

Содержание

Организаторы и оргкомитет	2
Обращение к участникам	4
Программа	10
Каталог выставки	29
Сборник тезисов.....	65
Конкурс молодых ученых	91

Организаторы

Департамент здравоохранения города Москвы

ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница ДЗМ»

Оргкомитет

Председатель

Хрипун Алексей Иванович

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

Заместители председателя

Погонин Алексей Владимирович

Заместитель Руководителя Департамента здравоохранения города Москвы.

Мелик-Гусейнов Давид Валерьевич

Директор ГБУЗ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»

Оргкомитет

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

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

Мазанкова Л.Н. – заведующая кафедрой детских инфекций Московского факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова, главный внештатный специалист по инфекционным болезням у детей Департамента здравоохранения города Москвы, д.м.н., профессор.

Школьникова М.А. – руководитель Федерального детского центра лечения нарушений ритма сердца, главный внештатный детский специалист-кардиолог Департамента здравоохранения города Москвы д.м.н., профессор.

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

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

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

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

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

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

Тиганова О.А. – врач-онколог отделения онкологии и гематологии ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», доцент кафедры госпитальной педиатрии №2 педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова, главный внештатный детский специалист-онколог Департамента здравоохранения города Москвы, к.м.н.

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

Жолобова Е.С. – руководитель Центра детской ревматологии ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», главный внештатный детский специалист-ревматолог Департамента здравоохранения города Москвы, д.м.н., профессор.

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

Кондратчик К.Л. – заведующий отделением онкологии и гематологии ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», главный внештатный детский специалист-гематолог Департамента здравоохранения города Москвы, к.м.н.

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

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

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

Ивойлов А.Ю. – ГБУЗ «НИКИ оториноларингологии им. Л.И. Свержевского ДЗМ», главный внештатный детский специалист-оториноларинголог Департамента здравоохранения города Москвы, д.м.н.

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

Алиева Э.И. – заведующая отделением гастроэнтерологии ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», главный внештатный детский специалист-гастроэнтеролог Департамента здравоохранения города Москвы д.м.н., профессор.

Панков Д.Д. – заведующий кафедрой школьной педиатрии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, главный внештатный специалист по гигиене детей и подростков Департамента здравоохранения города Москвы, д.м.н., профессор.

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

Малахов А.Б. – главный внештатный детский специалист-пульмонолог Департамента здравоохранения города Москвы, д.м.н., профессор Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

Организаторам, участникам и гостям III Московского городского съезда педиатров "Трудный диагноз" в педиатрии" Дорогие друзья!



Приветствую вас на III Московском городском съезде педиатров.

В этом году наш замечательный город отмечает свое 870-летие. Вместе мы вспоминаем выдающихся москвичей, чьи передовые идеи и уникальные достижения открыли обществу новые горизонты и возможности.

В Москве жили и работали Нил Федорович Филатов, Тимофей Петрович Краснобаев, Георгий Несторович Сперанский и другие блестящие детские врачи. Они внесли огромный вклад в создание и развитие отечественной школы лечения детских болезней, которая до сих пор является одной из лучших в мире. Свои бесценные знания и опыт московские педиатры передавали коллегам, чтобы каждый ребенок мог получить необходимую медицинскую помощь.

III Московский городской съезд педиатров продолжает эти славные традиции. Личное общение врачей различных специальностей, дискуссии и обмен опытом позволяют быть в курсе передовых достижений медицины и использовать полученные знания для повышения эффективности профилактики, диагностики и лечения болезней юных пациентов.

Спасибо вам, дорогие друзья, за постоянное стремление к профессиональному росту, любовь к детям и большой вклад в развитие столичного здравоохранения.

Желаю участникам Съезда плодотворной работы, крепкого здоровья и благополучия.



Мэр Москвы
Собянин Сергей Семенович

Уважаемые коллеги!



Я рад приветствовать участников Московского городского съезда педиатров «Трудный диагноз в педиатрии». Уже в третий раз собираются детские врачи Москвы, регионов России и других стран, чтобы обсудить наиболее значимые достижения прошедшего года в области медицинской помощи детям.

Благодаря реформе столичного здравоохранения, возможности медицинской помощи детям в Москве значительно расширились. Большое внимание на настоящем Съезде уделяется специализированной медицинской помощи, например, детской кардиологии и кардиохирургии – областям, в которых изменения под влиянием современных технологий особенно заметны. Врачам, работающими с такими пациентами, особенно важно постоянно знакомиться с последними достижениями в детском здравоохранении в рамках мультидисциплинарного подхода к ведению больных.

Правительство и Департамент здравоохранения города Москвы уделяют огромное внимание развитию педиатрии, улучшению качества, эффективности и доступности многопрофильной амбулаторной и стационарной медицинской помощи детям.

Благодарю детских врачей за огромный вклад в дело охраны здоровья подрастающего поколения, желаю успешной и плодотворной работы на Съезде.

**Министр Правительства Москвы,
Руководитель Департамента здравоохранения города Москвы**



Хрипун Алексей Иванович

Участникам III Московского городского съезда педиатров с международным участием «Трудный диагноз» в педиатрии. Междисциплинарный подход. От простого к сложному»



От имени Комитета Государственной Думы Российской Федерации по охране здоровья приветствую организаторов и участников III Московского городского съезда педиатров с международным участием «Трудный диагноз» в педиатрии. Междисциплинарный подход. От простого к сложному».

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

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

Уверен, что и в дальнейшем мы с вами будем творчески и успешно решать проблемы в области охраны здоровья детей, способствовать его сохранению и укреплению. Ведь только так, совместными усилиями, можно сделать жизнь наших детей счастливой.

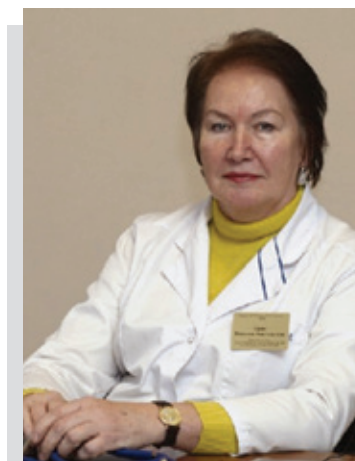
От всей души желаю гостям и участникам Съезда успешной работы, высокого профессионализма, крепкого здоровья и благополучия!

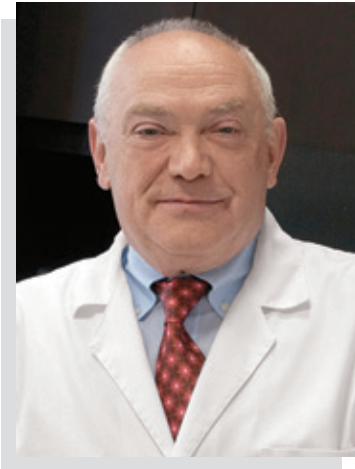
**Председатель Комитета
Государственной Думы
по охране здоровья
Морозов Дмитрий Анатольевич**

Приветствую вас, уважаемые коллеги, участники III Съезда педиатров г. Москвы!

Все больше врачей принимает участие в работе Съезда, узнают объективное мнение экспертов в разных областях педиатрии не только в Москве, но и в разных регионах России. Аудитории Съезда стали площадкой для обсуждения и практических, научных, и дискуссионных вопросов современной педиатрии. Нельзя останавливаться на достигнутом, ребенок – растущий, развивающийся организм, предстает перед врачом со всеми своими комплексными проблемами, которые решать нужно также комплексно. Семинары, школа, круглые столы помогают выстраиваться врачам на передовой линии знаний, оттачивать и развивать свое мастерство на службе здоровья ребенка и его семьи. «Здоровый ребенок» – «Здоровое поколение».

Геппе Наталья Анатольевна
Зав. кафедрой детских болезней 1МГМУ
им. И.М.Сеченова (Сеченовский университет)
Председатель Общества детских врачей в г. Москве
Заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор





Москва не только столица России, но и столица детства, в городе и окрестностях проживает более 3 миллионов детей, что составляет более 10% детей России. Первичная медико-санитарная помощь детям оказывается врачами-педиатрами, работающими в неотложной и скорой помощи, в 40 детских городских поликлиниках, 10 педиатрических отделениях на базах взрослых городских поликлиник, 9 поликлинических отделениях стационаров, 24 детских стоматологических поликлиниках. Эту работу ведут более 3500 врачей, в том числе более 1700 участковых врачей-педиатров.

Специализированную медицинскую помощь круглосуточно оказывают в 11 детских стационарных учреждениях: 5 детских многопрофильных больницах, инфекционной и психиатрической больнице, в Научно-практическом центре детской психоневрологии, Научно-практическом центре психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухарева, Научно-исследовательском институте неотложной детской хирургии и травматологии и Научно-практическом центре медицинской специализированной помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого. Коечный фонд для детей в городских стационарах составляет более 7 000 коек, причем в клинике работают педиатры 32 узких специальностей.

В Москве в течение 87 лет работает флагман отечественной педиатрии – первый в стране и мире педиатрический факультет Российского национального исследовательского университета, в стенах которого в течение последних 20 лет работает Московский факультет, готовящий специалистов первичного звена здравоохранения для лечебно-профилактических учреждений столицы и молодой, достигший школьного возраста педиатрический факультет Сеченовского университета, а также два Национальных медицинских центра России – Научный центр здоровья детей и Национальный медицинский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева Минздрава России, в которых работает более 3 тысячи врачей и ученых.

Тесное единение научной и практической педиатрии является основой инноваций и новых организационных решений в оказании первичной, специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи детям и подросткам в Москве. Проекты, успешно внедренные в московское детское здравоохранения, такие как системы организации неотложной и скорой помощи детям, неонатального скрининга, реанимации и интенсивной терапии новорожденным в родильных домах и перинатальных центрах; системы мониторинга групп риска детей первого года жизни, иммунопрофилактики инфекций, специализированных служб кардиологии, пульмонологии, нефрологии, гастроэнтерологии, эндокринологии, иммунологии и аллергологии, гематологии/онкологии, наследственных и орфанных заболеваний; междисциплинарной неонатальной, детской и специализированной хирургии, успешно транслируются в субъекты Федерации.

Мы, московские педиатры, специалисты первичного звена, специализированных клинических отделений больниц, врачи и ученые научных центров, являемся проводниками культивирования детства в столице, успешно формируя и контролируя среду обитания детей, среду, обеспечивающую оптимальное развитие ребенка, обучая родителей, работников дошкольных учреждений и учителей школ управлению здоровьем детей, т.е. обеспечивая первичную профилактику функциональных расстройств и заболеваний.

Именно мы, педиатры, определяем конечные результаты счастливого детства, от нас зависит сохранение индивидуальной траектории развития ребенка и итог – с какой степенью физического, психического здоровья и интеллектуального потенциала, ребенок уйдет во взрослую жизнь, и как он ее проживет; в конечном итоге, именно мы являемся гарантами активного долгожительства москвичей.

Культивирование детства – главный путь к цивилизованному, процветающему, умному и доброму обществу будущего. Именно этим целям служит Общество детских врачей столицы и наш III Съезд московских педиатров.

**Генеральный директор ФГБУ НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева,
член Общественной палаты г. Москвы, академик РАН**



А.Г. Румянцев

Болезнь не может приспособливаться
к знаниям врача

Парацельс

Медицина слагается из науки и искусства,
а над ними простирается покров
героизма

Г. Глязер

Атипичные симптомы частых болезней
бывают чаще, чем типичные
симптомы редких

Доктор Хаус



Глубокоуважаемые коллеги!

Я счастлив, что снова участвую уже в III Московском городском съезде педиатров «Трудный диагноз» в педиатрии. Мультидисциплинарный подход. От простого к сложному».

В 2015 и в 2016 годах мы успешно провели I и II Московские городские съезды педиатров. Мы сделали наш Съезд основным московским ежегодным городским научно-практическим мероприятием, отражающим не только самое новое и значимое в педиатрии, но и площадкой для проведения дискуссий и мастер-классов, с широким обсуждением практически всех аспектов многопрофильной педиатрической помощи не только в Москве и России, но и в мировой практической медицине.

III Московский городской съезд педиатров «Трудный диагноз» в педиатрии. Мультидисциплинарный подход. От простого к сложному» позволит нам вместе с Вами обсудить общие и частные проблемы медицинской помощи детям и подросткам в Москве, пути их решения.

Одной из научно-практических задач нашего Съезда является демонстрация для врачей-педиатров актуальной в современной клинической практике проблемы коморбидности, сочетанной патологии, неочевидности или дискутабельности симптомов тяжелой патологии, развития медицинской логики и навыков дифференциальной диагностики заболеваний, социально-правовых аспектов оказания многопрофильной медицинской помощи – всего того, что можно объединить словосочетанием «трудный диагноз» в педиатрии, который требует мультидисциплинарного подхода к ведению пациента.

Спасибо всем, кто снова не останется равнодушным или впервые примет участие в работе нашего съезда педиатров.

С уважением и наилучшими пожеланиями,

**Главный внештатный специалист-педиатр
Департамента здравоохранения города Москвы,
Главный врач ГБУЗ «Морозовская детская
городская клиническая больница
Департамента здравоохранения города Москвы»
И.Е. Колтунов**

Сектор А + Сектор С

09:00-11:00

Вступительное слово и приветствие участникам:

Морозов Д.А., Козлова Л.В., Байбарина Е.Н., Чумакова О.В., Плутницкий А.Н., Печатников Л.М., Хрипун А.И., Мелик-Гусейнов Д.В., Румянцев А.Г., Геппе Н.А., Колтунов И.Е.

09:45-10:00

Награждение победителей в номинации

«Лучший участковый педиатр 2017 г.»

Московская педиатрия – вчера, сегодня, завтра. Приоритет – здоровье детей.

Колтунов И.Е.

Педиатрия – клиническое осмысление биологии развития.

Румянцев А.Г.

Вклад отечественных ученых в развитие детской кардиологии и кардиохирургии. Перспективы развития.

Абрамян М.А.

11:00-11:30

Осмотр выставок

Сектор А

11:30-13:00

Симпозиум

Оперированное в детском возрасте сердце.**Проблемы и решения.**

Сопредседатели: Школьникова М.А., Дегтярева Е.А., Ковалев И.А.

Отдаленные осложнения после гемодинамической коррекции врожденных пороков сердца с функционально единственным желудочком.

Ковалев И.А.

Проблемы раннего периода реабилитации после кардиохирургических вмешательств у детей

Бирюкова С.Р.

Резидуальная легочная гипертензия после радикальной коррекции врожденных пороков сердца.

Трунина И.И.

Имплантации ИКД (имплантируемых кардиовертеров-дефибрилляторов) в детском возрасте: показания, мониторинг, отдаленные результаты.

Школьникова М.А., Ильдарова Р.А.

Спорные вопросы допуска к занятиям спортом после коррекции врожденных пороков сердца.

Дегтярева Е.А.

13:00-13:15

Перерыв

13:15-14:45

Симпозиум

Детская кардиохирургия. От простого к сложному.

Сопредседатели: Ильин В.Н., Абрамян М.А., Кахцян П.В.

Эндоваскулярная окклюзия «сложных» дефектов межпредсердной перегородки у детей.

Калинина О.И.

Опыт хирургического лечения синдрома аномального отхождения левой коронарной артерии от легочного ствола.

Рябцев Д.В.

Результаты хирургического лечения детей – жителей Москвы с транспозицией магистральных артерий.

Корноухов О.Ю.

Инфекционный эндокардит: современные подходы к тактике ведения и показания к неотложной коррекции.

Кахцян П.В.

Дискуссия

15:00-16:30

Симпозиум

Болезни миокарда и перикарда.

Сопредседатели: Котлукова Н.П., Басаргина Е.Н., Минаев В.В.

Основы преемственности детской кардиологии: что должны видеть и слышать педиатры – не кардиологи.

Дегтярева Е.А.

Выпотные и констриктивные перикардиты: особенности диагностики и лечения.

Минаев В.В.

Воспалительная кардиомиопатия у детей. Основы диагностики и принципы терапии.

Басаргина Е.Н., Гандаева Л.А.

Кардиомиопатии: причины, о которых важно помнить.

Болезнь Помпе. Сложности диагностики и особенности терапии.

Полякова Н.А.

Клинико-инструментальная характеристика заболеваний перикарда у детей со средним и большим перикардальным выпотом.

Коровина О.А., Кантемирова М.Г., Овсянников Д.Ю., Шокин А.А.

Новое об инфекционном эндокардите у новорожденных и детей раннего возраста. Рекомендации АРЭС.

Дегтярева Е.А.

16:45-18:15

Симпозиум

Визуализация в кардиологии и кардиохирургии.

Сопредседатели: Вишнякова М.В., Шарыкин А.С., Трунина И.И.

Алгоритмы лучевой диагностики врожденных пороков сердца.

Вишнякова М.В.

Задачи эхокардиографии в оценке отдаленных послеоперационных результатов у больных с функционально единственным желудочком сердца.

Гаджибекова А.А.

Методы визуализации патологии клапанов в многопрофильном детском стационаре.

Шарыкин А.С.

Ангиокардиографическая диагностика врожденных пороков сердца.

Григорян А.М.

Дискуссия

Сектор С

11:30–13:00

Симпозиум

Основы контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Сопредседатели: Плутницкий А.Н., Роцин Д.О., Курынин Р.В.

Соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение выполнения государственных гарантий, связанных с этими правами.

Плутницкий А.Н.

Организация внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Роцин Д.О.

Фармаконадзор в педиатрической практике.

Курынин Р.В.

Ведение регистров пациентов с хронической патологией.

Витковская И.П.

Порядок оформления заявок на лекарственное обеспечение.

Гаращенко М.В., Мансурова Э.А.

13:00–13:15

Обед

13:15–14:45

I Научно-практическая конференция.

«Актуальные вопросы лечебного питания в педиатрии».

Часть 1

Клиническое значение лечебного питания в терапии хронических заболеваний у детей.

Сопредседатели: Рославцева Е.А., Петрайкина Е.Е., Кешишян Е.С.

Диагностика и лечение тяжелых форм пищевой аллергии у детей.

Пампура А.Н.

Лечебное питание – основа успешной терапии больных муковисцидозом.

Рославцева Е.А.

Анемия – враг женского здоровья.

Чернов В.М.

Грудное молоко – живая ткань.

Захарова И.Н.

Обеспечение детей с хроническими заболеваниями специализированным питанием на госпитальном и амбулаторном этапах лечения.

Витковская И.П.

Как выделить маркеры редкого заболевания у ребенка на первом году жизни.

Кешишян Е.С.

15:00–16:30

I Научно-практическая конференция.

«Актуальные вопросы лечебного питания в педиатрии».

Часть 2

Ребенок с пищеварительными дисфункциями на приеме у педиатра. Что важно знать?

Сопредседатели: Шумилов П.В., Сорвачева Т.Н.

Функциональные гастроинтестинальные расстройства у детей раннего возраста: современный взгляд на проблему.

Шумилов П.В.

Новые данные о возможности применения ферментированных продуктов в лечебном питании детей раннего возраста.

Пырьева Е.А.

Дифференциальная диагностика пищеварительных дисфункций у детей. Разбор клинических случаев.

Таран Н.Н.

16.45–18.15

I Научно-практическая конференция.

«Актуальные вопросы лечебного питания в педиатрии».

Часть 3

Естественное вскармливание: проблемы и перспективы.

Сопредседатели: Ильенко Л.И., Казюкова Т.В., Выхристюк О.Ф., Картавцева Л.Р.

Прогнозирование, профилактика и лечение первичной и вторичной гипогалактии.

Ильенко Л.И., Выхристюк О.Ф.

Естественное вскармливание как профилактика аллергических заболеваний.

Денисова С.Н., Тарасова О.В.

Современные подходы диетотерапии у детей с артериальной гипертензией.

Строкова Т.В.

Развитие естественного вскармливания в условиях современных перинатальных центров.

Качалова О.В.

Возможности использования смесей на основе козьего молока в питании детей грудного возраста.

Казюкова Т.В.

Особенности введения прикорма у детей на естественном вскармливании.

Тимошинская М.В.

Дискуссия.

Сектор В

11:30–13:00

Симпозиум*

Различные лекарственные формы муколитиков: рациональный педиатрический выбор.

Сопредседатели: Малахов А.Б., Симонова О.И.

Респираторные заболевания у детей в г. Москва: проблемы и пути решения.

Малахов А.Б.

Инновационные технологии небулайзерной терапии: эффективность, практические навыки и анализ ошибок.

