНИ

Салова М. Н., Силкина Н. Н.
ОБУЗ ИКБ им. Куваевых, Детская городская поликлиника № 8, Иваново
Salova_m@mail.ru

Актуальность. В настоящее время все большее внимание врачей направлено на ранее выявление расстройств аутистического спектра (РАС) у детей, а также поиск подходов к оказанию им своевременной помощи. Цель работы. Выявить особенности сенсорного восприятия у детей с РАС в первые 3 месяца жизни. Материалы и методы. Проведены опрос родителей по специально разработанной анкете, учитывающей особенности сенсорной и эмоциональной сфер детей первых трех месяцев жизни, и анализ медицинской документации (ф. 112/у) 40 детей 5-7 лет с РАС (диагноз согласно МКБ Х – F.84) и стольких же детей группы контроля. Результаты. Среди перинатальных факторов у детей с РАС достоверно чаще встречались: более чем вторая по счету беременность, стерильный период родителей более 5 лет, угроза прерывания беременности, прием препаратов прогестерона, хроническая внутриутробная гипоксия плода, профессиональные вредности. Среди матерей детей с РАС чаще встречались женщины, чья трудовая деятельность была связана с красками и красителями. У 70% детей с РАС наблюдалось отсутствие комплекса оживления в первые месяцы жизни, в отличие от 10% детей без этих нарушений ($p < 0,05$). Нарушения сенсорной чувствительности были выявлены у 80% детей с РАС, при этом у детей контрольной группы встречались лишь единичные признаки гипо- или гиперчувствительности, что не позволило говорить о преобладании нарушений сенсорного восприятия. У половины детей с РАС отмечена избыточная чувствительность к действию внешних раздражителей, причем сниженная реакция чаще проявлялась в ситуации раздевания ребенка и медицинских манипуляций (реакция на боль), повышенная – при прикосновении, на бытовые звуки и яркий свет. У детей с РАС сон достоверно чаще был беспокойным, с частыми пробуждениями, не связанными с голодом. Речь активная (произнесение ребенком отдельных звуков, начало гуления) у 70% детей с РАС чаще была крайне бедной

или отсутствовала, при этом половина детей часто беспричинно громко или длительно кричали. При кормлении 30% детей с РАС сосали недостаточно активно, столько же отказывались от кормления. Выводы. Выявлены ранние признаки нарушения коммуникации и сенсорной чувствительности у детей с РАС, которые должны учитываться врачами первичного звена здравоохранения при проведении плановых осмотров детей первых трех месяцев жизни. Для таких детей необходимо создание охранительно-развивающей обстановки: исключение громких бытовых звуков, яркого света, игрушек, одежды; постепенное введение в обстановку новых сенсорных стимулов; четкий режим дня с ежедневно повторяющимся набором действий; ненавязчивое привлечение внимания ребенка; тактильная стимуляция с первых дней жизни.

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РОССИИ С УЧЕТОМ ПОЛОЖЕНИЙ ТЕОРИИ ПОКОЛЕНИЙ

Чичерин Л. П., Щепин О. П., Загоруйченко А. А.
ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко». Москва
leo2506@gmail.com

Актуальность. На современном этапе врачи-педиатры, организаторы детского здравоохранения, ученые всё чаще высказывают особую тревогу из-за состояния амбулаторного звена педиатрической службы страны, реальная организация деятельности которого, за исключением ряда крупнейших городов, несмотря на периодически выходящие профильные приказы и иные документы Минздрава России, оказалась фактически на этапе стагнации. Это является, по сути дела, существенным тормозом дальнейшего развития всего дела охраны здоровья подрастающего поколения. Многолетний мониторинг данного процесса с позиций риск-подхода, с применением экспертных оценок, манифестирует также отсутствие научного обоснования внедряемых на практике некоторых новаций последних лет. Имеются в виду, например, непонятные Центры здоровья детских поликлиник (и без них выполняющих превентивные функции), амбулаторные центры с объединением 2-3 территориальных поликлиник, что именно в крупных городах вызывает недовольство родителей, прежде всего, в силу трудностей с доступностью. И смена территориальных Домов санитарного просвещения на Центры медицинской профилактики не повысила эффективность последней и т.д.

Значительным подспорьем изменения ситуации нам видятся знания положений вызывающей повышенный интерес Теории поколений. Они, с адаптацией для России, на модели здравоохранения, в том числе детского, в состоянии, по нашему мнению, изменить в лучшую сторону взаимоотношения участников сторон в системе «врач-пациент» (в педиатрии – «врач-ребенок-семья»), и, как следствие, внести вклад в дело сохранения и укрепления здоровья подрастающего поколения. Особенно это важно для врачей-педиатров и медицинских сестер

в условиях педиатрического участка, в образовательной организации, прежде всего, в отношении подросткового контингента.