Симонова О.И.

Клинический разбор: сложные случаи в практике педиатра.

Зайцева О.В.

Аллергия и ОРВИ.

Зайцева О.В.

13:00–13:15

Обед

13:15–14:45

Симпозиум

Первичные иммунодефицитные состояния: новая надежда.

Сопредседатели: Корсунский А.А., Пампура А.П.

* Кредиты непрерывного медицинского образования (НМО) за прослушивание данного доклада и/или симпозиума в рамках Съезда начислены не будут.

Предиктивная и персонализированная медицина на страже иммунной системы.

Продеус А.П.

Лабораторная диагностика первичных иммунодефицитных состояний: современные подходы.

Давыдова Н.В.

Клинические и экономические аспекты неонатального скрининга первичных иммунодефицитных состояний.

Корсунский И.А.

Медицинская помощь детям с орфанными и другими редкими заболеваниями в Москве.

Печатникова Н.Л., Полякова Н.А.

Необъяснимая лихорадка: задача для инфекциониста или для генетика?

Полякова Н.А.

15:00–16:30

Симпозиум

Синдром срыгивания и рвоты у детей в практике педиатра. Клиническое значение состояния микробиоты ребенка.

Сопредседатели: Захарова И.Н., Соколов Ю.Ю., Никитина И.Л., Майкова И.Д.

Синдром рецидивирующих рвот у детей с аномалиями развития органов брюшной полости.

Соколов Ю.Ю., Коровин С.А., Дружинин В.Р., Стоногин С.В.

Рвота при кетоацидозе.

Никитина И.Л.

Рвота при органических ацидемиях. Как провести дифференциальный диагноз?

Николаева Е.А.

Дифференциальный диагноз рвоты в практике педиатра.

Захарова И.Н., Майкова И.Д., Холодова И.Н., Бережная И.В., Сугян Н.Г., Дмитриева Ю.Л., Радченко Е.Р.

Микробиота и здоровье человека – есть ли взаимосвязь?

Борзакова С.Н., Григорьев К.И.

Гельминтозы, паразитозы и нарушения микробиоты кишечника – современные парадигмы лечения.

Кучера Т.В.

16:45–18:15

Симпозиум

Гепатоспленомегалия у детей. Лечить? Наблюдать? Что делать?

Сопредседатели: Захарова И.Н., Заплатников А.Л., Котович М.М., Майкова И.Д.

Гепатоспленомегалия: на чем основана диагностика?

Захарова И.Н., Горайнова А.Н.

Гепатоспленомегалия при инфекционных болезнях. Основные критерии дифференциального диагноза.

Рузенцова Т.А.

Спленомегалия в практике педиатра.

Котович М.М.

Дефицит кислой липазы у детей. Критерии постановки диагноза.

Горайнова А.Н.

Дифференциальная диагностика нарушений липидного обмена.

Щербачева М.Ю.

Разбор клинических случаев.

Заплатников А.Л., Холодова И.Н., Кузнецова О.А., Воробьева А.С., Радченко Е.Р., Гончарова Л.В.

Сектор Т

11:30–13:00

Симпозиум

Корь у детей и взрослых на этапе элиминации (Презентация монографии).

Сопредседатели: Мазанкова Л.Н., Беляева Н.М.

Современные особенности эпидемиологии кори в Российской Федерации и в г. Москве. Опасная ситуация.

Горбунов С.Г.

Механизм действия противовирусных препаратов, используемых в педиатрии.

Егоров А.Ю.

Клинические аспекты кори: многолетний опыт наблюдения.

Беляева Н.М.

Корь у детей: риски заболеваемости и осложнения.

Мазанкова Л.Н., Самитова Э.Р., Горбунов С.Г., Тебеньков А.В., Ермакова М.Н., Кузнецова Т.А., Рудикова Е.В.

Противоэпидемические мероприятия по снижению и элиминации кори у детей и взрослых в Москве.

Ртищев А.Ю.

Дискуссия

13:00–13:15

Обед

13:15–14:45

Симпозиум**

Реализация федерального проекта «Единой России» «Здоровье – детям» и Указа Президента РФ от 29 мая 2017 г. № 240 «Об объявлении в РФ Десятилетия детства (2018–2027 гг.)»

Школьное здравоохранение: потребности общества и детей; технологии оценки качества медицинского обеспечения обучающихся.

Сопредседатели: Морозов Д.А., Кучма В.Р., Ильенко Л.И., Картавцева Л.Р., Гаращенко М.В.

Современные ресурсы обеспечения качества медицинской помощи обучающимся в образовательных организациях.

Кучма В.Р.

Образ жизни современных школьников и пути его формирования.

Соколова С.Б.

Современные представления о функциональных расстройствах нервной системы у детей школьного возраста**.

Нестеровский Ю.Е.

Оптимизация питания обучающихся: школьно-домашнее меню – разработка, внедрение и апробация в московских школах.

Горелова Ж.Ю.

Цифровая среда: основные факторы риска для здоровья детей и их профилактика.

Кучма В.Р., Степанова М.И., Сухарева Л.М., Храмов П.И.

Деятельность врача по гигиене детей и подростков в команде отделения медицинской помощи обучающимся.

Кучма В.Р., Рапопорт И.К.

Современные технологии медицинского обеспечения обучающихся в московских школах.

Брагин А.И.

15:00–16:30

Симпозиум

Вопросы интенсивной терапии в педиатрии.

Сопредседатели: Айзенберг В.Л., Харькин А.В., Острейков И.Ф.

Диагностика и интенсивная терапия геморрагической болезни новорожденных.

Горохов Д.В.

Сердечно-легочная реанимация в педиатрии.

Кравчук С.В.

Ребенок с врожденным пороком сердца в педиатрическом стационаре: что (не) делать?

Харькин А.В.

Интенсивная терапия острых вирусных и бактериальных заболеваний респираторного тракта у детей.

Айзенберг В.Л.

Дискуссия

16:45–18:15

Симпозиум

Персонализированная педиатрия как ключевой участник обновления модели здравоохранения.

Сопредседатели: Сучков В.В., Сухоруков В.С., Пампура А.Н.,

Кешишян Е.С.

Персонализированная педиатрия как ключевой участник обновления модели здравоохранения.

Сучков В.В.

Оценка рисков в педиатрии: традиционные и современные подходы.

Кобринский Б.А., Жаков Я.И., Сухоруков В.С.

Биомаркеры риска сердечной недостаточности при гипертрофии миокарда.

Леонтьева И.В.

Нарушения вскармливания и задержка физического развития как ранние признаки болезней обмена веществ.

Николаева Е.А.

Прогностические возможности иммунологических маркеров при сахарном диабете 1 типа.

Тозлиян Е.В., Петряйкина Е.Е.

Современные генетические технологии как перспективный инструмент персонализации в педиатрии.

Воронкова А.С.

Аллергические заболевания у детей: от биомаркеров к профилактике.

Пампура А.Н., Варламов Е.Е.

К проблеме поиска генетических биомаркеров задержки психического развития у детей.

Крапивкин А.И., Шаталов П.А., Кондакова О.Б.

НОВЫЙ ЗАЛ

11:30–13:00

Симпозиум

Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции в педиатрической практике.

Сопредседатели: Мазус А.И., Влацкая Ю.Ф., Оразмурадова Л.Д.

Современные подходы к вопросу диагностики и лечения ВИЧ-инфекции у детей.

Влацкая Ю.Ф.

Наблюдение детей с ВИЧ-инфекцией в условиях стационара.

Солдатова И.А.

От роддома до взрослой поликлиники: опыт диспансерного наблюдения ребенка с ВИЧ-инфекцией.

Львова М.Н., Вербилова А.С.

О взаимодействии медицинских организаций г. Москвы при передаче сведений в случае положительного результата обследования на ВИЧ-инфекцию.

Иванова Т.В., Кубрак С.В., Герасимов И.В.

Значение вакцинации против ВПЧ для общественного здоровья.

Оразмурадова Л.Д.

Актуальные проблемы привлечения законных представителей к ответственности за отказ от лечения несовершеннолетних подопечных.

Винокурова Я.М.

13:00–13:15

Обед

13:15–14:45

Симпозиум

Инфекция мочевых путей: что нового?

Сопредседатели: Захарова И.Н., Османов И.М.

Тактика педиатра при пиелонефрите у детей. Обзор российских и международных рекомендаций*.

Захарова И.Н., Османов И.М., Майкова И.Д., Мумладзе Э.Б., Мачнева Е.Б.

Энурез. Легкие решения нелегких проблем у детей.

Тарусин Д.И.

Современные представления о микробиоте мочевых путей: лечить или не лечить?

Захарова И.Н., Мачнева Е.Б.

Лечение инфекций нижних мочевых путей.

Мумладзе Э.Б., Мачнева Е.Б., Тамбиева Е.В., Бекмурзаева Г.Б.

Патогенетическое направление в лечении инфекции мочевых путей у детей.

Кириллов В.И., Богданова Н.А.

Дискуссия

15:00–16:30

Симпозиум

Актуальность проблемы дефицита альфа-1-антитрипсина в педиатрической практике.

Сопредседатели: Демикова Н.С., Петряйкина Е.Е., Симонова О.И.

Генетические основы дефицита альфа-1-антитрипсина.

Демикова Н.С., Асанов А.Ю.

Результаты первого применения заместительной терапии у взрослых и детей в России альфа-1-антитрипсином (Респикам®). Собственный опыт.

Карчевская Н.А.

Разбор клинических случаев: трудности диагностики недостаточности альфа-1-антитрипсина для педиатра и эффект от заместительной терапии (собственный опыт).

Мельник С.И.

Вопрос о современных стандартах диагностики и лечения пациентов с дефицитом альфа-1-антитрипсина.

Симонова О.И.

Организация наблюдения детей с дефицитом альфа-1-антитрипсина в Москве.

Шестопалова Е.А.

16:45–18:15

Симпозиум

Ребенок, нуждающийся в паллиативной помощи, – кто он?

Сопредседатели: Савва Н.Н., Тысячная Е.М., Кумирова Э.В.

* Кредиты непрерывного медицинского образования (НМО) за прослушивание данного доклада и/или симпозиума в рамках Съезда начислены не будут.

Критерии определения нуждаемости в паллиативной медицинской помощи.

Савва Н.Н.

Клинические рекомендации по обезболиванию.

Кумирова Э.В.

Маршрутизация пациентов для получения паллиативной медицинской помощи в Москве.

Рожкова Т.А.

Паллиативная медицинская помощь детям в отделении многопрофильного стационара. Медицинская помощь в хосписе. В чем отличия?

Тысячная Е.М.

Опыт работы Московского городского центра паллиативной медицинской помощи детям.

Палагин В.В.

Возможности амбулаторного кабинета паллиативной медицинской помощи детям в многопрофильном детском стационаре.

Семенова В.Ю.

Клинические рекомендации по организации совместного пребывания с родителями в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Вартанова К.А.

Возможности применения нового метода превентивной медицины – аэрофитотерапии – в комплексе оказания паллиативной медицинской помощи детям-канюленосителям.

Борисов А.С.

Сектор А

09:00–10:30

Симпозиум*

Респираторные инфекции у детей. Тенденции в терапии и современные клинические рекомендации.

Сопредседатели: Симонова О.И., Зайцева О.В.

Острая и хроническая обструкция дыхательных путей у детей: разбор клинических случаев.

Симонова О.И.

ЛОР-осложнения респираторных инфекций у детей.

Карпова Е.П.

Заболевания нижних дыхательных путей у детей: что нового? (по материалам конгресса ERS).

Зайцева О.В.

10:45–12:15

Симпозиум

Современные подходы к ведению детей с пищевой аллергией.

Сопредседатели: Захарова И.Н., Пампура А.Н.

Гастроинтестинальные проявления пищевой аллергии у детей: смена традиционного устоявшегося взгляда.

Захарова И.Н.

Пищевая анафилаксия у детей.

Пампура А.Н., Варламов Е.Е.

Аллергия у детей с генетическими заболеваниями.

Филатова Т.А.

Нарушение слезоотделения как предиктор жизнеугрожающих состояний у детей.

Тозляян Е.В.

Дискуссия

12:30–14:00

Симпозиум

Первичные иммунодефициты: редкие-частые болезни.

Сопредседатели: Пампура А.Н., Продоус А.П.

«Частые» иммунодефициты у детей.

Продоус А.П., Федорова Л.А., Пушкова Е.А.

Наследственный ангионевротический отек: диагностика и терапия*.

Пампура А.Н.

Диагностика и ведение больных с первичными иммунодефицитами в амбулаторном звене.

Зимин С.Б.

Дискуссия

14:00–14:15

Перерыв. Осмотр выставки****.

14:15–15:45

Симпозиум

Муковисцидоз – трудные вопросы и ответы для педиатров. Часть 1.

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

Результаты неонатального скрининга по Москве за 2016–2017 годы. Многопрофильная медицинская амбулаторная и стационарная медицинская помощь пациентам с муковисцидозом в Морозовской детской больнице.

Малахов А.Б., Симонова О.И., Шестопалова Е.А., Мухина М.А.

Международные новости об исследованиях в области муковисцидоза – научный обзор.

Каширская Н.Ю., Симонова О.И.

Клинический разбор истории болезни ребенка с муковисцидозом: трудности диагностики и терапии.

Рославцева Е.А., Симонова О.И., Попова О.В.

Муковисцидоз и коморбидные состояния: трудности диагностики.

Горина Ю.В., Назаренко Л.П.

Психологические проблемы детей с хронической бронхолегочной патологией и пути их преодоления.

Тимофеева А.М., Свиридова Т.В., Лазуренко С.Б.

16:00–17:30

Симпозиум

Муковисцидоз – трудные вопросы и ответы для педиатров. Часть 2.

Сопредседатели: Симонова О.И., Малахов А.Б., Амелина Е.Л.

Особенности вакцинации детей с хроническими заболеваниями легких, включая муковисцидоз.

Благовидов Д.А., Костинов М.П.

Инфекции дыхательных путей у пациентов с «трудным диагнозом».

Воронина О.Л., Симонова О.И., Амелина Е.Л.

Трудности чтения микробиологического анализа. Что нужно знать клиницисту?

Поликарпова С.В., Жилина С.В.

Состояние верхних дыхательных путей у детей с хроническими заболеваниями легких, включая муковисцидоз.

Консервативное или хирургическое лечение?

Русецкий Ю.Ю., Полунина Т.А.

Острые состояния при муковисцидозе: что делать педиатру?

Семькин С.Ю.

Сектор С

09:00–10:30

Симпозиум

Инфекционная экзантема в практике врача-педиатра (мультидисциплинарный подход).

Сопредседатели: Намазова-Баранова Л.С., Таточенко В.К.

Инфекционная экзантема в практике врача-педиатра.

Полякова А.С.

Инфекционная экзантема в практике врача-дерматолога.

Носачева О.А.

Кожные проявления ревматических болезней у детей.

Алексеева Е.И.

Дискуссия

* Кредиты непрерывного медицинского образования (НМО) за прослушивание данного доклада и/или симпозиума в рамках Съезда начислены не будут.

10:45–12:15

Симпозиум

Медицинская помощь детям выездными бригадами Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова г. Москвы.

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

Скорая медицинская помощь детям. Основные организационные аспекты в условиях мегаполиса.

Кадышев В.А., Анисимова С.Н.

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) у детей: «трудный диагноз» в практике работы бригад скорой медицинской помощи.

Сидоров А.М., Плавунов Н.Ф., Кадышев В.А.

Симуляционный тренинг в комплексе перманентного обучения врачей-педиатров.

Анисимова С.Н., Колесник А.В., Ямпольский Р.М.

Роль педиатрического консультативного пульта в системе организации повышения качества оказания медицинской помощи детям.

Ольшевский А.С., Баятин А.М.

Организация экстренной консультативной медицинской помощи новорожденным и детям с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Ефремов С.О., Абрамян М.А.

Организационные аспекты работы бригад анестезиологии и реанимации новорожденным Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова г. Москвы.

Жогин С.И., Плавунов Н.Ф., Кадышев В.А., Архипова Н.Л., Гненный А.И.

Дискуссия

12:30–14:00

Симпозиум

Школа для врачей и пациентов с редкими заболеваниями на Съезде педиатров.

Сопредседатели: Мясникова И.В., Тильки-Шиманская А.Ю., Витковская И.П., Печатникова Н.Л.

Роль общественных организаций в жизни пациентов с редкими заболеваниями.

Мясникова И.В.

Организация закупок лекарственных препаратов для пациентов с редкими заболеваниями в Москве.

Витковская И.П.

Современные перспективные подходы к лечению гемофилии.

Свирин П.В.

Актуальные вопросы медико-социальной экспертизы для пациентов с редкими заболеваниями.

Лецкая О.А.

Лечение лизосомных болезней накопления.

Тильки-Шиманская А.Ю.

Ответы на вопросы

14:00–14:15

Перерыв. Осмотр выставки****.

14:15–15:45

I Научно-практическая конференция.

«Актуальные вопросы лечебного питания в педиатрии». Часть 4

Диетическая коррекция как ключевой элемент лечения и профилактики в раннем детском возрасте. Функцио-

нальные нарушения пищеварения, аллергия, отставание роста-весовых показателей*.

Председатель Сорвачева Т.Н.

Можно ли при помощи специализированного питания повлиять на рост ребенка?

Павловская Е.В.

Выбор смеси как ключевой элемент коррекции функциональных нарушений пищеварения и аллергии.

Дмитриева Ю.А.

Дискуссия

16:00–17:30

Симпозиум*

ОРИ: спорные вопросы терапии.

Сопредседатели: Бельмер С.В., Калюжин О.В.

Вступительное слово-интерактив.

Бактериальные лизаты: за и против.

Калюжин О.В.

Антибиотики и пробиотики с позиции синергизма.

Бельмер С.В.

Дискуссия, заключительное слово.

Сектор В

09:00–10:30

I Научно-практическая конференция.

«Неврологические аспекты в современной педиатрической практике».

Часть 1

Нарушения мозгового кровообращения у детей в практике педиатра: современные подходы к диагностике.

Сопредседатели: Батышева Т.Т., Колтунов И.Е., Подчерняева Н.С.

Трудности ранней диагностики инсульта у детей: результаты и перспективы.

Щедеркина И.О., Колтунов И.Е.

Инфекции и цереброваскулярные заболевания.

Зыков В.П., Комарова И.Б.

Неврологические проявления антифосфолипидного синдрома у детей.

Подчерняева Н.С.

Факторы риска и тактика ведения цереброваскулярной патологии у детей и подростков.

Лившиц М.И.

Артериопатии – фактор риска острых нарушений мозгового кровообращения по ишемическому типу.

Дроздова И.М., Кессель А.В., Кузьмина Е.В.

Поражения нервной системы у детей, вызванной вирусом varicella zoster.

Белялетдинова И.Х., Митрофанова И.В., Прыткова М.И., Шахильдян С.В., Сайфуллин М.А.

10:45–12:15

I Научно-практическая конференция.

«Неврологические аспекты в современной педиатрической практике» на педиатрическом съезде.

Часть 2

Эпилепсия: современные подходы к лечению и ведению в нейропедиатрии.

Сопредседатели: Заваденко Н.Н., Чмутин Г.Е., Батышева Т.Т.

* Кредиты непрерывного медицинского образования (НМО) за прослушивание данного доклада и/или симпозиума в рамках Съезда начислены не будут.

Нарушения нервно-психического развития при эпилепсии у детей.

Заваденко Н.Н.

Сложности диагностики фокальных кортикальных дисплазий.

Айвазян С.О.

Эпилептические энцефалопатии у детей.

Холин А.А.

Хирургическое лечение фармакорезистентной эпилепсии у детей. Опыт Морозовской детской больницы.

Землянский М.Ю., Лившиц М.И., Чмутин Г.Е.

МРТ-критерии отбора пациентов для хирургического лечения эпилепсии.

Быченко В.Г.

Морфологические критерии фокальных кортикальных дисплазий.

Кисляков А.Н.

12:30–14:00

I Научно-практическая конференция.

«Неврологические аспекты в современной педиатрической практике» на педиатрическом съезде.

Часть 3

Реабилитация в педиатрии: комплексность, преемственность, инновации

Сопредседатели: Батышева Т.Т., Нестерова А.А.

Раннее выявление психических заболеваний у детей в практике детского невролога.

Батышева Т.Т.

Боль в спине в практике педиатра.

Дроздова И.М., Кессель А.В., Кузьмина Е.В.

Подводные рифы в течении травматической болезни головного мозга. Пути решения.

Мамонтова Н.А.

«Маски» герпес-вирусных инфекций в детской неврологии.

Пасхина И.Н., Батышева Т.Т., Шатилова Н.Н., Домонова Э.А.

Реабилитация детей раннего возраста с травматическим повреждением плечевого сплетения.

Эсмурзиева З.И., Батышева Т.Т., Стрелкова Л.В., Лебедева Е.Н., Звезда О.В.

Зрительно-вызванные потенциалы в диагностике задержки зрительного созревания у детей раннего возраста.

Хаценко И.Е., Тумасян А.Р.

Психологические особенности адаптации детей после перенесенных заболеваний ЦНС.

Нестерова А.А.

14:00-14:15

Перерыв. Осмотр выставки****.

14:15–15:45

I Научно-практическая конференция.

«Неврологические аспекты в современной педиатрической практике» на педиатрическом съезде.

Часть 4

У ребенка сыпь – алгоритм постановки диагноза. Современные возможности диагностики и лечения.

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

Дифференциальный диагноз сыпи при инфекционных заболеваниях.

Плоскирева А.А.

Особенности сыпи при васкулитах.

Творогова Т.М., Кузнецова О.А., Воробьева А.С., Гончарова Л.В.

Геморрагический синдром в педиатрии.

Заплатников А.Л., Бражникова О.В.

Что нужно знать педиатру об атопическом марше**.

Захарова И.Н.

Крапивница и ангионевротический отек Квинке: анализ провоцирующих факторов (по данным аллергологического стационара).

Барденикова С.И.

Клинические случаи острой аллергической реакции.

Стрига Е.В.

Клинические проявления склеродермии: наблюдение детского гастроэнтеролога.

Серебровская Н.Б.

Дискуссия

16:00–17:30

Симпозиум

Ребенок с последствиями тяжелой травмы в практике участкового педиатра – от реабилитации к качеству жизни.

Сопредседатели: Валиулина С.А., Карасева О.В., Альбицкий В.Ю.

Этапный подход в реабилитации детей с тяжелой травмой. Что должен знать участковый педиатр о ребенке с последствиями тяжелой травмы.

Валиулина С.А.

Как избежать осложнений у детей с последствиями тяжелой травмы после выписки из стационара.

Новоселова И.Н.

Зачем нужны стомы ребенку с последствиями тяжелой травмы?

Карасева О.В., Тимофеева А.В.

Дифференцированный подход в организации питания и поддержании соматического статуса в процессе восстановления ребенка с последствиями тяжелой травмы.

Понина И.В., Боттаева Ж.С.

Актуальные вопросы реабилитации детей с черепно-мозговой травмой.

Глазкова С.В.

Роль семьи в восстановлении ребенка после травмы.

Клочко Н.А.

Организация образовательного пространства детей с последствиями тяжелой травмы на поздних этапах восстановления.

Аркатова Е.А.

Сектор Т

09:00–10:30

Симпозиум

Успехи и проблемы диагностики и лечения редких наследственных заболеваний.

Сопредседатели: Демикова Н.С., Захарова Е.Ю., Овсянников Д.Ю.

Как заподозрить наследственный синдром: лабораторный этап диагностики.

Демикова Н.С.

Редкие болезни легких у детей.

Овсянников Д.Ю.

Опыт работы регионального медико-генетического отделения. Маршрут пациента с синдромальной патологией в Москве.

Шестопалова Е.А.

ДНК-анализ и точный диагноз: возможно ли одно без другого?

Канивец И.В.

Лизосомные болезни накопления.

Тильки-Шиманская А.Ю.

Случай из практики. Редкие формы ранней эпилептической энцефалопатии.

Жилина С.С., Кожанова Т.В., Мещерякова Т.И., Осипова К.В., Айвазян С.О., Канивец И.В., Коновалов Ф.А., Толмачева Е.Р., Кошкин Ф.А., Пртышко А.Г.

Гипокальциемические судороги в практике педиатра и невролога.

Орлова К.А., Щедеркина И.О. Колтунов И.Е.

Обзор клинических случаев редких наследственных заболеваний у детей с задержкой развития.

Маркова Т.В.

10:45–12:15

III Научно-практическая конференция.

«Актуальные вопросы ревматологии в педиатрической практике».

Часть 1

Сопредседатели: Жолобова Е.С., Алексеева Е.И., Никишина И.П.

Ранняя диагностика и своевременное начало терапии ювенильного идиопатического артрита – залог успеха.

Жолобова Е.С.

Путь к диагнозу ювенильный артрит.

Алексеева Е.И.

Структура заболеваемости ювенильного идиопатического артрита в г. Москве.

Севостьянов В.К., Жолобова Е.С.

Псориазический артрит в практике педиатра.

Никишина И.П.

12:30–14:00

III Научно-практическая конференция.

«Актуальные вопросы ревматологии в педиатрической практике».

Часть 2

Сопредседатели: Жолобова Е.С., Алексеева Е.И., Никишина И.П.

Дифференциальная диагностика ювенильных артритов в ортопедической патологии.

Валиева С.И., Тайбулатов Н.И.

Семейная средиземноморская лихорадка – новый взгляд на древнее заболевание.

Жолобова Е.С.

Гипофосфатазия – что надо знать педиатру об этой патологии.

Подчерняева Н.С.

Взгляд ревматолога на ВЗК.

Жолобова Е.С., Мелешкина А.В.

Хроническая ревматическая болезнь у детей.

Кантемирова М.Г., Новикова Ю.Ю., Коровина О.А., Киселева И.Н., Колтунов И.Е.

ВИЧ-инфекция под маской ревматоидных заболеваний.

Глазырина А.А., Торосян Г.Г.

14:00–14:15

Перерыв. Осмотр выставки****.

14:15–15:45

III Научно-практическая конференция.

«Актуальные вопросы ревматологии в педиатрической практике».

Часть 3

Болезнь Kawasaki: к 50-летию первого описания. «Трудный диагноз» в педиатрии. Клинические приемы.

Сопредседатели: Лыскина Г.А., Кантемирова М.Г., Овсянников Д.Ю.

Слизисто-кожный лимфонулярный синдром (Kawasaki): вчера, сегодня, завтра.

Лыскина Г.А., Костина Ю.О., Голованова Н.Ю.

Гигантские коронарные аневризмы при синдроме Kawasaki: данные многолетнего наблюдения.

Ширинская О.Г., Гагарина Н.В., Бокерия О.Л., Сатюкова А.С.

Синдром Kawasaki. Опыт Морозовской больницы 2001–2016 гг.

Кантемирова М.Г., Глазырина А.А., Курбанова С.Х., Коровина О.А.

Трудности диагностики и терапии и терапии неполной формы синдрома Kawasaki (демонстрация клинического наблюдения).

Новикова Ю.Ю., Глазырина А.А., Овсянников Д.Ю.

Лихорадки у детей: дифференциальный диагноз.

Зайцева С.В.

Дискуссия

16:00–17:30

XVI Научно-практическая конференция.

«Эндокринные аспекты в педиатрии» на съезде педиатров.

Часть 1

Медико-социальные аспекты в педиатрии и детской эндокринологии.

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

Медико-социальные аспекты в педиатрии и детской эндокринологии. Индуцированные болезни в современной педиатрии.

Петеркова В.А., Петряйкина Е.Е.

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

Петряйкина Е.Е.

Неинъекционная инсулинотерапия: реальные достижения, неудачи, перспективы.

Тимофеев А.В.

Роль генетических факторов в развитии сердечно-сосудистой патологии у детей.

Вашакмадзе Н.Д.

Новый взгляд на традиционные знания о самоконтроле**.

Рыбкина И.Г.

НОВЫЙ ЗАЛ

09:00–10:30

III Научно-практическая конференция.

«Актуальные проблемы детской гастроэнтерологии.

Каншинские чтения на педиатрическом съезде».

Часть 1

Диагностика! Лечение? Хеликобактерной инфекции.

Сопредседатели: Никонов Е.Л., Алиева Э.И., Кудрявцева Л.В.

Эпидемиология хеликобактерной инфекции.

Никонов Е.Л.

Современные подходы в диагностике хеликобактерной инфекции.

Кудрявцева Л.В.

Дискуссия

10:45–12:15

III Научно-практическая конференция.

«Актуальные проблемы детской гастроэнтерологии.

Каншинские чтения на педиатрическом съезде».

Часть 2

Болезни печени у детей: мультидисциплинарный подход.

Сопредседатели: Алиева Э.И., Строкова Т.В., Никонов Е.Л.

Дифференциальная диагностика при гепатомегалии.

Алиева Э.И.

Гепатомегалия при наследственных заболеваниях.

Печатникова Н.Л.

Гепатомегалия при аутоиммунных заболеваниях.

Строкова Т.В.

Жировая болезнь печени.

Никонов Е.Л.

Особенности дебюта гликогеновой болезни у детей.

Строкова Т.В., Прохорова И.В.

Спленизм как ультразвуковая находка и повод к дифференциальному диагнозу у грудных детей.

Зайцева Н.С.

12:30–14:00

III Научно-практическая конференция.

«Актуальные проблемы детской гастроэнтерологии.

Каншинские чтения на педиатрическом съезде».

Часть 3

Актуальные вопросы липидологии и гепатологии детского возраста.

Сопредседатели: Ойноткинова О.Ш., Захарова И.Н., Никонов Е.Л.,

Харитонова Л.А.

Что должен знать педиатр об обмене холестерина?

Творогова Т.М.

Микробиота кишечника и холестерин.

Захарова И.Н.

Наследственные дислипидемии у детей.

Холодова И.Н.

Болезнь Вольмана у детей.

Горайнова А.Н.

Особенности микробиоты кишечника при дисфункциях билиарного тракта у детей.

Богомаз Л.В.

Роль микробиоты кишечника в генезе обменно-воспалительных заболеваний билиарного тракта у детей – пути коррекции.

Харитонова Л.А., Скоробогатова Е.В.

14:00–14:15

Перерыв. Осмотр выставки****.

14:15–15:45

III Научно-практическая конференция.

«Актуальные проблемы детской гастроэнтерологии.

Каншинские чтения на педиатрическом съезде».

Часть 4

Эта многолика гастрозофагеальная болезнь (ГЭРБ) и не только...

Сопредседатели: Зайцева О.В., Беляева Т.Ю.

«Пищеводные» и «внепищеводные» проявления ГЭРБ.

Шумейко Н.К.

ГЭРБ в практике оториноларинголога.

Завикторина Т.Г.

ГЭРБ и бронхообструктивный синдром.

Барденикова С.И.

Случай поздней диагностики целиакии у детей.

Рычкова Т.И.

Заболевания поджелудочной железы у детей. Что нового?

Шумейко Н.К.

Идиопатический хронический панкреатит у ребенка 6 лет.

Шавлохова Л.А.

Функциональные расстройства кишечника у детей.

Вольнец Г.В.

Дискуссия

16:00–17:30

III Научно-практическая конференция.

«Актуальные проблемы детской гастроэнтерологии.

Каншинские чтения на педиатрическом съезде».

Часть 5

Заболевания печени и их осложнения у детей.

Сопредседатели: Никонов Е.Л., Строкова Т.В.

Печеночная энцефалопатия.

Никонов Е.Л.

Аутоиммунный гепатит у детей.

Строкова Т.В.

Сектор А

09:00–10:30

Симпозиум

Актуальные вопросы ринологии детского возраста с позиции участкового педиатра. Мультидисциплинарный подход.

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

«Сопливы» ребенок: тактика лечения 2017.

Тулупов Д.А., Карпова Е.П.

Синусит: тактика врача-педиатра 2017.

Радциг Е.Ю., Малыгина Л.В., Злобина Н.В.

Диагностика и лечение изолированных синуситов у детей 2017.

Малявина У.С.

Риногенные орбитальные осложнения у детей 2017.

Денисова О.А., Эдгем С.Р., Ковалец Е.С., Булышко С.А., Солдатский Ю.Л.

Мультидисциплинарный подход к проблеме инородных тел полости носа у детей.

Молодцова Е.В., Юнусов А.С., Косунский А.А.

Аллергический и вазомоторный ринит в детском возрасте 2017.

Поляков Д.П.

Тактика ведения детей с травмами носа 2017.

Молчанова Е.Б., Юнусов А.С.

Роль витаминов при оториноларингологической патологии 2017.

Воробьева М.П.

Дискуссия

10:45–12:15

Симпозиум

Актуальные вопросы неонатологии. Знать и не бояться.

Сопредседатели: Чубарова А.И., Солдатова И.Г., Дегтярева Е.А.

Неонатальный скрининг критических врожденных пороков сердца (ВПС), вопросы иммунопрофилактики РСВ-инфекции.

Дегтярева Е.А.

Перинатальные центры в решении ключевых неонатальных проблем. Накапливаем опыт.

Солдатова И.Г., Одинаева Н.Д.

Сложный случай дифференциальной диагностики прямой гипербилирубинемии у новорожденного.

Ипатова М.Г., Иткис Ю.С., Бычков И.О., Гришина А.Н., Туманова Е.Л., Захарова Е.Ю.

Лечение открытого аранциевого протока – редкой причины печеночной энцефалопатии и легочной гипертензии.

Галибин И.Е., Разумовский А.Ю., Смолянкин А.А., Феоктистова Е.В.

Ассоциированная с кишечной недостаточностью болезнь печени – подходы к лечению и исходы.

Жихарева Н.С., Чубарова А.И., Костомарова Е.А.

Новорожденные от матерей с хроническими заболеваниями.

Ахмина Н.И.

Инфекции у новорожденных детей мигрантов.

Дегтярева Е.А.

Особенности клиники и визуализации врожденных опухолей головного мозга у детей первых месяцев жизни.

Мазаев А.П., Выхристюк О.Ф., Горбунов А.В., Ерохина А.В., Молодцов М.С.

12:30–14:00

Симпозиум

Соматические заболевания и инфекции: современный взгляд на проблему.

Сопредседатели: Генне Н.А., Малахов А.Б., Овсянников Д.Ю.

Пневмококковая инфекция как фактор риска формирования соматической патологии и эффективность специфической вакцинопрофилактики.

Малахов А.Б., Ртищев А.Ю.

Междисциплинарный подход к лечению вирусных инфекций у детей с аллергическим ринитом.

Генне Н.А., Фарбер И.М.

Особенности лечения респираторных инфекций у детей с ювенильной склеродермией на фоне иммуносупрессивной терапии.

Осминина М.С.

Затяжной бактериальный бронхит: современный взгляд на проблему.

Овсянников Д.Ю.

Возможности ультразвукового исследования легких у детей первых месяцев жизни.

Дегтярева М.В., Мазаев А.П., Горбунов А.В.

14:15–15:45

Симпозиум

Бронхиальная астма у детей и подростков: как достичь контроля над заболеванием.

Сопредседатели: Генне Н.А., Ревякина В.А., Малахов А.Б., Зайцева О.В.

От бронхиальной обструкции до бронхиальной астмы: диагностика и лечение.

Генне Н.А. (15 мин.)

Терапия обострений бронхиальной астмы.

Малахов А.Б., Коваленко И.В.

Бронхиальная астма и коморбидные состояния: особенности терапевтического подхода.

Колосова Н.Г.

Тяжелая неконтролируемая бронхиальная астма: в фокусе эффективность терапии антителами к иммуноглобулину Е.

Ревякина В.А.

Персонализированный подход к реабилитации детей с бронхиальной астмой.

Кузина Е.Н., Каляновская И.И.

Вирусиндуцированная бронхиальная астма у детей.

Зайцева О.В., Локшина Э.Э.

16:00–17:30

XVI Научно-практическая конференция.

«Эндокринные аспекты в педиатрии» на съезде педиатров».

Часть 6

Современные аспекты ведения детей с нарушениями полового развития. Мультидисциплинарный подход.

Сопредседатели: Болотова Н.В., Самсонова Л.Н., Карева М.А.

Выбор варианта феминизирующей пластики у детей с нарушением формирования пола.

Бровин Д.Н.

Задержка полового развития у мальчиков: клиничко-гормональная характеристика в зависимости от морфотипа.

Бржезинская Л.Б., Латышев О.Ю., Самсонова Л.Н., Окминян Г.Ф., Киселева Е.В., Касаткина Э.П.

Нарушение формирования пола в практике врача-педиатра.
Санникова Е.С., Латышев О.Ю., Самсонова Л.Н., Окминян Г.Ф.,
Киселева Е.В., Касаткина Э.П.

Методики генетических исследований и их интерпретации при врожденной дисфункции коры надпочечников.
Иванова О.Н.

Периоперационное ведение девочек с врожденной дисфункцией коры надпочечников при проведении феминизирующей пластики.
Копылова И.В.

Инициация пубертата при гипогонадотропном гипогонадизме.
Чугунов И.С.

Сектор С

09:00–10:30

Школа московского специалиста. Обмен опытом.
Москва и Московская область. «Проверяем на себе».

Часть 1

Сопредседатели: Солдатова И.Г., Картавцева Л.Р., Савенков М.П.,
Бельмер С.В.

Организация работы детской городской поликлиники г. Москвы в рамках «Московского стандарта».

Картавцева Л.Р., Гаращенко М.В.

Концепция раннего вмешательства в педиатрии для предупреждения формирования инвалидности.

Солдатова И.Г.

Ранняя выписка и вакцинация «на участке». Вакцинопрофилактика на амбулаторном этапе: работа с возражениями.

Одинаева Н.Д.

Управление персоналом детской городской поликлиники. Преодоление конфликтов. Психологические техники коммуникаций. Синдром профессионального выгорания.

Кац Е.Л.

Профессиональный стандарт, клинические руководства (рекомендации) и единоличные требования к качеству медицинской помощи в педиатрической практике.

Савенков М.П.

10:45–12:15

Школа московского специалиста. Обмен опытом.
Москва и Московская область. «Проверяем на себе».

Часть 2

Сопредседатели: Савенков М.П., Картавцева Л.Р., Савенкова М.С.,
Денисова С.Н.

Доказательная база и личная ответственность врача-педиатра при лечении детей с инфекционными заболеваниями.

Савенкова М.С.

Современные информационные технологии, новые возможности для повышения эффективности работы медицинских организаций.

Брагин А.И.

Мероприятия, направленные на оценку эффективности деятельности детской поликлиники. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинских услуг гражданам.

Бучнева Н.Н.

Организация первичной медико-санитарной помощи детям в условиях прогрессивного увеличения прикрепленного населения, не проживающего на территории обслуживания медицинской организации. Проблемы и пути решения.

Учелькина Г.И.

Опыт работы кабинета здорового ребенка в формировании здорового поколения.

Васильева Т.М.

Опыт организации кабинета по поддержке грудного вскармливания в детской поликлинике.

Лазарева С.И.

Жестокое обращение с детьми. Неявное насилие, его последствия. Действия медицинского работника.

Сулейманова С.А.

Дискуссия

12:30–14:00

Симпозиум

Редкие болезни в педиатрии. Дифференциальный диагноз. Клинические примеры.

Сопредседатели: Савенкова М.С., Выхристюк О.Ф.

Идиопатический гемосидероз у ребенка.

Коваленко И.В., Колосова Н.Г., Малахов А.Б., Талалаев А.Г.,
Зинченко А.П.

Врожденный центральный гиповентиляционный синдром у ребенка 10 месяцев.

Яблокова Е.А., Щедркина И.О., Малахов А.Б., Свиридов А.В.,
Денисова В.Д.

Нейроэндокринная гиперплазия младенцев.

Беляшова М.А., Овсянников Д.Ю.

Трудный случай острой почечной недостаточности у ребенка с гиперурикемией.

Абасеева Т.Ю., Кварацхелия М.В.

Поздняя диагностика несахарного диабета у ребенка с пиелонефритом.

Мстиславская С.А.

Наследственные болезни обмена веществ, обусловленные нарушениями цикла мочевины и обмена органических кислот с дебютом в неонатальном периоде.

Халецкая О.В.

Опухоль Вильмса: клинические маски.

Багирова Н.И.

Клинический случай поздней диагностики ВИЧ-инфекции у ребенка с острой пневмонией.

Стрига Е.В.

Высокотехнологичные генетические методы в ранней диагностике наследственного нефрита.

Шагам Л.И., Сухоруков В.С., Аксенова М.Е., Длин В.В.

14:15–15:45

Симпозиум

Роль инфекционных заболеваний в развитии патологических состояний у детей. Знакомые незнакомцы.

Сопредседатели: Учайкин В.Ф., Шамшева О.В., Харламова Ф.С.,
Дегтярева М.В.