Отсюда **цель исследования:** рассмотреть с точки зрения общественного здоровья и здравоохранения возможности применения в отечественной педиатрии основных положений ТП как важнейшего фактора активизации, в первую очередь, на амбулаторном этапе, мер медико-социальной помощи – МСП профилактической направленности детям, подросткам, семье ребенка.

Материалы и методы. Базовыми явились аналитические материалы о состоянии здоровья, а также об актуальных медико-социальных потребностях детей 0-17 лет, в том числе подросткового возраста (10-17 лет) и их семей. Применён комплекс методов социально-гигиенического и медико-организационного исследования, включая аналитический, экспертной оценки, изучения опыта и др.

Результаты. Риск подход и критические периоды жизни ребенка. По результатам отечественных, включая и наши, исследований, согласуясь с соответствующими положениями и рекомендациями Глобальной стратегией ВОЗ в области охраны материнства и детства на 2016–2030 гг., в том числе в Европейском регионе, детский контингент остаётся наиболее подтверждённым целому комплексу явлений, которые под влиянием факторов риска впервые имеют место или усугубляются в подростковом возрасте, а их основные последствия ощущаются позднее в течение жизни.

Имеются в виду, прежде всего, ранняя сексуальная активность и незащищенный секс; вредные привычки и употребление психоактивных веществ; жестокость самих подростков, правонарушения; недостаточная физическая активность и др. Педиатрами наблюдаются также другие категории детей, обозначенные законодательством как «дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации»: дети-инвалиды, дети-сироты, дети из социально-неблагополучных семей, дети из семей беженцев, дети - жертвы насилия и иные.

На фоне, казалось бы, традиционного (но далеко не всегда реализуемого на амбулаторном этапе) индивидуального подхода к ребенку, к условиям его воспитания и развития в семье, знание педиатрами групповой поколенческой специфики детей/подростков и их родителей

полезно при реализации всей повседневной медико-социальной деятельности. Как мы писали ранее (Мат. конф. «Воронцовские чтения-2020»), эффективность проводимых мероприятий наиболее выражена в критические периоды жизни ребенка

По материалам исследования, не так часто в документах различных ведомств принимается во внимание мнение врачей-педиатров, учитываются критичные возрастные периоды, выделяемые при рассмотрении тех или иных факторов социальной среды и др. Подчеркнём, что внимание к ним должно расти, прежде всего, при осуществлении медико-социального патронажа на дому в целях раннего выявления нуждающихся в соответствующей поддержке детей и семей, при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (приказ МЗ РФ от 10.08.2017 г. № 514н).

Известны также традиционные, наиболее отработанными разделы повозрастной социализации в педиатрической практике, требующие должный как «внешний» альянс с другими ведомствами, так и с представителями немедицинских специальностей внутри данной медицинской организации. Это этапы поступления в дошкольное учреждение – чаще всего с 3 лет, в школу - с 7 лет; период до первоначальной постановки юношей на воинский учет в 15-16 лет и т.д. Но данный список следует расширить за счет и иных составляющих проблемы социализации молодого человека, Всем субъектам медицинского обеспечения (педиатрам, детям, подросткам, их родителям) необходимо знать о правах детей, часто совпадающих с упомянутыми критическими периодами жизни. Например, о закреплённом законодательством праве на труд несовершеннолетних. Так, заключение трудового договора, как правило, допускается с лицами, достигшими 16 лет, но в ряде случаев – и менее. Но оговаривается предоставление условий труда без ущерба здоровью и нравственному развитию. При этом согласие (подпись) одного из родителей (опекуна) и разрешение органа опеки и попечительства также обязательны.

Для профилактики правонарушений и безнадзорности несовершеннолетних важно знать, что уголовная ответственность возлагается на лиц, которым ко времени совершения преступления исполнилось 14, но не исполнилось 18 лет (УК РФ).

При всём этом не нужно забывать, что несовершеннолетние в возрасте старше 15 лет имеют право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него (ст. 54 ФЗ от 21.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Также обращаем внимание, что вот уже двадцать лет, кроме Санкт-Петербурга, Москвы, Республики Татарстан, Республики Башкортостан и некоторых других, должная организация в детских поликлиниках отделений/кабинетов МСП практически отсутствует, что зачастую не соответствует потребностям подрастающего поколения в нивелировании кратко представленных риск-факторов здоровью ребенка, социальному благополучию его семьи. Практически забвение реализации обоснованной учеными при нашем участии, апробированной и принятой на территориях идеи подобных отделений детских поликлиник инициировало поиск новых решений, которые бы способствовали уменьшению влияния указанных выше риск-факторов.