Роль вирусных инфекций в развитии соматической патологии у детей.

Шамшева О.В.

Роль микоплазменно-герпесвирусной инфекции в развитии сердечно-сосудистой патологии у детей.

Харламова Ф.С.

Современные протоколы диагностики и лечения перинатальной цитомегаловирусной инфекции.

Дегтярева М.В.

Современные возможности оценки атипичных мононуклеаров и их клинической значимости при инфекционном мононуклеозе.

Чеботарева Т.А., Кузнецова С.А., Демина О.И.

16:00–17:30

Симпозиум

Своевременная диагностика злокачественных заболеваний у детей.

Сопредседатели: Тиганова О.А., Иванова Н.М., Попа А.В.

Оказание медицинской помощи детям по профилю «Детская онкология» в Москве.

Тиганова О.А.

Алгоритм диагностики злокачественных новообразований костей у детей. Редкие злокачественные опухоли костей у детей.

Петриченко А.В., Иванова Н.М., Очкуренко А.А.

Московский детский городской канцер-регистр.

Рогачева Е.Р.

Начальные проявления опухолей головного мозга у детей.

Горбатов С.В., Зорина С.В.

Опухоли почек у детей.

Маргарян С.Н., Ступакова Д.В.

Проблемы диагностики различных форм гистиоцитоза из клеток Лангерганса.

Бронин Г.О.

Острые лейкозы: диагностика, принципы терапии, прогноз.

Шершакова Е.А.

Сектор В

09:00–10:30

Симпозиум

Роль инфекций в развитии соматической патологии. Профилактика, трудности диагностики у детей. Разбор клинических случаев.

Сопредседатели: Мазанкова Л.Н., Савенкова М.С., Самитова Э.Р.

Инфекции и соматические заболевания у детей: междисциплинарные аспекты.

Савенкова М.С.

Коморбидные состояния в практике педиатра и инфекциониста.

Мазанкова Л.Н.

Массовая иммунодиагностика туберкулеза у детей как залог успешной профилактики заболевания: современные подходы, нормативные и правовые аспекты, проблемы и пути решения.

Севостьянова Т.А.

Трудности и ошибки рентгенологической диагностики туберкулеза органов дыхания у детей.

Соколина И.А., Ивакаева М.М., Севостьянова Т.А.

Гемофагоцитарный синдром: взгляд ревматолога и инфекциониста (случай из практики).

Родионовская С.Р., Самитова Э.Р.

Различные мишени в терапии ОРИ.

Генне Н.А.

Неврологические осложнения ветряной оспы: тактика оказания медицинской помощи.

Мазанкова Л.Н., Самитова Э.Р., Никитин В.В., Горбунов С.Г.

10:45–12:15

III Научно-практическая конференция. «Репродуктивное здоровье детей и подростков».

Часть 2

Актуальные вопросы репродуктивного здоровья мальчиков.

Сопредседатели: Врублевский С.Г., Рудин Ю.Э., Яцык С.П., Файзуллин А.К.

Болезни крайней плоти у детей. Диагностика и терапия.

Тарусин Д.И.

Лечение скрытого полового члена у детей.

Рудин Ю.Э., Марухненко Д.В., Алиев Д.К., Лагутин Г.В.

Эндovasкулярное лечение посттравматического приапизма.

Коварский С.Л., Меновщикова Л.Б., Галибин И.Е., Смолянков А.А., Ушаков А.Н., Захаров А.И.

Современные аспекты лечения гипоспадии у детей.

Файзуллин А.К., Поддубный И.В., Врублевский С.Г., Шарков С.М., Шмыров О.С., Колосова П.А., Стрелкина Л.А.

Послеоперационное ведение пациентов с различными формами гипоспадии.

Русаков А.А., Яцык С.П., Жамынчиев Э.К., Тарзян А.О., Туров Ф.О., Карпачев С.А. Беспалюк О.И.

Перспективы развития гипоспадиологии.

Староверов О.В.

Современный взгляд на острые заболевания яичка у детей.

Саруханян О.О., Григорьева М.В., Телешов Н.В., Батунина И.В.

Хордома полового члена.

Файзуллин А.К., Поддубный И.В., Врублевский С.Г., Шарков С.М., Шмыров О.С., Колосова П.А., Стрелкина Л.А.

Дискуссия

12:30–14:00

III Научно-практическая конференция.

«Репродуктивное здоровье детей и подростков».

Часть 3

Современные аспекты ведения детей с нарушениями полового развития. Мультидисциплинарный подход.

Сопредседатели: Морозов Д.А., Петеркова В.А., Файзуллин А.К., Шарков С.М.

Сложности в диагностике пола у детей.

Окулов А.Б.

Хирургическая тактика у детей с нарушением формирования пола.

Файзуллин А.К., Шарков С.М., Стрелкина Л.А., Шмыров О.С.

Феминизирующая пластика гениталий при нарушении формирования пола.

Морозов Д.А., Айрян Э.К., Райгородская Н.Ю.

Результаты хирургической коррекции нарушения формирования пола у детей.

Володько Е.А., Окулов А.Б., Анিকেев В.А.

Двухсторонний крипторхизм как симптом врожденных нарушений формирования пола.

Райгородская Н.Ю.

Психологические проблемы и их коррекция у детей, оперированных по поводу гипоспадии.

Болотова Н.В., Коновалова О.Л., Шарков С.М.

14:15–15:45

III Научно-практическая конференция.

«Репродуктивное здоровье детей и подростков».

Часть 4

Крипторхизм. Диагностика, тактика лечения, прогноз. Мультидисциплинарный подход.

Сопредседатели: Петеркова В.А., Врублевский С.Г., Окулов А.Б., Коварский С.Л.

Ультразвуковая диагностика при крипторхизме.

Гуревич А.И., Галкина Я.А.

Гормональная терапия при крипторхизме у детей.

Калинченко Н.Ю.

Современная диагностика и тактика лечения крипторхизма у детей.

Коварский С.Л., Меновщикова Л.Б., Перухина Ю.В.

Хирургическое лечение абдоминальных форм крипторхизма.
Врублевский С.Г., Шмыров О.С., Кулаев А.В.

Дискуссия по вопросам междисциплинарного ведения крипторхизма.

Течение беременности и родов у юных.

Тарбая Н.О., Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Колтунов И.Е.

Оперативная гинекология детей и подростков в Москве.
Травмы промежности у детей и подростков.

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

16:00–17:30

Симпозиум

Расширенное заседание профильной комиссии по детской пульмонологии по обсуждению протоколов ведения детей с патологией органов дыхания в амбулаторной практике.

Сопредседатели: Малахов А.Б., Симонова О.И., Колтунов И.Е.

Бронхиты у детей: вопросы классификации, диагностика и лечение.

Малахов А.Б.

Острые респираторные инфекции у детей: лечебно-диагностические протоколы, тенденции в терапии и современные клинические рекомендации.

Колосова Н.Г., Дронов И.А.

Системный подход в диагностике и терапии ОРВИ у детей.

Плоскирева А.А.

Оториноларингологические осложнения респираторных инфекций у детей.

Карпова Е.П., Богомильский М.Р., Радциг Е.Ю.

Работа детского городского Центра респираторной медицины.

Малахов А.Б., Витковская И.П.

Подведение итогов конкурса молодых ученых им. А.В. Мазурина – А.Б. Моисеев***.

Заккрытие съезда.

Сектор Т

09:00–10:30

III Научно-практическая конференция

«Репродуктивное здоровье детей и подростков».

Часть 1

Актуальные вопросы репродуктивного здоровья девочек.

Сопредседатели: Адамян Л.В., Колтунов И.Е., Сибирская Е.В.,
Поддубный И.В., Шарков С.М., Врублевский С.Г.

Репродуктивное здоровье девочек и девушек в Москве.

Сибирская Е.В., Адамян Л.В., Колтунов И.Е., Петрайкина Е.Е.,
Полякова Е.И.

Репродуктивное здоровье мальчиков в Москве.

Шарков С.М., Колтунов И.Е., Файзуллин А.К., Шмыров О.С.

Работа Центра репродуктивного здоровья детей и подростков в Москве.

Врублевский С.Г., Колтунов И.Е., Петрайкина Е.Е., Поддубный И.В.,
Сибирская Е.В., Полякова Е.И.

Опухоли и опухолевидные образования придатков матки у детей.

Пахомова П.И., Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Короткова С.А.

Маточное кровотечение пубертатного периода. Клиника.
Диагностика. Лечение. Профилактика.

Осипова Г.Т., Сибирская Е.В., Аванесян А.А.

10:45–12:15

Симпозиум

Организационные вопросы создания и деятельности врачебной комиссии в медицинских организациях (поликлиника и стационар).

Сопредседатели: Колтунов И.Е., Теновская Т.А., Витковская И.П.

Организация деятельности врачебной комиссии в многопрофильном стационаре.

Теновская Т.А.

Актуальные вопросы организации деятельности подкомиссии врачебной комиссии по изучению летальных исходов (КИЛИ) в медицинских организациях.

Баторжоргалова Б.Ц.

Особенности оформления направлений на проведение Медико-социальной экспертизы в амбулаторных и стационарных медицинских организациях.

Даурова И.П.

Организация деятельности врачебной комиссии в детской поликлинике.

Уткин С.А.

Особенности работы подкомиссии по лекарственному обеспечению. Регистрация нежелательных явлений применения лекарственных препаратов в детской поликлинике.

Витковская И.П.

Дискуссия

12:30–14:00

Симпозиум

Сложные клинические случаи в практике педиатра. Конкурс молодых ученых имени А.В. Мазурина.

Сопредседатели: Моисеев А.Б., Ларина Л.Е., Колтунов И.Е.,
Витковская И.П.

Поздняя диагностика несахарного диабета у ребенка с пиелонефритом.

Мстиславская С.А.

Интерстициальное заболевание легких: врожденная кистозно-аденоматозная мальформация легких.

Коваленко И.В., Жолобова Е.С., Малахов А.Б., Талалаев А.Г.

Синдром Альпорта (наследственный нефрит).

Вашурина Т.В.

Конкурс молодых ученых имени А.В. Мазурина*

Председатель Жюри А.Б. Моисеев

Отдаленные последствия лечения онкологии у детей.

Тихонова О.А., Крутикова Н.Ю., Лопаева Ю.В., Платоненкова Е.М.

Редкий случай легочной гиалинизирующей гранулемы у девочки 12 лет.

Воронцова Л.В., Кузнецова А.А., Петрова С.И., Пешехонова Ю.В.

Возможности ультразвукового исследования легких в прогнозировании исходов у пациентов с бронхолегочной дисплазией.

Ерохина А.В., Колтунов И.Е., Дегтярева М.В., Мазаев А.П.,
Выхристюк О.Ф., Горбунов А.В.

Синдром внезапной смерти в практике участкового педиатра.
Крутикова Н.Ю., Зуева Ю.А., Крутиков И.С.

Использование скрининговых шкал fast/be-fast для ранней диагностики острого нарушения мозгового кровообращения у детей.

Нагурсова Н.В., Щедеркина И.О., Колтунов И.Е., Заваденко Н.Н.

Особенности диагностики и лечения гомозиготной метгемоглобинемии.

Статуева М.В., Ларина Л.Е., Петров В.Ю.

14:15–15:45

Симпозиум

Острое почечное повреждение в практике педиатра. Редкие заболевания с поражением почек.

Сопредседатели: Османов И.М., Цыгин А.Н., Вашурина Т.В., Генералова Г.А.

Редкие болезни почек с прогрессирующим течением.

Цыгин А.Н.

«Клинические маски» острого почечного повреждения у детей.

Генералова Г.А., Кварацхелия М.В.

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом как причина острого почечного повреждения у детей.

Багирова Н.И., Абасеева Т.Ю.

Тромбоз почечных вен в неонатальном периоде: результаты катamnестического наблюдения.

Толстова Е.М.

Неонатальная форма аутосомно-рецессивного поликистоза почек: есть ли шанс?

Абасеева Т.Ю., Багирова Н.И.

Атипичный гемолитико-уремический синдром: ошибки диагностики и лечения.

Эмирова Х.М., Орлова О.М.

Ранние критерии диагностики рефлюкс-нефропатии у детей.

Богданова Н.А., Кириллов В.И.

Дискуссия

16:00–17:30

Симпозиум

Сложные клинические случаи в практике педиатра.

Сопредседатели: Паунова С.С., Беляева Т.Ю., Багирова Н.И.

Визуальная характеристика мочи: ключ к диагнозу.

Багирова Н.И.

Трудности современной диагностики атипичного гемолитико-уремического синдрома.

Орлова О.М., Эмирова Х.М.

Иммуноориентированные препараты у детей с инфекцией мочевых путей.

Кириллов В.И., Богданова Н.А.

Почечный синдром у детей: трудности диагностики.

Паунова С.С.

Врожденный нефротический синдром в практике педиатра и нефролога.

Петросян Э.К.

Аутосомно-рецессивная поликистозная болезнь почек у новорожденного ребенка.

Чугунова О.Л.

Острая почечная недостаточность как первое проявление Т-клеточной лимфобластной лимфомы.

Аксенова М.Е.

НОВЫЙ ЗАЛ

09:00–10:30

XVI Научно-практическая конференция

«Эндокринные аспекты в педиатрии» на съезде педиатров.

Часть 2

«Трудный» диагноз в гепатологии и эндокринологии раннего возраста. Междисциплинарный подход.

Сопредседатели: Дегтярева А.В., Строкова Т.В., Дегтярев Д.Н.

Клинико-лабораторные проявления гликогеновой болезни у детей раннего возраста.

Строкова Т.В., Прохорова И.В.

Трудности ранней диагностики билиарной атрезии.

Дегтярева А.В., Филиппова Е.А., Куликова Н.В., Пучкова А.А., Готье М.С.

Ключевые симптомы врожденного гипопитуитаризма в практике врача-педиатра.

Пучкова А.А., Дегтярева А.В., Болмасова А.В.

Наследственная тирозинемия 1 типа в РФ – 10 лет диагностики и лечения.

Полякова С.И.

Нарушения цикла мочевины – трудности диагностики и лечения.

Строкова Т.В., Таран Н.Н.

Болезнь Вильсона у детей: трудности диагностики и лечения.

Багаева М.Э.

10:45–12:15

XVI Научно-практическая конференция.

«Эндокринные аспекты в педиатрии» на съезде педиатров.

Часть 3

Новые возможности в детской эндокринологии.

Сопредседатели: Петеркова В.А., Самсонова Л.Н., Кураева Т.Л.

Протокол диагностики и лечения фармакочувствительных форм врожденного гиперинсулинизма.

Меликян М.А.

Помповая инсулинотерапия: реализованные и нереализованные возможности.

Евсюкова Е.А., Коломина И.Г., Букин С.С., Латышев О.Ю., Самсонова Л.Н., Киселева Е.В., Окминян Г.Ф., Касаткина Э.П.

Вариабельность гликемии у детей с сахарным диабетом: причины и пути коррекции.

Окминян Г.Ф.

Путь к максимальной эффективности помповой инсулинотерапии*.

Курганович А.В.

Начать взрослую жизнь с диабетом – это не просто!

Тиселько А.В.

Липоатрофический сахарный диабет.

Тихонович Ю.В.

Эндокринные нарушения у пациентов с медуллобластомами.

Стребкова Н.А.

12:30–14:00

XVI Научно-практическая конференция.

«Эндокринные аспекты в педиатрии» на съезде педиатров.

Часть 4

Применение современных методов обследования, лечения и реабилитации в детской эндокринологии и педиатрии.

Сопредседатели: Петрайкина Е., Самойлова Ю.Г., Петеркова В.А.

Непрерывный мониторинг уровня гликемии у детей с низкой, очень низкой и экстремально низкой массой тела.

Самойлова Ю.Г., Сиволобова Т.В., Желев В.А., Олейник О.А.

Современные аспекты контроля гликемии при сахарном диабете у детей раннего возраста*.

Витебская А.В.

Ведение беременности у юных женщин с сахарным диабетом.

Арбатская Н.Ю.

* Кредиты непрерывного медицинского образования (НМО) за прослушивание данного доклада и/или симпозиума в рамках Съезда начислены не будут.

Обследование при подозрении на сахарный диабет. Может ли педиатр обойтись без помощи эндокринолога?

Тимофеев А.В.

Биоимпедансометрия как диагностический инструмент педиатрической практики.

Подчиненова Д.В., Олейник О.А.

Особенности стоматологического статуса у детей и взрослых с аутоиммунным полигландулярным синдромом 1 типа.

Кисельникова Л.П., Степанян Н.В., Орлова Е.М.

Роль селективного забора крови из кавернозных синусов в дифференциальной диагностике гиперкортицизма.

Калинин А.Л.

Междисциплинарный подход к ведению пациентов с аутоиммунным полигландулярным синдромом 1 типа.

Орлова Е.М.

14:15–15:45

XVI Научно-практическая конференция.

«Эндокринные аспекты в педиатрии» на съезде педиатров.

Часть 5

Избыточная масса тела, ожирение и метаболический синдром: что нужно знать педиатру.

Сопредседатели: Захарова И.Н., Никитина И.Л., Самсонова Л.Н.

Критерии диагностики избыточной массы тела и ожирения у детей.

Самсонова Л.Н., Коломина И.Г.

Недостаточность витамина D у детей с ожирением.

Никитина И.Л.

Профилактика ожирения у детей.

Боровик Т.Э., Бушуева Т.В.

Метаболический синдром: факторы риска развития.

Милявская С.И.

Морбидное ожирение у детей: мифы и реальность.

Павловская Е.В.

Тактика педиатра при метаболическом синдроме у детей.

Захарова И.Н., Творогова Т.М.

16:00–17:30

Симпозиум

Хирургические проблемы в практике педиатра.

Сопредседатели: Захарова И.Н., Притыко А.Г., Соколов Ю.Ю., Шейн В.Н., Русецкий Ю.Ю.

Острые хирургические заболевания органов брюшной полости, протекающие под маской соматической патологии.

Соколов Ю.Ю., Коровин С.А., Дворовенко Е.В., Дзядчик А.В.

Абдоминальный синдром в практике педиатра. Демонстрация клинических случаев.

Захарова И.Н., Холодова И.Н., Сугян Н.Г., Бережная И.В., Зайденварг Г.Е., Майкова И.Д., Воробьева А.С., Кузнецова О.А., Радченко Е.Р., Гончарова Л.В.

Лазерная эндоскопическая хоанопластика при врожденной хоанальной атрезии 2017.

Русецкий Ю.Ю.

Патология полости носа и околоносовых пазух у пациентов с врожденной расщелиной верхней губы и неба 2017.

Богородицкая А.В., Радциг Е.Ю., Притыко А.Г.

Показания к пластике уздечки языка в практике врача-педиатра.

Базина И.Г., Волков Ю.О., Парфенов Д.С.

Настороженность в отношении юношеской ангиофибромы носоглотки с позиции педиатра и оториноларинголога 2017.

Ларина Л.А., Юнусов А.С.

Нарушения речи у пациентов с нёбно-глоточной недостаточностью.

Базина И.Г., Лопатин А.В., Мкртумян Э.С., Волков Ю.О., Шавров А.А.

Дискуссия.

** В рамках III Московского городского съезда педиатров с международным участием «Трудный диагноз» в педиатрии. Мультидисциплинарный подход. От простого к сложному» пройдет Экспертный Совет в рамках реализации федерального проекта «Единой России» «Здоровье – детям» по школьному здравоохранению под руководством председателя комитета Государственной Думы по охране здоровья Федерального Собрания Российской Федерации Д.А. Морозова 4 октября 2017 г. в Зале № 104 с 15.00 до 16.30.

*** Подведение итогов Конкурса молодых ученых имени А.В. Мазурина состоится во время симпозиума 6 октября 2017 г. с 16.00 до 17.30 в зале Сектора В.

**** В рамках III Московского городского съезда педиатров с международным участием «Трудный диагноз» в педиатрии. Мультидисциплинарный подход. От простого к сложному» пройдет Круглый стол с руководителями секций обществ педиатров г. Москвы с обсуждением планов на следующий год под руководством председателя правления Московского общества детских врачей, председателя совета Педиатрического респираторного общества, заведующей кафедрой детских болезней лечебного факультета ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, директора клиники детских болезней (Университетская детская клиническая больница) ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России Н.А. Генне 5 октября 2017 г. в Зале 104 с 14.00 до 15.30.

Каталог выставки

ООО «Актелион Фармасьютикалз РУС»

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



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

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

ООО «Алексион Фарма»

143421, Московская обл., Красногорский р-н,
Бизнес центр «Рига-Ленд», строение 5, подъезд 1, этаж 2.
телефон: +7 (495) 280-17-01
www.alexionpharma.eu

Спонсор



Alexion Pharmaceuticals Inc. является глобальной биофармацевтической компанией, деятельность которой направлена на разработку и выпуск препаратов, предназначенных для применения у пациентов с тяжелыми редкими заболеваниями, в отношении которых отсутствуют эффективные методы лечения. Компания Alexion обладает исключительным правом на производство препаратов, предназначенных для применения при редких метаболических расстройствах, включая два высокоинновационных препарата заместительной ферментной терапии для лечения пациентов с Гипофосфатазией и Дефицитом Лизосомной Кислой Липазы (ДЛКЛ). Эти препараты одобрены для применения в Европе и в США.

Ascensia Diabetes Care

123610, г. Москва, Краснопресненская набережная,
д. 12, офис 706
телефон: +7 (800) 200-44-43
www.diabetes.ascensia.com.ru

Ведущий спонсор



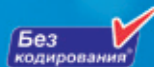
Ascensia Diabetes Care – международная компания, ставящая своей задачей улучшать жизнь людей с сахарным диабетом и обеспечивать их возможностью осуществлять контроль за своим здоровьем и благополучием.

Ascensia Diabetes Care, основанная в 2016 году в результате приобретения диабетического подразделения концерна Bayer (Bayer Diabetes Care) компанией Panasonic Healthcare Holdings, опирается на более чем 70-летний опыт создания инновационных продуктов и решений в области мониторинга гликемии, которые вносят положительные изменения в жизнь людей с сахарным диабетом.



ГЛЮКОМЕТР КОНТУР ПЛЮС – ТОЧНОСТЬ, СРАВНИМАЯ С ЛАБОРАТОРНОЙ*

Высокая точность системы мониторинга гликемии Contour plus (Контур Плюс) помогает Вам принимать более правильные решения для корректного дозирования инсулина



Технология «Без кодирования» – тест-полоска сама кодирует глюкометр



Технология
Второй Шанс

Технология «Второй шанс» – возможность дополнительного нанесения капли крови на ту же тест-полоску



Большой экран и настройка звуковых напоминаний об измерении после еды

Горячая линия: 8 (800) 200-44-43
www.diabetes.ascensia.com.ru

РУ № РЗН 2015/2602 от 28.04.2015 г., № РЗН 2015/2584 от 28.04.2015 г.

 **ASCENSIA**
Diabetes Care

*Система Контур Плюс превосходит требования нового стандарта ISO 15197:2013, предъявляемые к точности.
Caswell M. et al. Accuracy and User Performance Evaluation of a Blood Glucose Monitoring System. Diabetes Technol Ther. 2015; 3: 152-158.

Contour[®]
plus
КОНТУР ПЛЮС

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ

АО «БАЙЕР»

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

Ведущий
спонсор



Bayer: Science For A Better Life

Байер – международная компания с экспертизой в области естественных наук: здравоохранения и сельского хозяйства. Продукты и решения компании направлены на улучшение качества жизни людей. Коммерческая деятельность концерна построена на основе внедрения инноваций, экономического роста и высокой доходности. Байер придерживается принципов устойчивого развития и выступает в качестве социально и этически ответственной компании. В 2016 финансовом году численность сотрудников концерна составила 115 200 человек, объем продаж – 46,8 млрд евро. Капитальные затраты составили 2,6 млрд евро, расходы на исследования и разработки – 4,7 млрд евро. Данные показатели включают результаты деятельности направления по высокотехнологичным полимерным материалам. Акции данного направления были переданы на фондовый рынок через компанию Covestro 6 октября 2015 года. Дополнительная информация на www.bayer.ru

ОАО «Беллакт»

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



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

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

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

CSL Behring

125167, Российская Федерация, г. Москва,
Ленинградский проспект, д.39, стр.80
телефон: +7 (495) 788-52-89
электронный адрес: inforussia@cslbehring.com
www.cslbehring.com

Спонсор

Biotherapies for Life™ CSL Behring

Компания CSL Behring является мировым лидером в сфере научной разработки и промышленного производства биомедицинских препаратов, получаемых из человеческой плазмы крови или являющихся её рекомбинантными аналогами. Биопрепараты CSL Behring заменяют компоненты, отсутствующие в крови пациентов, и используются во всем мире для лечения заболеваний с нарушением свёртываемости крови, таких как гемофилия и болезнь Виллебранда, первичный иммунодефицит, наследственный ангионевротический отёк и наследственные заболевания органов дыхания, а также неврологические расстройства. Помимо этого компания производит препараты, используемые в кардиохирургии, трансплантации органов и лечении ожогов, а также для лечения приобретённых кровотечений и предотвращения гемолитической болезни новорожденных.



Адвантан

0,1% метилпреднизолона ацепонат

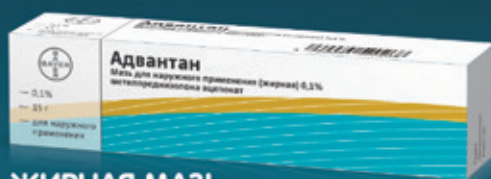


- Оказывает заметный эффект уже к 3 дню лечения¹
- Обладает высоким профилем безопасности²
- Правильный выбор формы ускоряет выздоровление³
- Применяется 1 раз в сутки

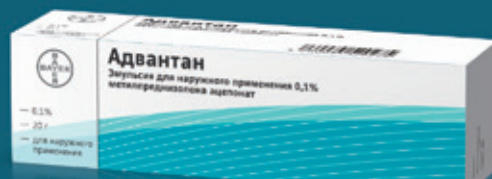
Облегчает зуд и воспаление при дерматитах и экземе¹



МАЗЬ
Подострый / хронический процесс



ЖИРНАЯ МАЗЬ
Длительный хронический процесс



ЭМУЛЬСИЯ
Острый процесс с мокнутием



КРЕМ
Острый / подострый процесс без мокнутия

Адвантан®. Мазь/мазь жирная/крем для наружного применения/эмульсия для наружного применения. **МНН или группировочное название:** метилпреднизолона ацепонат. **Показания к применению:** воспалительные заболевания кожи: атопический дерматит, нейродермит, детская экзема; истинная экзема; микробная экзема; профессиональная экзема; простой контактный дерматит; аллергический (контактный) дерматит; дисгидротическая экзема. Для эмульсии – себорейный дерматит/экзема; фотодерматит, солнечный ожог. **Способ применения и дозы:** наносят 1 раз в сутки на пораженные участки кожи, взрослым и детям с 4-х месячного возраста. Мазь/мазь жирная/крем для наружного применения - не рекомендуется использовать более 12 недель для взрослых и 4 недель для детей. Эмульсию - 1 раз в сутки (для лечения солнечных ожогов 1-2 раза в день); курс лечения не должен превышать 2 недели. При подостром и остром воспалении без выраженного мокнутия (на гладкой коже и на коже волосистой части головы, в том числе, на коже, склонной к жирности) рекомендуется использовать в форме крема. При сухости кожных покровов необходимо использовать формы с высоким содержанием жира (мазь или жирная мазь). При хронических воспалительных кожных процессах при очень сухой коже рекомендуется использовать в форме жирной мази, обеспечивающей выраженное лечебное воздействие при значительной лихенификации и инфильтрации. **Противопоказания:** туберкулезный или сифилитический процессы в области нанесения препарата; вирусные заболевания (например, ветряная оспа, опоясывающий лишай); розацеа, периоральный дерматит; детский возраст до 4-х

месяцев; участки кожи с проявлениями реакции на вакцинацию; гиперчувствительность к компонентам препарата. **Беременность и лактация:** следует взвешивать потенциальный риск для плода и ожидаемую пользу лечения для матери, не рекомендуется длительное применение препарата на обширных поверхностях кожи. Кормящим матерям не наносить препарат на молочные железы. **Побочное действие:** очень редко местные реакции - зуд, жжение, эритема, образование везикулезной сыпи. При длительном применении (более 4-х недель) и/или на обширных участках (10 % и более поверхности тела) могут возникнуть: атрофия кожи, телеангиэктазии, стрии, акнеформные изменения кожи, системные эффекты, обусловленные абсорбцией кортикостероида. Редко - фолликулит, гипертрихоз, периоральный дерматит, депигментация кожи, аллергические реакции. **Особые указания:** при проявлении атрофии следует отменить. При бактериальных осложнениях и/или дерматомикозах в дополнение необходимо проводить специфическое антибактериальное или антимикотическое лечение. При применении больших доз, очень длительном применении окклюзионных повязок и нанесении на кожу вокруг глаз может развиваться глаукома. Рег. номер крем: П N013563/01, мазь для наружного применения (жирная): П N13563/04, инструкция по применению от 01.06.2017. Рег. номер эмульсия: П N013563/02, инструкция по применению от 11.05.2017. Рег. номер мазь: П N013563/03, инструкция по применению от 27.05.2016. Полную информацию смотрите в инструкции по применению

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

1. По данным исследования 558 детей с атопическим дерматитом или другими воспалительными дерматозами заметное улучшение симптомов (зуд, инфильтрация, мокнутие / образование корок, зуд и жжение) наблюдалось у более чем 65% пациентов в первые 3 дня терапии. Niedner R-P, Zaunsel Advantan® Milk/Cream/Ointment in Children with Atopic Eczema and other Dermatoses - An Observational Study in 558 Children. *Acta Dermatol* 2004; 30(8): 200-203.
2. При применении различных форм препарата Адвантан у пациентов с контактным дерматитом (n = 755) в возрасте от 10 до 79 лет в течение 5-17 дней побочных эффектов не было зарегистрировано. Перламутров Ю.Н., Ольховская К.Б. и группа исследователей. Результаты всероссийского многоцентрового открытого наблюдательного исследования "Ажур" по определению эффективности, безопасности и переносимости различных форм адвантана при лечении больших контактных дерматитами // Клиническая дерматология и венерология. - 2009. № 4. С.72-79.
3. Клеменова И.А., Есенин С.А. Эволюция применения глюкокортикостероидных препаратов для местного лечения в дерматологической практике // Клиническая дерматология и венерология. - 2011. - №5. - с.46-50.

ЗАО «БиоХимМак»

119192, Москва, Ломоносовский пр., д. 29, корп. 1

телефон: +7 (495) 647-27-40

электронный адрес: info@biochemmack.ru

факс: +7 (495) 939-09-97



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

В портфеле компании: тест-системы для иммуноферментного анализа (около 3000 наименований) по различным направлениям для клинических и научных исследований; полный комплект оборудования для ИФА; экспресс-диагностика: Оборудование для определения липидного профиля – Cholestech LDX, анализаторы Hba1c – Afinion, D10, Variant Turbo II. Определение кардиомаркеров – анализаторы DXPRESS, Triage Metr PRO. Биохимический экспресс-анализатор DriChem4000i. Оценка окислительного стресса FormOx, FormPlus. Ридер Quntum Blue для экспресс определения кальпротектина; оборудование и реагенты для мониторинга системы свёртывания; оборудование и реагенты для биохимических исследований, гематологические анализаторы и анализаторы мочи производства Beckman Coulter; оборудование и реагенты для иммунохимических анализаторов системы Access2/Dxl производства Beckman Coulter; клиническая проточная цитофлуориметрия - цитофлуориметры Navios, Cytomics FC500 (Beckman Coulter) и широкий спектр качественных реагентов; оборудование и реагенты для решения задач трансплантационной и молекулярной диагностики.

Bittner Pharma

127018, г. Москва, Суцеский Вал, д.18

телефон: +7 (495) 981-48-88

www.omega-bittner.ru



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

ООО «Буарон»



127006, г. Москва, ул. Долгоруковская, д.7, 11 эт. БЦ «Садовая Плаза»

телефон.: +7 (495) 956-08-10

факс: +7 (495) 956-08-14

электронная почта: info@boiron.ru

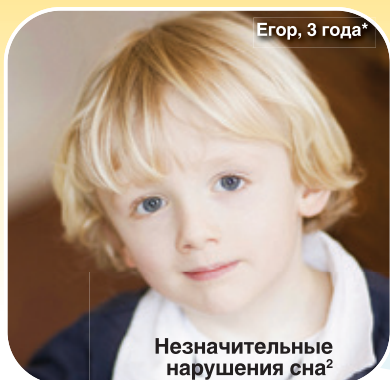
www.boiron.ru



Компания «БУАРОН» – известный французский производитель инновационных лекарственных средств с более чем 80-летней историей. Опираясь на свой многолетний опыт и научно-технологические разработки, «БУАРОН» создает препараты для всей семьи, которые отвечают требованиям Европейской Фармакопеи и FDA и производятся соответственно стандартам качества GMP. Компания «БУАРОН» насчитывает более 60 комплексных препаратов и 1200 монокомпонентных гомеопатических средств. Дочерняя компания «БУАРОН» в России была основана в сентябре 2005 года. На сегодняшний день в России зарегистрировано 10 препаратов.

Миссия компании: Оберегать здоровье и улучшать качество жизни людей, производя для этого эффективные и безопасные лекарственные средства.

МАГНЕ В₆[®] — повышает уровень магния уже через 2 часа.¹



Курс Магне В₆[®] продолжительностью 1 месяц² помогает устранить дефицит магния и связанные с ним симптомы^{2, 3}

Магне В₆[®] ампулы: раствор для приема внутрь для детей от 1 года²



Рег. уд. ЛСР-007053/09

- обеспечивает быстрое повышение уровня магния в плазме крови (в течение 2-3 часов)¹
- возможность более точного дозирования⁴
- простой способ применения — разведение раствора в воде для приема внутрь
- имеет приятный запах карамели²
- не содержит сахара²

Магне В₆[®] форте для детей от 6 лет²



Рег. уд. ЛСР-№013203/02

Удобная форма приема — одна таблетка вместо двух⁵

1. Магне В6 в форме раствора обеспечивал повышение уровня магния в плазме крови в течение 2–3 часов в исследовании. Громова О.А. и соавт. Динамика концентрации магния в крови после приема различных магнесодержащих препаратов. Фарматека. 2009; 10: 43–47. 2. Симптомы, указывающие на возможный дефицит магния. Инструкция по медицинскому применению Магне В₆[®] (ампулы). 3. Роговицина О.Р. и соавт. Магне-В6 в лечении синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей // Нервные болезни. 2005. №3 С.26-29. 4. Заваденко Н.Н. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: диагностика, патогенез, принципы лечения. Вопросы практической педиатрии 2012; 7(1):54-62. 5. В отличие от формы приема Магне В₆[®] №50.*Данные пациентов изменены.

Краткая информация по медицинскому применению препарата Магне В₆[®]. Раствор для приема внутрь. Действующие вещества: магния лактат, магния пидолат, пиридоксина гидрохлорид. **Показания к применению:** установленный дефицит магния, изолированный или связанный с другими дефицитными состояниями. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к компонентам препарата, тяжелая почечная недостаточность, детский возраст до 1 года, одновременный прием леводопы. **Способ применения и дозы:** взрослым рекомендуется принимать 3-4 ампулы в сутки. Детям старше 1 года (масса тела более 10 кг) 1-4 ампулы. Суточную дозу следует разделить на 2-3 приема, принимать во время еды; перед приемом растворяют в ½ стакана воды. **Применять с осторожностью** при умеренной степени почечной недостаточности. **Нежелательные эффекты:** аллергические реакции, диарея, боли в животе. **Краткая инструкция по медицинскому применению препарата Магне В₆[®] форте.** Таблетки, покрытые плёночной оболочкой. **Действующие вещества:** магния цитрат, пиридоксина гидрохлорид. **Показания к применению:** установленный дефицит магния, изолированный или связанный с другими дефицитными состояниями. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к любому из компонентов препарата, тяжелая почечная недостаточность, фенилкетонурия, возраст до 6 лет, наследственная галактоземия, синдром мальабсорбции глюкозы и галактозы или недостаточность лактазы, одновременный прием леводопы. **Способ применения и дозы.** Взрослые: 3-4 таблетки в сутки, разделенные на 2-3 приема, во время еды. Дети в возрасте старше 6 лет (весом около 20 кг): 2-4 таблетки в сутки, разделенные на 2-3 приема, во время еды, запивая стаканом воды. **Применять с осторожностью** при умеренной степени почечной недостаточности. **Нежелательные эффекты:** аллергические реакции, диарея, боли в животе, тошнота, рвота, метеоризм. SARU.MGP:17.05.0653

SANOFI

Материал для специалистов здравоохранения. Подготовлен при поддержке Санофи Россия, АО «Санофи Россия», 125009, Москва, ул. Тверская, 22. Тел.: +7 495 721 14 00. Факс: +7 495 721 14 11. www.magneb6.ru. Представительство АО «Санофи-авентис групп» (Франция), 125009, Москва, ул. Тверская, 22. Тел.: (495) 721-14-00.

ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ БОЛЕЕ ПОДРОБНОЙ ИНФОРМАЦИИ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ

ПАО «Валента Фарм»

Спонсор

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



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

Портфель компании «Валента» сбалансированно представлен как инновационными препаратами, так и брендированными дженериками и включает более 30 лекарственных средств. Основные блокбастеры – Ингавирин®, Грамминдин®, Тримедат®, Фенотропил®, Феназепам®, Пантокальцин® и др.

«Валента» активно инвестирует в R&D и развитие портфеля продуктов, а также в медицинские проекты и инновации для здоровья.

ЗАО «Фармцентр ВИЛАР»

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



ЗАО «Фармцентр ВИЛАР» создан в 1959 году на базе Всероссийского научно-исследовательского института лекарственных и ароматических растений (ВИЛАР) как опытно-производственная база для промышленного получения новых лекарственных препаратов из растительного сырья. Сегодня это современное фармацевтическое предприятие, обеспечивающее Россию лекарственными препаратами европейского качества из растительного сырья. На протяжении многих лет лекарственные препараты ЗАО «Фармцентр ВИЛАР» широко применяются педиатрами, терапевтами, гастроэнтерологами, кардиологами, неврологами, в их числе – противовирусные и антимикробные препараты – Алпизарин®, Гипорамин®, Сангвиритрин®, противовоспалительное и жаропонижающее средство – Сандра®, гепатопротекторные и желчегонные средства – Силимар®, Сибектан®, Танацехол®, антиаритмические – Аллапинин® и Аллафорте®, седативное средство Беллатаминал®.