Основные положения Теории поколений. Смысл данной новации - на фоне традиционного (но далеко не всегда реализуемого на амбулаторном уровне) индивидуального подхода к ребенку, к условиям его воспитания и развития в семье, знание педиатрами в дополнение к этому также и групповой поколенческой специфики детей/подростков, как и их родителей, должно быть полезно при реализации всего комплекса повседневных мер медико-социального характера.

Сегодня педиатрическая служба страны, ответственная как за здоровье порядка 30 млн детей 0-17 лет, из которых половина – школьники, так и - среди многих ведомств – за их социальное благополучие, не может оставаться в стороне от вечной проблемы «отцов и детей». Эта проблема ныне дополняется/усугубляется задачами Теории поколений уменьшить межпоколенческие конфликты, улучшить коммуникацию и найти общий язык разным поколениям, связанным в данном случае и узами родства. В том числе и в области сохранения и укрепления здоровья населения.

Согласно Теории поколений (ТП), выдвинутой американскими исследователями демографом Н. Хоувом и историком В. Штраусом в 1991 году налицо циклическая смена поколений каждые 15–25 лет, в среднем длительностью 20 лет. Когда рождается и вырастает поколение

со схожей – в силу характерной для соответствующего, определенного периода времени, специфики общественной среды - системой/различиями - жизненных ценностных установок, поведения и т.п.

Нынешние школьники относятся к поколению Z (родившиеся в период 2003–2023 гг.), иначе к поколению хоумлендеров (от англ. home, дом, проводящие основное время дома, за гаджетами и компьютерами). Они родились на стыке поколений и часть ценностей взяли от предыдущего поколения Миллениум или Y, названному так, поскольку их совершеннолетие пришлось на начало тысячелетия (1985-2003 г.р.),

Дети поколения Z развиваются невероятно быстро, растут ответственными, поэтому, как полагают психологи, выстраивать диалог с ними нужно как с равными: аргументированно, без давления. Именно они, с позиции риск-подхода, постоянно находится в фокусе исследований, поскольку система ценностей этой возрастной группы подвижна, мировоззрение её представителей еще не устоялось. А в кризисных условиях они больше всего подвержены крушению идеалов, обострению апатии, приводя к потере нравственного и духовного здоровья.

В то же время их родители преимущественно относятся к поколению X (рожденные с 1969 по 1984 год) и в меньшей степени – к поколению Y (1985–2002 гг.). Представители поколения X, воспитанные, в свою очередь, занятыми родителями в эпоху перемен, и с детства приученные самостоятельно лавировать в резко меняющейся внешней среде, отличаются индивидуализмом, прагматичностью, опорой на собственные силы и опыт, ослабленным чувством патриотизма и тягой к приобретению. Ответственные и добросовестные, они высоко ценят знания и продолжают последовательно учиться.

Нужно знать и специфику поколения Альфа – детей, рождённых в период с 2010 года и по сегодняшний день. Это время, когда появился IPad и Instagram, что повлияло на глобальную цифровизацию. Данное поколение остаётся пока самыми неизученными детьми.

Заключение. Таким образом, в специфических условиях России в повседневной деятельности врача-педиатра назрела необходимость с позиции индивидуального подхода обязательного учета особенностей процессов социализации детей и подростков, повозрастного вхождения в среду обитания, прежде всего, в критические периоды их жизни. При

этом эффективность предпринимаемых комплексных мер межведомственно осуществляемой МСП (подразумевающей медико-психологическую, социальную поддержку, охрану прав ребенка, его семьи и пр.), несомненно, возрастет с учетом знания уже групповых характеристик жизненных ценностей не только ребенка, полростка, но и родителей. Большим подспорьем в этом плане является информация с официального **сайта «RuGenerations – российская школа Теории поколений» по адресу: https://rugenerations.su/**

Мы убеждены, что вопросы, поднятые в настоящей публикации, по нашему мнению, и должны явиться своеобразным толчком к активизации на местах полноценных мер контингенту медико-социальной направленности.

Подчеркнём, что рассмотренные на примере организации амбулаторно-поликлинической помощи аспекты в полной мере соотносятся и со всей многогранной, в идеале межведомственно осуществляемой деятельностью педиатрической службы страны.

В плане обсуждаемых вопросов считаем необходимым внести коррективы и в процесс разработки и внедрения в педиатрии инновационных технологий цифровой медицины, создания баз данных автоматизированных информационных систем, попытки создать «электронную карту ребенка» и пр. Всё это обязывает нас помнить и тех, кто уже с начала 70-х гг. прошлого века стоял у истоков данной новации. Отдавая дань памяти проф. И.М. Воронцова, важно знать его труды, в том числе и в области практического применения подобных систем, в частности, по созданию в г. Ленинграде в 1979 году межведомственной лаборатории «Автоматизированные системы в педиатрии», разработке научно-методических вопросов диспансеризации детского населения и др.