Информация по основным направлениям представлена на наших сайтах: www.bezrecepta.ru – защита от вирусов и микробов, www.alpizarin.ru – лечение герпеса и ОРВИ, www.silimar.ru – защита и лечение печени, www.allapinin.ru – лечение нарушений ритма сердца, www.bellataminal.ru – лечение мигрени и вегето-сосудистой дистонии, www.marena.ru – лечение мочекаменной болезни, www.ammifurin.ru – лечение псориаза и атопического дерматита

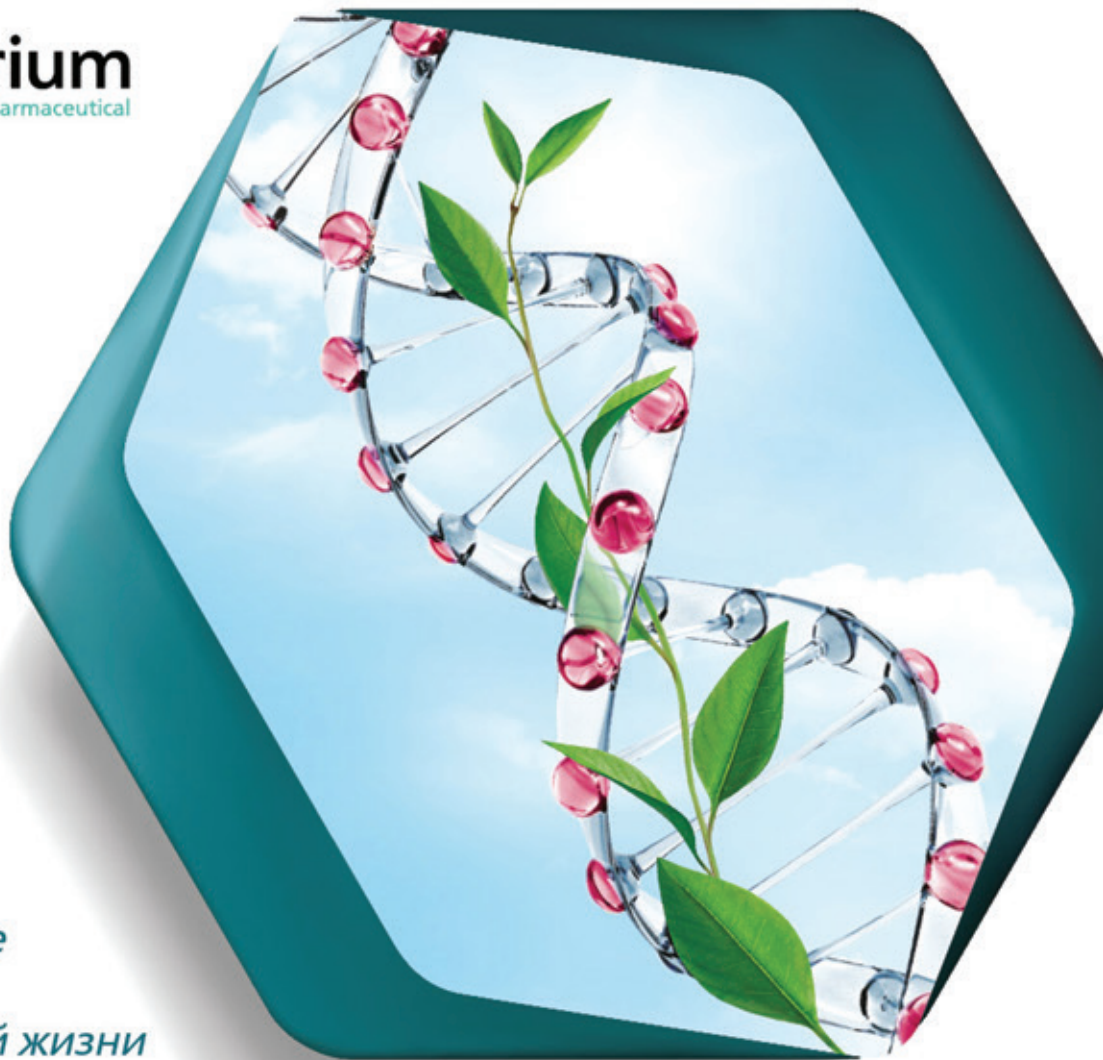
АО «ГЕНЕРИУМ»

Ведущий спонсор

123317, г. Москва, ул. Тестовская, д. 10, подъезд 2
телефон: +7 (495) 988-47-94
факс: +7 (495) 988-47-94
электронная почта: generium@generium.ru
www.generiumzao.ru



«ГЕНЕРИУМ» – крупнейшая биотехнологическая компания России, в которой организован полный цикл производства – от разработки молекулы до выпуска готового лекарственного препарата. «ГЕНЕРИУМ» способен создавать субстанцию самостоятельно, что является подтверждением принципиальной особенности проекта, главная цель которого – импортозамещение и обеспечение лекарственной безопасности России. «ГЕНЕРИУМ» занимает лидирующие позиции в области исследования, производства и продвижения оригинальных биотехнологических препаратов для лечения социально значимых заболеваний, таких как гемофилия, туберкулез, рассеянный склероз, онкологические и сердечно-сосудистые заболевания.



*Рекомбинантные
технологии
для полноценной жизни*

Коагил-VII

Эптаког альфа (активированный)
Рекомбинантный фактор
свертывания крови VII

Октофактор

Мороктоког альфа
Рекомбинантный фактор
свертывания крови VIII

Иннонафактор

Нонаког альфа
Рекомбинантный фактор
свертывания крови IX

ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ БОЛЕЕ ПОДРОБНОЙ ИНФОРМАЦИИ
ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКО-
МУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА. МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН
ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

ООО «Генфа»

119421, г. Москва, Ленинский пр., д. 99
телефон: +7 (495) 662-5065
факс: +7 (495) 662-5061
электронная почта: mail@genfamedica.com

Ведущий
спонсор



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

ООО «Джонсон & Джонсон»

121614, г. Москва, ул. Крылатская, д. 17, стр. 2
телефон: +7 (495) 580-77-77
факс: +7 (495) 580-78-78
www.jnj.ru
www.lifescan.ru

Ведущий
спонсор



ООО «Джонсон & Джонсон», подразделение направления «Диабет» – один из ведущих разработчиков и производителей систем контроля уровня глюкозы в крови, позволяющих людям с сахарным диабетом жить полноценной жизнью. В этом году компания представила новый глюкометр OneTouch Select® Plus – первый глюкометр с цветовым индикатором диапазона, позволяющий пациентам лучше понимать свои результаты.

Так же доступны модели для индивидуального использования OneTouch Select®, OneTouch SelectSimple®, OneTouch Verio® IQ и госпитальная система для профессионального использования OneTouch Verio® Pro+.

Клиника DOC, Россия

105005, г. Москва, ул. Бауманская, д. 11, стр. 8
телефон: +7 (495) 135-06-32
электронная почта: service@doconcall.ru



Миссия DOC+ – сделать высококачественную медицинскую услугу доступной. Компания начала свою деятельность в качестве обычной службы вызова врачей на дом и впоследствии преобразовалась в первую мобильную клинику на российском рынке. С помощью нашего приложения можно не только вызвать врача на дом, но и получить консультацию онлайн, записаться к профильному специалисту в клинику-партнер, а так же оформить заказ лекарств.

Клиника DOC оказывает услуги по вызову врача на дом в Москве и Санкт-Петербурге. В штате DOC более 300 профессионалов. Пациентам мы предлагаем доступную квалифицированную помощь, а врачам высокое вознаграждение и комфортные условия. Мы используем современные IT решения, чтобы автоматизировать и оптимизировать все операционные процессы. Нам доверяют наши партнеры – крупнейшие страховые компании, и наши инвесторы, среди которых Яндекс и BVCP.

ВРОЖДЕННЫЙ ДЕФИЦИТ АЛЬФА-1 АНТИТРИПСИНА

НЕ РЕДКОЕ, НО РЕДКО
ДИАГНОСТИРУЕМОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ

5%

ДИАГНОСТИРУЕТСЯ

ОСТАЕТСЯ НЕВЫЯВЛЕННЫМ

95%

РЕСПИКАМ® (альфа-1 антитрипсин) –
препарат для поддержания нормального уровня
альфа-1 антитрипсина

Кимберли-Кларк

Спонсор

117342, г. Москва, ул. Профсоюзная, д. 65 к. 1. Здание БЦ «Лотте»
телефон.: +7(495)725-43-83
факс: +7(495)725-43-84
электронная почта: : russia.kimberly-clark@kcc.com
www.drynites.ru

DryNites

Ребенку для здорового роста и развития необходим спокойный сон. Энурез (ночное недержание) не должен стать ему помехой. DryNites® — это специализированные впитывающие ночные трусики-подгузники для детей от 4 до 15 лет. Они разработаны с учетом анатомических особенностей специально для тех, у кого случается ночное недержание. Каждому возрасту соответствует один из 2 размеров с высокой степенью впитывания. DryNites выглядят как обычные трусики и незаметны под одеждой. Такая защита гарантирует ребенку не только спокойный сон, но и уверенность и комфорт в период лечения энуреза:

- Отлично впитывают в зависимости от возраста.
- Выглядят, как обычные трусики, благодаря низкой посадке и закрытым бокам, незаметны под одеждой.
- Изготовлены из специального бесшумного материала.
- 2 размера и стильные дизайны для мальчиков и девочек.

Узнайте больше на drynites.ru

ООО «КОСМОФАРМ»

Спонсор

119435 г. Москва, ул. Малая Пироговская, д. 18, стр.1, офис 304
телефон: +7 (495) 644-00-31
электронная почта: office@cosmopharm.ru
www.cosmopharm.ru



ООО «Космофарм» – российская фармацевтическая компания, представляет на российском рынке продукцию торговых марок MD мил SP Козочка – детские смеси на козьем молоке (Неро, Испания), Бебисан ДЗ – источник витамина Д3 (Sagitus, Латвия), Ливео – пробиотики для детей и взрослых (Sagitus, Латвия), Магний Диаспорал 300 – лекарственный препарат (Protina, Германия).

ООО «Лилли Фарма»

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

Lilly

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

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

Вместе легче!

Управлять диабетом



OneTouch Verio®IQ

Анализирует, информирует, предупреждает

OneTouch Select®

Точно¹, просто и на русском

OneTouch SelectSimple®

Ничего лишнего — без кнопок и кодирования

Читайте полезную информацию на сайте и регистрируйтесь в Программе лояльности OneTouch®2

ONETOUCH®
навстречу жизни с каждым прикосновением

svami.onetouch.ru

8 800 200 83 53

Реклама. IQ—Ай Кью. ¹96,2% результатов OneTouch Select® находятся в пределах $\pm 0,83$ ммоль/л от референсных значений при концентрации глюкозы в крови $< 4,2$ ммоль/л и в пределах $\pm 20\%$ от референсных значений при концентрации глюкозы в крови $\geq 4,2$ ммоль/л. Критерий ГОСТ ИСО 15197—2011 «Тест-системы для диагностики in vitro— требования к системам для мониторинга уровня глюкозы в крови для самостоятельного использования пациентами с сахарным диабетом». Результаты измерений считаются точными, если не менее 95% результатов измерений системы находятся в пределах $\pm 0,83$ ммоль/л от результатов эталонного анализатора при концентрации глюкозы в крови $< 4,2$ ммоль/л или в пределах $\pm 20\%$ от результатов эталонного анализатора при концентрации глюкозы в крови $\geq 4,2$ ммоль/л. ²Срок действия Программы лояльности: 02.11.2015—31.05.2020. Информацию о подарках и правилах участия в акции и Программе лояльности можно получить на сайте svami.onetouch.ru или по телефону Горячей линии OneTouch® 8 800 200 83 53. *Для выявления высокого тренда глюкометр использует результаты с отметкой «До еды». Для выявления низкого тренда отметки о еде не требуются. ** Наиболее рекомендуемый среди марок популярных в России глюкометров. Независимое исследование по результатам ответов 303 пациентов на инсулинотерапии, проведенное на территории РФ компанией ООО «Индекс» в апреле 2016 года. *** По данным импорта и продаж глюкометров в России за 2009—2016 гг., исследование консалтинговой компании «Ревин» и ЗАО «Группа ДСМ». Рег. уд. № ФСЗ 2008/00019 от 29.09.2016; Рег. уд. № РЗН 2015/2938 от 11.08.2015; Рег. уд. № ФСЗ 2012/12448 от 23.09.2016. Товар сертифицирован. © Лайфскан Россия, подразделение ООО «Джонсон & Джонсон», 2017. EMCO/LFS/0117/0019

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

ООО «Медела»

Спонсор

115419, г. Москва, ул. Орджоникидзе 11, строение 10, офис 4А, 4-й этаж
телефон: +7 495 134 36-03, 8 800 775 17-69
www.medela.ru

medela 

Medela — является один из ведущих мировых швейцарских производителей продукции для грудного вскармливания. Цель компании Medela – помочь маме и ребенку быть более здоровыми благодаря жизненно важным преимуществам грудного молока. В линейке компании представлен широкий выбор бытовых электрических, электронных, ручных, а также клинических молокоотсосов. Аксессуары для грудного вскармливания, крем для защиты сосков, специальные устройства для кормления, контейнеры и пакеты для сбора и хранения молока, впитывающие прокладки для бюстгалтера, формователи сосков и многое другое. Белье для беременных и кормящих мам.

АО «Мединторг»

123103, г. Москва, просп. Маршала Жукова, д. 74, корп. 2
телефон: +7 (495) 921-25-15
электронная почта: mail@medintorg.ru
www.medintorg.ru



Основано в 1994 году

МЕДИНТОРГ
акционерное общество

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

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

ООО «Медтроник»

Спонсор

123317, Москва, Пресненская наб., д. 10, Башня С
телефон: +7 (495) 580-73-77
факс: +7 (495) 580-73-78
электронная почта: info.russia@medtronic.ru
www.medtronic.ru
www.medtronic.com

Medtronic

Medtronic plc (www.medtronic.com) – одна из крупнейших мировых компаний, занимающихся разработкой и предоставлением медицинских технологий, услуг и решений для облегчения боли, восстановления здоровья и продления жизни миллионов людей по всему миру. Штаб-квартира Medtronic находится в Дублине (Ирландия). Общая численность сотрудников компании, работающих в различных регионах мира, превышает 85 тысяч человек. Medtronic оказывает услуги врачам, медицинским учреждениям и пациентам более чем в 155 странах. Компания нацелена на сотрудничество с заинтересованными лицами и организациями из любой страны мира, чтобы совместными усилиями способствовать дальнейшему развитию системы здравоохранения. В настоящий момент в России работают более 130 сотрудников, которые обеспечивают продвижение технологий Medtronic для лечения пациентов по направлениям: аритмология, кардиохирургия, сосудистая хирургия, нейрохирургия, диабет, интраоперационная навигация и хирургия позвоночника. ООО «Медтроник» координирует развитие рынка и терапий, проведение клинических исследований и мониторинга, а также организует обучение врачей по всем направлениям деятельности.



Лазолван®



Для лечения продуктивного кашля у детей с рождения!¹



АО «Санofi Россия», 125009, Москва, ул. Тверская, 22
Тел.: +7 (495) 721 14 00, факс: +7(495) 721 14 11
www.sanofi.ru

Сокращенная информация по медицинскому применению препарата Лазолван® сироп 15 мг/5 мл

Показания: острые и хронические заболевания дыхательных путей с выделением вязкой мокроты: острый и хронический бронхит, пневмония, хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиальная астма с затруднением отхождения мокроты, бронхоэктатическая болезнь. **Способ применения и дозировка:** внутрь, взрослым и детям старше 12 лет по 10 мл 3 раза/сут; детям от 6 до 12 лет – по 5 мл 2-3 раза/сут; детям от 2 до 6 лет – по 2,5 мл 2 раза/сут. Можно применять независимо от приема пищи. В случае сохранения симптомов в течение 4-5 дней от начала приема рекомендуется обратиться к врачу. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к амброксолу или другим компонентам препарата, беременность (I триместр), период лактации, пациенты с редкой наследственной непереносимостью фруктозы. **С осторожностью:** II-III триместр беременности, почечная и/или печеночная недостаточность. **Особые указания:** не следует комбинировать с противокашлевыми средствами, затрудняющими выведение мокроты. Имеются единичные сообщения о тяжелых поражениях кожи (синдром Стивенса-Джонсона, токсичный эпидермальный некролиз), совпавшие по времени с назначением отхаркивающих препаратов, таких как амброксола гидрохлорид. **Побочное действие:** со стороны желудочно-кишечного тракта, кожи и подложных тканей, иммунной и нервной системы (включая частые (1,0-10,0 %) – тошнота, снижение чувствительности в полости рта или глотке, дисгевзия; редко (до 0,1 %) – анафилактические реакции (включая анафилактический шок), ангионевротический отек). С полным списком побочных эффектов, возникающих нечасто, редко и с неизвестной частотой, ознакомьтесь в официальной инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата. **Перед назначением ознакомьтесь с официальной инструкцией по медицинскому применению лекарственного препарата. Информация для специалистов здравоохранения.**

1. Инструкция по медицинскому применению Лазолван®: сироп 15 мг/5 мл рег. ном. П N014992/03

АНО «Научное общество «МИКРОБИОТА», Россия

141306, г.Сергиев Посад-6 МО, ул. Октябрьская, 19-3
телефон (496) 547-53-00, 547-05-00
электронная почта: microbiota2012@mail.ru
www.disbak.ru



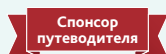
НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО
МИКРОБИОТА

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

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

ООО «Новартис Фарма»

125315, г.Москва, Ленинградский пр-т, д. 72, корп. 3
телефон: +7 (495) 967-12-70



«Новартис Фарма» — мировой лидер в разработке инновационных рецептурных лекарственных препаратов. Основные направления деятельности компании: кардиология, офтальмология, эндокринология, ревматология, дерматология, онкология, неврология, трансплантология, иммунология и область респираторных заболеваний.

«Новартис Фарма» имеет мощный портфель из порядка 50 эффективных инновационных препаратов с действующими патентами, а также молекул в развитии. В 2016 году компания инвестировала более 7 млрд долларов США (22% общего объема продаж) в программу научных исследований и разработок. В 2015 году в Санкт-Петербурге было завершено строительство фармацевтического завода «Новартис Нева». Завод спроектирован и построен в соответствии с международным стандартом надлежащей производственной практики GMP (Good Manufacturing Practice), а также с международными и национальными требованиями к производству, контролю качества и хранению лекарственных средств.

692608/NOV/A4/02.17/0

простуда без призраков
осложнений*



Бронхо-Мунал[®] 2
активирует **2** вида
иммунитета^{1,2}



* Бронхо-Мунал[®] применяется в составе комплексной терапии острых инфекций дыхательных путей. Бронхо-Мунал[®] увеличивает сопротивляемость организма к инфекциям дыхательной системы, сокращает их продолжительность и уменьшает потребность в применении других лекарственных препаратов, в особенности антибиотиков. 1. Шмидт Р.Ф. ред. 2005, том 2, 640 стр. 440-2; 2. 2 вида иммунитета - врожденный и приобретенный. Бронхо-Мунал[®] стимулирует большинство лейкоцитов, тем самым активирует врожденный иммунитет. Активация приобретенного иммунитета проявляется в увеличении выработки поликлональных антител (см. инструкцию по медицинскому применению препарата Бронхо-Мунал[®] или Бронхо-Мунал[®] П).

ТОРГОВОЕ НАИМЕНОВАНИЕ: Бронхо-Мунал[®] П и Бронхо-Мунал[®]. МЕЖДУНАРОДНОЕ НЕПАТЕНТОВАННОЕ НАЗВАНИЕ: лизаты бактерий. ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА - капсулы 3,5 мг и 7 мг. ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ: Бронхо-Мунал[®] П применяется у детей от 6 месяцев до 12 лет и Бронхо-Мунал[®] — у детей старше 12 лет и взрослых в составе комплексной терапии острых инфекций дыхательных путей; для профилактики рецидивирующих инфекций дыхательных путей и обострений хронического бронхита. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: повышенная чувствительность к компонентам препарата; беременность; период грудного вскармливания; детский возраст до 6 мес (для препарата Бронхо-Мунал[®] П) и детский возраст до 12 лет (для препарата Бронхо-Мунал[®]); детям от 6 месяцев до 12 лет рекомендуется прием препарата Бронхо-Мунал[®] П капсулы 3,5 мг). СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ: препарат принимают по 1 капсуле в день утром натощак, за 30 минут до еды. Детям до 3 лет или в случае, если пациенту трудно проглотить капсулу, ее следует открыть, содержимое смешать с небольшим количеством жидкости (чай, молоко или сок). Для профилактики рецидивирующих инфекций дыхательных путей и обострений хронического бронхита препарат применяют тремя курсами по 10 дней, интервал между курсами 20 дней. В составе комплексной терапии острых инфекций дыхательных путей препарат применяют до исчезновения симптомов, но не менее 10 дней. При проведении антибиотикотерапии Бронхо-Мунал[®] П и Бронхо-Мунал[®] следует принимать в сочетании с антибиотиками с начала лечения. Последующие 2 месяца возможно профилактическое применение препарата: курсами по 10 дней, интервал между курсами 20 дней. ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ: Бронхо-Мунал[®] П и Бронхо-Мунал[®] обычно хорошо переносятся. Большинство побочных реакций отнесены к общей категории со средней или умеренно-тяжелой степенью проявления. Наиболее частыми проявлениями побочного действия являются расстройство желудочно-кишечного тракта, кожные реакции и нарушения со стороны органов дыхания: диарея, боль в животе; кашель; сыпь. ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ: во избежание передозировки детям от 6 месяцев до 12 лет не следует применять Бронхо-Мунал[®] капсулы 7 мг, предназначенный для взрослых. В случае сохраняющихся желудочно-кишечных расстройств, кожных реакций, нарушений со стороны органов дыхания или других симптомов непереносимости препарата необходимо отменить препарат и обратиться к врачу.

SANDOZ A Novartis
Division

ЗАО «Сандоз», 125315, Москва, Ленинградский проспект, д. 72, корп. 3. Тел. +7 (495) 660-75-09. www.sandoz.ru

RU170259725

Материал предназначен для медицинских (фармацевтических) работников. Перед назначением препарата, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией.

РЕКЛАМА

Рег. уд.: П № 11632/01, П № 11633/01

ООО «Ново Нордиск»

Спонсор

121614, Москва, ул. Крылатская, д. 15, офис 41

телефон.: +7 (495) 956-11-32

факс: +7 (495) 956-50-13

электронная почта: russia_info@novonordisk.com

www.novonordisk.ru • www.novonordisk.com



Ново Нордиск — глобальная фармацевтическая компания с более чем 90-летним опытом инноваций и лидерства в области лечения сахарного диабета. Это наследие расширяет наши возможности в области лечения других серьезных хронических заболеваний: гемофилии, нарушений роста и ожирения. Штаб-квартира Ново Нордиск расположена в Дании, более 41 400 сотрудников трудятся в 77 филиалах компании, а продукция поставляется в более чем 165 стран. Акции компании Ново Нордиск типа «Б» котируются на фондовой бирже NASDAQ OMX Копенгаген (Novo-B). Американские депозитарные расписки (АДР) обращаются на Нью-Йоркской фондовой бирже (NVO). Более подробная информация доступна на novonordisk.ru, novonordisk.com, Facebook, Twitter, LinkedIn, YouTube Завод Ново Нордиск в России

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

Нутриция Эдванс, Россия

Ведущий спонсор

143421, Россия, Московская обл., Красногорский район,

26 км автодороги «Балтия» Бизнес-центр «Riga Land», стр. 1

телефон: + 7 (495) 228-33-88

факс: + 7 (495) 228-32-09

www.nutricia-medical.ru



Nutricia Advanced Medical Nutrition – одна из крупнейших в мире компаний-производителей зондового и перорального специализированного питания для детей и взрослых с различными заболеваниями.

Компания создает специализированные продукты питания с доказанной эффективностью исключительно на основе данных международных клинических исследований и исследований в собственных R&D центрах (в г. Вагенинген, Нидерланды, в г. Ливерпуль, Великобритания и 2 R&D центра в США и Сингапуре) для диетотерапии людей с особыми медицинскими потребностями, такими как:

- Недостаточность питания на фоне заболевания (онкология, инсульт, критические состояния и другие заболевания)
- Аллергия к белкам коровьего молока
- Задержка физического развития у детей
- Наследственные болезни обмена



Колики, запоры
и незначительные
срыгивания¹

Значительные
срыгивания

Пищевари-
тельный
дискомфорт

Диарея
(лактазная
недостаточность)

Пищевая
неперено-
симость



**Nutrilon®
КОМФОРТ**



**Nutrilon®
АНТИРЕФЛЮКС**



**Nutrilon®
КИСЛОМОЛОЧНЫЙ**



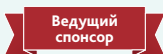
**Nutrilon®
БЕЗЛАКТОЗНЫЙ**



**Nutrilon®
ПЕПТИ ГАСТРО**

Эффективное решение проблем пищеварения

НУТРИЦИЯ/NUTRICIA



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

NUTRICIA

Компания Nutricia, один из признанных лидеров производства продуктов детского питания, была основана в 1896 году в голландском городке Зотермеер. Сейчас продукция компании представлена более чем в 100 странах мира, а ее широкий ассортимент учитывает потребности всех нуждающихся в детском и специализированном питании. В 2007 году Nutricia вошла в состав подразделения детского питания Danone (Danone Nutricia Early Life Nutrition). Компания Nutricia уверена, что грудное молоко является лучшим питанием для младенцев. Nutricia постоянно проводит исследования грудного молока и создает инновационные продукты на базе крупнейших научно-исследовательских центров Nutricia Research в Нидерландах и Сингапуре. Nutricia соблюдает Международный свод правил сбыта заменителей грудного молока, принятый Всемирной организацией здравоохранения в 1981 году для безопасного и правильного питания младенцев. В России Nutricia начала работать в 1994 году, а в 1995 приобрела завод по производству детского питания в г. Истра (Московская область) и полностью его модернизировала. Сегодня компания представляет на российском рынке широкую линейку продуктов питания для детей раннего возраста, основные из которых – молочные смеси Nutrilon, молочные смеси и каши «Малютка». А также Нутриция производит специализированные продукты питания для детей с особыми потребностями в том числе смеси для детей с аллергией Nutrilon Пепти Аллергия, Nutrilon Пепти Гастро, Nutrilon Аминокислоты. Для детей с различными симптомами пищеварительного дискомфорта – Nutrilon Комфорт, Атирефлюкс, Безлактозный, Кисломолочный, для недоношенных – Nutrilon Пре0 и Пре1.

ООО «ПАРИ синергия в медицине»

117418, г. Москва, Новочеремушкинская, д. 49, а/я 16
телефон: +7 (495) 981-88-60
факс: +7 (495) 981-88-60
электронная почта: sales@parinebuliser.ru
www.parinebuliser.ru



«ПАРИ синергия в медицине» – российский филиал разработчика и производителя ингаляционного оборудования PARI GmbH, ФРГ. Смыслом и целью нашей работы является стремление помочь людям, страдающим заболеваниями дыхательных путей, и всем тем, кто заботится о таких пациентах. PARI GmbH, известный по всему миру разработчик и производитель ингаляционного оборудования в 2016 году отметил 110 лет со дня основания компании.

Современная линия продуктов предназначена для решения разных терапевтических задач при ингаляционной терапии заболеваний респираторного тракта. Ингаляторы компрессорного типа оснащены различными распылителями для доставки медикаментов в разные отделы дыхательных путей при лечении ларингитов, бронхитов, бронхиальной астмы, муковисцидоза. С прибором ПАРИ синус возможна пульсирующая подача аэрозоля в придаточные пазухи носа для безболезненного лечения воспаления придаточных пазух носа. Электронно-сетчатый небулайзер VELOX позволяет провести целенаправленную доставку медикамента в мелкие бронхи за короткое время с минимальными потерями аэрозоля в окружающую среду. Приборы предназначены для всех возрастных групп пациентов включая новорожденных.

АО «ПАРТНЕР»

105082, Москва, Центросоюзный переулок, дом 11

телефон: +7 (495) 925-51-09

факс: +7 (495) 765-52-40

электронная почта: mail@partner.com.ru

www.partner.com.ru



Акционерное общество «ПАРТНЕР» – крупнейший в России производитель иммунобиологических препаратов – пробиотиков.

Компанией АО «Партнер» разработаны, производятся и внедрены в медицинскую практику лекарственные препараты-пробиотики четвертого поколения (Пробифор, Флорин форте, Бифидумбактерин форте) для лечения взрослых и детей с первого дня жизни (в т.ч. недоношенных) и целевые препараты с пробиотическим комплексом (Гепафор, Стомафлор) по эффективности и безопасности качественно превосходящие импортные препараты. Доказана возможность применения препаратов АО «Партнер» не только для коррекции нормофлоры, но и в отличие от обычных пробиотиков – для восстановления биоценоза кишечника. Именно это обеспечивает эффективность их применения для лечения таких заболеваний, как мононуклеоз, острые кишечные инфекции (в т.ч. сальмонеллез и шигеллез), ротавирусы и др., что особенно важно на фоне прогрессирующей устойчивости к антибиотикам.

Вся деятельность предприятия направлена на сохранение и улучшение здоровья населения России и отмечена многочисленными медалями и дипломами.

ООО «Рош Диабетес Кеа Рус»

115114, г.Москва, Летниковская ул., д. 2 стр. 2, БЦ «Вивальди Плаза»

телефон: +7 (495) 229-69-95

факс: +7 (495) 229-62-64

www.accu-check.ru

Спонсор



Компания ООО «Рош Диабетес Кеа Рус» – импортер продукции Акку-Чек и уполномоченный представитель производителя изделий Акку-Чек в России. Бренд Акку-Чек включает в себя полный спектр средств самоконтроля для людей с сахарным диабетом: последнее поколение глюкометров, тест-полоски, устройства для прокалывания кожи, ланцеты, программное обеспечение для анализа данных, а также инсулиновые помпы и инфузионные наборы. Стратегия Акку-Чек, направленная на развитие персонализированной медицины, позволяет разрабатывать продукты, учитывающие индивидуальные потребности различных групп пациентов: детей, подростков, взрослых. 40-летний опыт работы в области создания систем для измерения уровня глюкозы крови и контроля диабета помогает Акку-Чек создавать инновационные и современные глюкометры и инсулиновые помпы, которые значительно улучшают качество жизни пациентов с диабетом.

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

ООО «Русский Доктор»

123298, г. Москва ул. Маршала Бирюзова 1 корп. 1 А

телефон: +7 (495) 212-07-07

электронная почта: shop@russiandoc.ru

www.russiandoc.ru



ООО «Русский Доктор» является официальным эксклюзивным (единственным) представителем большинства лучших мировых брендов медицинской одежды на всей территории Российской Федерации, Белоруссии, Казахстана и Армении! На протяжении нескольких лет компания радует своих покупателей богатым выбором медицинской одежды, обуви, инструментов, защитных очков и иных современных и высококачественных аксессуаров.

Русский Доктор развивает собственную линейку медицинских халатов и жакетов Russian Doctor, а также ювелирные украшения с медицинской тематикой. Ежегодно среди наших брендов появляются новинки, которые отличаются высочайшим качеством и непревзойденным дизайном.

Наша миссия: все самое лучшее – в одном месте!

ЗАО «Сандоз»

Генеральный спонсор

125315, г. Москва, Ленинградский пр-т, д. 72, стр. 3
телефон: +7 (495) 660-75-09
факс: +7 (495) 660-75-10
электронная почта: sandoz.russia@sandoz.com
www.sandoz.ru



Компания «Сандоз», подразделение группы компаний «Новартис», является мировым лидером в области воспроизведенных лекарственных средств и биоаналогов, а также постоянно стремится к повышению уровня доступности высококачественной медицинской помощи для пациентов. Компания «Сандоз» располагает портфелем лекарственных средств, состоящим из более чем 1100 химических соединений, с объемом продаж в 9,2 млрд долларов США в 2015 г. Штаб-квартира компании находится в г. Хольцкирхен, Германия.

Санофи

Генеральный спонсор

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



Санофи[1] – один из глобальных лидеров в области здравоохранения, деятельность которого направлена на удовлетворение потребностей пациентов во всём мире. Компания представлена в 100 странах на пяти континентах, в ней работают около 110 000 сотрудников в мире. Миссия Санофи – охрана здоровья, продление жизни и удовлетворение потребности в качественных лекарственных препаратах 7 миллиардов человек по всему миру.

Деятельность Санофи направлена на решение широкого спектра задач от профилактики заболеваний до их лечения. Санофи преобразует научные инновации в конкретные решения в сфере здравоохранения, способствуя таким образом улучшению качества жизни пациентов по всему миру.

Санофи присутствует в России[2] с 1970 г. и предлагает пациентам обширный портфель оригинальных лекарственных средств, дженериков и безрецептурных препаратов в ключевых терапевтических областях (сахарный диабет, онкология, сердечно-сосудистые заболевания, заболевания центральной нервной системы, внутренние болезни, гинекология/ урология, тромбозы, редкие заболевания и рассеянный склероз), а также человеческие вакцины. В Санофи в России работает более 2 000 сотрудников. Компания является лидером российского фармацевтического рынка[3].

[1] Дополнительная информация о компании – на сайте www.sanofi.com

[2] Дополнительная информация о компании – на сайте www.sanofi.ru

[3] IMS, 2015 г. Источник: Санофи

ООО «Такеда Фармасьютикалс»

Спонсор

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



Takeda Pharmaceutical Company Limited – международная фармацевтическая компания с фокусом на передовые научные разработки. Takeda стремится заботиться о здоровье пациентов при помощи новейших достижений в области науки и создавать лекарственные препараты, спасающие людям жизнь. Компания фокусируется на разработке и производстве инновационных лекарственных средств для лечения онкологических заболеваний, заболеваний в области гастроэнтерологии, центральной нервной системы, сердечно-сосудистой системы и заболеваний, связанных с нарушением обмена веществ, а также на производстве вакцин. Takeda ведет научно-исследовательские разработки как самостоятельно, так и совместно с научным и бизнес сообществом для сохранения своего высокого места среди лидеров инноваций в отрасли. Активное присутствие на развивающихся рынках и инновационные продукты онкологического и гастроэнтерологического портфеля являются основными драйверами роста компании. Более 30 000 сотрудников Takeda работают для улучшения качества жизни пациентов, взаимодействуя со специалистами здравоохранения в более 70 странах мира.

Амоксициклaв®

амоксициллин + клавулановая кислота

Ключ к вашим пациентам



- Широкий спектр действия и 100%-ная активность против основных возбудителей респираторных инфекций¹⁻⁸
- Высокая точность дозирования и удобство приема благодаря дозирующей пипетке⁹
- 20-летний опыт применения – более 6 000 000* пациентов ежегодно^{10, 11}

НОВАЯ СУСПЕНЗИЯ АМОКСИКЛАВ® 457 мг (7:1)



Реклама.

RU1608517089

Per. № П N012124/01, П N012124/03.

Краткая инструкция по медицинскому применению препарата Амоксициклaв® ТОВАРНОЕ НАИМЕНОВАНИЕ: Амоксициклaв®, МЕЖДУНАРОДНОЕ НЕПАТЕНТОВАННОЕ НАЗВАНИЕ: амоксициллин + клавулановая кислота. ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА: порошок для приготовления суспензии для приема внутрь. ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ: инфекционно-воспалительные заболевания, вызванные чувствительными к амоксициллину + клавулановой кислоте микроорганизмами: инфекции верхних дыхательных путей и ЛОР-органов (острый и хронический синусит, острый и хронический средний отит, заглоточный абсцесс, тонзиллит, фарингит); инфекции нижних дыхательных путей (острый бронхит с бактериальной суперинфекцией, хронический бронхит, пневмония); инфекции мочевыводящих путей (например, цистит, уретрит, пиелонефрит); инфекции в гинекологии; инфекции кожи и мягких тканей, включая укусы животных и человека; инфекции костной и соединительной тканей; инфекции желчных путей (холецистит, холангит); одонтогенные инфекции. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: повышенная чувствительность к любому из компонентов препарата; повышенная чувствительность в анамнезе к пенициллинам, цефалоспорином и другим β-лактамам антибиотиками; наличие в анамнезе указаний на холестатическую желтуху и/или нарушение функции печени, вызванное приемом амоксициллина/клавулановой кислоты; инфекционный мононуклеоз; лимфолейкоз. СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ: внутрь. Режим дозирования устанавливается индивидуально в зависимости от возраста, массы тела, функции почек пациента и степени тяжести инфекции. Суточная доза суспензий 125 мг + 31,25 мг/5 мл и 250 мг + 62,5 мг/5 мл. Новорожденные и дети до 3-х месяцев: 30 мг/кг (по амоксициллину) в сутки, разделенные на 2 приема (каждые 12 ч). Дети старше 3-х месяцев: от 20 мг/кг при инфекциях легкой и средней тяжести течения до 40 мг/кг при тяжелой течения инфекции и инфекции нижних дыхательных путей, среднем отите, синусите (по амоксициллину) в сутки, разделенные на 3 приема (каждые 8 ч). Суточная доза суспензии 400 мг + 57 мг/5 мл: доза рассчитывается на кг массы тела в зависимости от тяжести течения инфекции. От 25 мг/кг при инфекциях легкой и средней тяжести течения до 45 мг/кг при тяжелой течения инфекции и инфекции нижних дыхательных путей, среднем отите, синусите (в пересчете на амоксициллин) в сутки, разделенные на 2 приема. У пациентов с нарушением функции почек дозу следует корректировать, исходя из максимальной рекомендуемой дозы амоксициллина. Максимальная суточная доза амоксициллина составляет для взрослых 6 г, для детей – 45 мг/кг. Максимальная суточная доза клавулановой кислоты (в форме калиевой соли) составляет для взрослых – 600 мг, для детей – 10 мг/кг массы тела. Курс лечения составляет 5–14 дней. Продолжительность курса лечения определяется лечащим врачом. Лечение не должно продолжаться более 14 дней без пересмотра клинической ситуации. ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ: потеря аппетита, тошнота, рвота, диарея, кандидоз кожи и слизистых оболочек. ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ: при беременности и в период лактации препарат применяют только в том случае, если предполагаемая польза для матери превышает потенциальный риск для плода и ребенка. Амоксициллин и клавулановая кислота в небольших количествах проникают в грудное молоко, поэтому прием препарата в период грудного вскармливания должен быть продолжен только при наличии четких показаний. Перед началом лечения необходимо опросить пациента для выявления в анамнезе реакций гиперчувствительности на пенициллины, цефалоспорины или другие β-лактамы антибиотиков. У пациентов, имеющих повышенную чувствительность к пенициллинам, возможны перекрестные аллергические реакции с цефалоспориновыми антибиотиками. При курсовом лечении необходимо проводить контроль за состоянием функции органов кроветворения, печени, почек. У пациентов с тяжелыми нарушениями функции почек требуется адекватная коррекция дозы или увеличение интервалов между приемами дозы. С целью снижения риска развития побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта следует принимать препарат во время еды. С ОСТОРОЖНОСТЬЮ: при псевдомембранозном колите в анамнезе, заболеваниях желудочно-кишечного тракта, печеночной недостаточности, тяжелых нарушениях функции почек, беременности, в период лактации, при одновременном применении с антикоагулянтами.

Литература: 1. Сочетание S. pneumoniae и H. influenzae (в 50–80 % случаев, причина инфекционных респираторных заболеваний) – Заплатников А.Л., Корид Н.В., Гирина А.А., Неиман И.В. // Принципы антибактериальной терапии внебольничных инфекций респираторного тракта у детей. Вопросы современной педиатрии. – Вып. № 2. – Т. 11. – 2012. 2. Мизерницкий Ю.Л. и др. Современные подходы к терапии острых бронхитов у детей. 10/2008. 3. Козлов Р.С. и соавт. По результатам исследования штаммов S. pneumoniae: резистентных штаммов 0 % условно-резистентных 0,4 % // Клин. микробиол. антимикроб. химиотер. – 2010. – Т. 12. – № 4. – С. 329–341. 4. Согласно данным проспективного многоцентрового микробиологического исследования PeTAS-III (2006–2009 гг., 9 медицинских центров в 8 городах), включавшего 691 штамм H. influenzae, была показана активность амоксициллина/клавуланата в отношении 100 % штаммов H. influenzae – Сивая О.В. и соавт. Антибиотикорезистентность Haemophilus influenzae в России: результаты многоцентрового проспективного исследования PeTAS // Клин. микробиол. антимикроб. химиотер. – 2014. – Т. 16. – № 1. – С. 57–69. 5. M. catarrhalis – активность не менее 99 % – Jacobs M.R., Felmington D., Appelbaum P.C., et al. The Alexander Project 1998–2000: susceptibility of pathogens isolated from community-acquired respiratory tract infection to commonly used antimicrobial agents. J Antimicrob Chemother 2003; 52 (2): 229–46. 6. S. pneumoniae (в 20–40 % случаев, причина инфекционных респираторных заболеваний), H. influenzae (в 10–20 % случаев, причина инфекционных респираторных заболеваний) – Яковлев С.В. Внебольничные инфекции нижних дыхательных путей: выбор оптимального антибактериального препарата // Рус. мед. журн. – 2003. – Т. 11. – № 18. – С. 12–14. 7. M. catarrhalis (в 10 % случаев, причина инфекционных респираторных заболеваний) – Murphy T.F., Brauer A.L., Grant B.J., Sethi S. Moraxella catarrhalis in chronic obstructive pulmonary disease: burden of disease and immune response. Am J Respir Crit Care Med. 2005; 172 (2): 195–9. 8. Зайцев А.А., Синдальников А.И. Защищенные ампициллины: эпоха ренессанса β-лактамов // РМЖ (болезни дыхательных путей. Антибиотики). – 2007. – Т. 15. – № 7. – С. 572. 9. Инструкция по медицинскому применению препарата Амоксициклaв®. 10. На основании даты получения регистрационного одобрения препарата Амоксициклaв® на территории Российской Федерации П-8-242 № 003495 от 09.11.1993. 11. Согласно внутренним данным продаж компании «Сандоз».

* По данным «Ай Эм Эс Россия», за период с 2013 по 2015 годы ежегодно было продано свыше 6 млн упаковок препарата Амоксициклaв®. 1 упаковка рассчитана на средний курс лечения препаратом Амоксициклaв®.

МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ (ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ) РАБОТНИКОВ.

ЗАО «Сандоз», 125315, Москва, Ленинградский проспект, д. 72, корп. 3;
тел.: +7 (495) 660-75-09; www.sandoz.ru

SANDOZ A Novartis
Division

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ПРЕПАРАТА, ПОЖАЛУЙСТА,
ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ.

ЗАО «Фармадис»

119435, г. Москва, Саввинская наб., д. 11
телефон: +7 (495) 660-54-76
электронная почта: info@pharmadis.ru
www.pharmadis.ru

Специальный
спонсор



ЗАО «Фармадис» – один из лидеров на рынке поставщиков профессионального медицинского оборудования. Широкая сфера деятельности позволяет заказать качественную медицинскую технику от ведущих мировых производителей с дальнейшим квалифицированным монтажом, гарантийным и постгарантийным обслуживанием и ремонтом.

Накопленный опыт в общении с докторами многих клиник позволяет нам применить его на благо любого специалиста и удовлетворить потребности любого клиента, исходя из бюджета медицинского учреждения. Наша команда разработала специализированную систему, позволяющую поставлять любое количество требуемой техники по выгодным ценам и в максимально короткие сроки. Также мы предлагаем комплексные решения по полному техническому оснащению медицинских учреждений, санаториев и других лечебно-оздоровительных центров. Помимо этого, мы осуществляем оптовую и розничную торговлю фармацевтическими товарами и ортопедическими изделиями.

Компания «Фармадис» принимает активное участие в международных выставках, наши сотрудники регулярно проходят обучение в центрах повышения квалификации и имеют возможность изучать оборудование в ведущих клиниках Москвы и Европы. Вся поставляемая нами медицинская техника отвечает высоким стандартам качества и сертифицирована в ЕС и СНГ.

Фармстандарт

Спонсор

141701, Московская область, г. Долгопрудный, Лихачевский проезд, дом 5Б
телефон: +7 (495) 970-00-30/32
www.pharmstd.ru



ПАО «Фармстандарт» — лидирующая фармацевтическая компания в России, занимающаяся разработкой и производством современных, качественных, доступных лекарственных препаратов, удовлетворяющих требованиям здравоохранения и ожиданиям пациентов. Группа компаний «Фармстандарт» выпускает более 250 наименований лекарственных средств, включая препараты для лечения сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, дефицита гормона роста, гастроэнтерологических, неврологических, инфекционных заболеваний, нарушений обмена веществ, онкологических и других заболеваний. Более 120 препаратов входят в «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов». Производственные мощности обеспечивают 8 современных заводов по производству лекарственных средств.

ВИФЕРОН®

Бережная защита от вирусов



Лечение и профилактика широкого спектра вирусных и вирусно-бактериальных инфекций (ОРИ, в том числе грипп, герпесвирусные и урогенитальные инфекции, вирусные гепатиты В, С и D).

- ✓ Разрешен детям, начиная с первого дня жизни и будущим мамам – с 14 недели беременности
- ✓ Сочетается с другими противовирусными и антибактериальными препаратами
- ✓ Оригинальная формула ВИФЕРОН®, сочетающая интерферон α -2b и антиоксиданты, обеспечивает высокую противовирусную активность препарата

реклама



P N000017/01*

P N001142/02

P N001142/01

для медицинских работников и фармацевтов



**Блокирует
размножение
вируса**



**Защищает
здоровые клетки
от заражения**



**Восстанавливает
баланс иммунной
системы**

комплексный противовирусный иммуномодулирующий препарат

* ВИФЕРОН® Мазь – детям с 1 года

Ⓢ ВИФЕРОН® Суппозитории, Гель



ферон

(499) 193 30 60

viferon.su

ООО «ФЕРОН»

125424, Москва, Волоколамское шоссе, д. 73
Производство: 123098, Москва, ул. Гамалеи, д. 18, корп. А
телефон/факс: +7 (499) 350 93 03
электронная почта: info@viferon.su
www.viferon.su

Ведущий
спонсор



ООО «ФЕРОН» — российская фармацевтическая компания полного цикла, осуществляет разработку, производство и продвижение противовирусного иммуномодулирующего препарата ВИФЕРОН® (суппозитории ректальные, мазь и гель). ВИФЕРОН 20 лет применяется при широком спектре инфекционно-воспалительных заболеваний у детей, в том числе новорожденных и недоношенных, взрослых, в том числе беременных женщин. Эффективность и безопасность применения препарата доказана в многочисленных клинических исследованиях, проведенных в ведущих клиниках России и СНГ по правилам GCP.

ВИФЕРОН представлен в России и в 11 странах ближнего зарубежья.

Продукция соответствует международному стандарту качества GMP.

Сегодня ВИФЕРОН®:

- занимает 1-е место по назначениям педиатров (по данным Prindex, весна 2016);
- входит в ТОП-5 по назначениям среди акушеров-гинекологов (по данным Prindex, весна 2016);
- входит в ТОП-3 торговых марок с наибольшими объемами продаж в России в натуральном выражении в группе иммуномодулирующих и противовирусных препаратов (категории L03, J05 по данным IMS Health, июль 2016).

ООО «ФРИСЛАНДКАМПИНА РУ»

Почтовый адрес: 123317, Москва, Пресненская набережная, 10, блок Б
телефон: +7 (495) 933-36-46
факс: +7 (495) 933-36-47
www.friso.com.ru

Ведущий
спонсор



Friso – бренд голландской компании FrieslandCampina, одной из крупнейших молочных компаний в мире с опытом более 130 лет. Компания имеет свое контролируемое производство высококачественных молочных ингредиентов. Производство детских смесей Friso осуществляется на одном предприятии в г. Бейлен с использованием однофазового процесса производства с щадящей температурной обработкой для сохранения нативных свойств белка.

В ассортименте Friso – смеси для здоровых детей; Frisolac Gold1, Friso Gold 2,3,4, Frisolac1,2, Friso 3 Junior, Friso HA1,2; Специальные формулы: Frisovom 1,2, Frisosoy, Frisolac Gold Pep, Frisolac Gold Pep AC.

ООО «Шайер Биотех Рус»

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



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

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



Детские смеси Friso – надежный партнер врача

**Высокое качество белка, который хорошо расщепляется
и усваивается, обеспечивает хорошую переносимость смесей Friso**

Сбалансированное питание
для здоровых детей с рождения
и последующих возрастных
периодов



Эффективная
коррекция функциональных
нарушений желудочно-кишечного
тракта

Полный спектр
смесей – гидролизатов
для профилактики и лечения
пищевой аллергии



Важное замечание.

Лучшим питанием для ребенка является грудное молоко! Всемирная Организация Здравоохранения* рекомендует кормить малыша исключительно грудным молоком в первые 6 месяцев жизни и поддерживать грудное вскармливание в дальнейшем. Компания ФРИСЛАНДКАМПИНА, РУ полностью поддерживает эти рекомендации. Необходимо информировать беременных женщин и роениц о преимуществах грудного вскармливания, способах повышения и поддержания лактации, обратить их внимание на то, что при подготовке к грудному вскармливанию, а также в период кормления грудью, маме нужно употреблять здоровую и сбалансированную пищу. Следует предупредить мам о том, что необоснованный переход на частичное питание смесью из бутылочки может негативно повлиять на грудное вскармливание, так как обратный переход к кормлению малыша грудью будет затруднен. При полном переходе на искусственное вскармливание необходимо информировать маму о финансовых последствиях такого решения; если ребенок полностью находится на искусственном вскармливании, то в неделю для его кормления потребуется более 1 упаковки (400 г) смеси. Если принято решение об искусственном вскармливании, необходимо проконсультировать женщину о методах правильного приготовления смеси (с использованием инструкции, указанной на упаковке продукта). *См «Международный свод правил по сбыту заменителей грудного молока», Всемирная организация Здравоохранения, Женева, 1981 г. • Информация только для медицинских работников. Товар сертифицирован. Реклама.



Горячая линия Friso: 8-800-333-25-08



www.friso.com.ru



AbbVie — глобальная научно-исследовательская биофармацевтическая компания, приверженная разработке инновационной терапии для лечения некоторых из самых сложных заболеваний в мире. Миссия компании — использовать экспертизу, опыт преданных делу сотрудников и уникальный подход к инновациям для развития и вывода на рынок передовых методов лечения, в первую очередь, в области иммунологии, онкологии, вирусологии и неврологии. Сотрудники компании AbbVie ежедневно работают в 75 странах мира для совершенствования решений для здравоохранения. За дополнительной информацией о компании обращайтесь по адресу www.abbvie.com, следите за новостями @abbvie в Twitter, Facebook или LinkedIn.

ООО «Эбботт Лэбораториз»



125171, г. Москва, Ленинградское шоссе,
д. 16а, строение 1, Бизнес Центр Метрополис

телефон: +7 (495) 258-42-80

факс: +7 (495) 258-42-81

www.abbott.com

www.abbott-russia.ru



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

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

Abbott работает в России с конца 1970-х годов, предлагая российским пациентам и потребителям надежную и высококачественную продукцию для сохранения и укрепления здоровья. В 2014 году в состав Abbott вошла компания «Верофарм» — один из ведущих российских производителей фармацевтической продукции. В российском филиале компании Abbott трудятся более 3 500 сотрудников (включая «Верофарм») в отделах по исследованиям и разработкам, производству, логистике, продажам, маркетингу. Помимо производственных предприятий, расположенных в Воронеже, Белгороде и Покрове, компания Abbott имеет офисы в Москве, Санкт-Петербурге, Краснодаре, Екатеринбурге, Самаре и Новосибирске.

Компания «ЭЛТА»

124460, г. Москва, Зеленоград, Конструктора Гуськова, д. 3, стр. 4.

телефон: +7 (499) 995-25-47

электронная почта : mail@eltald.ru

www.eltald.ru



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

Экспертные решения в области детского питания

Премиальные смеси



0–6 мес.



6–12 мес.



С 12 мес.



С 18 мес.

Классические смеси



0–6 мес.



6–12 мес.



С 12 мес.



С 18 мес.

Белково-энергетическое питание

PediaSure Малоежка

ПедиаШур



от 1 года до 10 лет

Специальные смеси

НеоШур

Гипоаллергенный

Изомил

Комфорт

Антирефлюкс

Низколактозный

Alimentum

Особая Забота
Протеин Плюс



С 0 мес.

Для недоношенных
и маловесных
малышей



С 0 мес.

6–12 мес.

Для уменьшения
риска аллергии



С 0 мес.

При аллергии
к белку коровьего
молока



С 0 мес.

6–12 мес.

Для уменьшения
колик и запоров



С 0 мес.

Для уменьшения
количества
срыгиваний



С 0 мес.

При непереносимости
лактозы



С 0 мес.

При тяжелой
аллергии

*Все продукты детского питания Эбботт не содержат ГМО,
пальмового масла, консервантов, красителей и глютена*

Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников.
ВАЖНО: грудное молоко – лучшее питание для ребенка, его необходимо
сохранять как можно дольше.

ООО «Эбботт Лэбораториз»
125171, Москва, Ленинградское ш., д. 16а, стр. 1.
Тел.: +7 495-258-42-80, факс: +7 495-258-42-81
www.abbott-russia.ru

Бесплатная горячая линия:
8-800-100-54-45
www.similac.ru
www.maloezhka.ru

 **Abbott**

«Видаль Рус»

107078 Москва, Красноворотский пр-д 3, стр.1
телефон: 7 (499) 975-1253
электронная почта: vidal@vidal.ru
www.vidal.ru/



Справочник VIDAL признан во всем мире авторитетным источником информации для специалистов в области здравоохранения. VIDAL имеет вековую историю. Выпуск первой книги состоялся во Франции в 1914 году. В России VIDAL представлен компанией «Видаль Рус», входящей в состав международной VIDAL GROUP. Мы работаем также в Беларуси и Казахстане.

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

Мы также активно развиваем digital-сервисы:

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

Газета «Детский доктор»

117420, г. Москва, ул. Профсоюзная, 57
телефон: 7 (495) 786-25-57
электронная почта: reklama@bionika-media.ru
www.bionika-media.ru/detskii-doktor.html

ДЕТСКИЙ ДОКТОР

«Детский доктор» является официальной газетой Морозовской детской городской клинической больницы – одной из лучших детских клиник страны, и выходит при поддержке Департамента здравоохранения г.Москвы. Основная аудитория — это врачи-педиатры и врачи других специальностей, задействованные в оказании медицинской помощи детям.

В газете поднимаются наиболее важные вопросы, волнующие специалистов педиатров. На страницах «Детского доктора» будут обсуждаться все актуальные в современной педиатрической практике проблемы коморбидности, сочетанной патологии, всего того, что можно объединить словосочетанием «трудный диагноз» в педиатрии. Главный редактор газеты — И.Е. Колтунов, главный врач ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница», главный внештатный специалист-педиатр Департамента здравоохранения г.Москвы, доктор медицинских наук, профессор.

«Детский доктор» будет выходить тиражом 15 000 экземпляров, с периодичностью 4 раза в год. Распространение — федеральное, бесплатное для врачей педиатров г. Москвы, сотрудников ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница», а также на всех профильных конференциях.

Журнал «Акушерство и Гинекология»

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

АКУШЕРСТВО ГИНЕКОЛОГИЯ

Журнал «Акушерство и Гинекология» – научно-практический тематический рецензируемый журнал, входит в перечень изданий ВАК. Представлен на основных мероприятиях в мире медицины. Читательская аудитория – акушеры-гинекологи, заведующие женскими консультациями, педиатры и врачи смежных специализаций.

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

Тираж – 5 000 экз. Издается с 1922 года.

Журнал «Фарматека»

117420, г. Москва, ул. Профсоюзная, д. 57

телефон: +7 (495) 786-25-57

факс: +7 (495) 334-22-55

электронная почта: reklama@bionika-media.ru

www.pharmateca.ru

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

Журнал «Фарматека» – это:

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

Тираж 25 350 экз. Сертифицирован Национальной тиражной службой.

Периодичность – 20 номеров в год.

Объем от 80 полос.

Агентство Медицинской Информации «МЕДФОРУМ»

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

телефон: +7 (495) 234-07-34

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

podpiska@medforum-agency.ru

www.webmed.ru



В Издательском доме «МЕДФОРУМ» выходят 17 медицинских журналов.

Серия для практикующих врачей «Эффективная фармакотерапия» по различным медицинским специальностям:

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

Журнал «Вестник семейной медицины»,

Журнал для провизоров и фармацевтов «Аптечный бизнес».

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

Газета «Участковый педиатр»

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



Газета «Участковый педиатр» рассчитана на педиатров поликлиник.

Особенности издания:

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

Газета «Московские аптеки»

109456, г. Москва, ул. Яснополянская, д. 3, корп. 1
телефон: +7 (499) 170-93-20
факс: +7 (499) 170-93-20
электронная почта: info@mosapteki.ru
www.mosapteki.ru



«Московские аптеки» — газета для профессионалов фармацевтического бизнеса. Выходит с 1995 года.

В каждом номере:

- Актуальные темы отрасли;
- Мнение экспертов фармбизнеса;
- Мониторинг и рейтинги фармрынка;
- Обзор аптечного ассортимента;
- Бизнес-тренинги и консультации для руководителей и работников аптек.

Журнал «Альманах клинической медицины», Россия

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



«Альманах клинической медицины» освещает вопросы развития актуальных научных направлений диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний, создания и внедрения в практическую медицину новых технологий, приборов и фармпрепаратов, а также проблемы организации здравоохранения. Публикации журнала отражают перспективные разработки современной медицинской науки более чем по 45 направлениям. Журнал публикует статьи по всем аспектам клинической медицины: результаты оригинальных, специальных, фундаментальных исследований с клинической значимостью; обзорные статьи по актуальным проблемам медицины; описания клинических наблюдений; клинические рекомендации.

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

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

Журнал «Педиатрия»

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

педиатрия

Журнал «Педиатрия» рассчитан на врачей с высоким уровнем профессиональной подготовки, склонных к постоянному усовершенствованию. Характерна высокая степень повторного обращения в течение нескольких лет.

Журнал «Практика педиатра»

www.medi.ru

ПРАКТИКА
педиатра

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

Издательство «Ремедиум»

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



РЕМЕДИУМ
ГРУППА КОМПАНИЙ

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

Кто есть Кто в медицине, Федеральный отраслевой журнал

107023, г. Москва, пл. Журавлёва, д. 10, стр. 1
телефон: 7 (499) 704-04-24
электронная почта: journal@kto-kto.ru
www.kto-kto.ru

КТО ЕСТЬ КТО
В МЕДИЦИНЕ

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

Медицинское Издательство «ДИНАСТИЯ»

Москва, Каширское шоссе, д. 21

телефон: 7 (495) 660 60 04

электронная почта: red@mm-agency.ru; podpiska@mm-agency.ru

www.phdynasty.ru



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

Издательство выпускает научно-практические журналы:

- «Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии»
- «Вопросы практической педиатрии»
- «Вопросы детской диетологии»
- «Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии»
- «Вопросы диетологии»
- «Инфекционные болезни»
- Журналы Издательства «Династия» включены в ВАК, «Scopus», Ulrich`sPeriodicalsDirectory, РИНЦ.

ООО «Медицинское Маркетинговое Агентство «МедиаМедика»

Россия, 115054, г. Москва, Жуков проезд, дом 19

телефон: +7 (495) 926-29-83

электронная почта: media@con-med.ru

www.con-med.ru



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

Интернет-портал РЛС RLSNET.RU, Россия

www.rlsnet.ru/



RLSNET.RU – главная энциклопедия лекарств и товаров аптечного ассортимента российского интернета.

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

Клуб практикующих врачей iVrach.com

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



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

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

Медицинский портал Medego.ru

телефон: +7 (495) 979-72-17
электронная почта: info@medego.ru
www.medego.ru



МЕДИЦИНСКИЙ
ПОРТАЛ

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

Медицинский портал NogoStop.ru

электронная почта: info@nogostop.ru
www.nogostop.ru/

Медицинский портал, посвященный информации касательно болезней ног и методов их лечения: бедра, колени, стопы, связки, суставы и не только. Большое количество дополнительных сервисов поможет решить ваши проблемы: поиск врача и запись онлайн, дополнительная литература и товары.

Портал AptekaMos.ru

телефон: 8 (495) 775-79-57
электронная почта: office@aptekaMos.ru
www.aptekaMos.ru



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

Сервисы для врачей и населения:

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

Сервисы для аптек и фармкомпаний:

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

Общероссийская социальная сеть «Врачи РФ»

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

телефон: +7 (495) 258-97-03

электронная почта: info@vrachirf.ru

www.vrachirf.ru



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

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

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

телефон: 8-495-650-61-50

электронная почта: vrvn.koordinator@gmail.com

www.vrachivmeste.ru



Представляем Вам профессиональную социальную сеть, образовательный портал для врачей «Врачи Вместе» Vrachivmeste.ru

Создание обучающего видео-контента – дистанционного обучения, прямых трансляций конференций, симпозиумов, круглых столов, видео-лекций врачей – ведущих специалистов, ученых и практиков – наша основная цель. Редакцией портала для ее участников на сегодняшний день подготовлено более 1000 эксклюзивных обучающих видео для врачей разных специальностей. На сайте регулярно проходят трансляции в режиме онлайн с возможностью задать вопросы лекторам. Здесь врачи могут получать важную и актуальную информацию: узнавать о предстоящих медицинских конференциях и форумах, просматривать вакансии, делиться профессиональным опытом, высказывать свое мнение, общаться с коллегами, смотреть видео материалы, участвовать в трансляциях.

Сейчас портал Vrachivmeste.ru объединяет 66 тыс. специалистов и располагает к обмену новостями, клиническими случаями, созданию своих тематических групп, поиску коллег.

Узнайте больше о «Врачи Вместе».

Medsovet.info

197342, Санкт-Петербург, ул. Сердобольская, д. 64, корп. 1, литер. А, офис 521

телефон: +7(812) 380-71-88

электронная почта: kontakt@medsovet.info

www.medsovet.info/



Medsovet.info – федеральный медицинский информационный интернет-портал с ежемесячной посещаемостью более 2 000 000 человек. Посетители приходят для поиска информации по разделам:

- Врачей
- Пациентов
- Медицинских учреждений
- Лекарств и МНН
- Medsovet.info предоставляет:
 - Полную базу по лекарственным препаратам с возможностью поиска по МНН
 - Форум для врачей и пациентов
 - Календарь медицинских мероприятий по всей РФ
 - Сервис онлайн-обучения для врачей
 - Медицинские статьи и новости, и многое другое.

Значение исследования аутоантител в дифференциальной диагностике различных типов сахарного диабета у детей в России

Бабинская С.А., Кураева Т.Л., Сечко Е.А.,
Иванова О.Н., Петеркова В.А.

Эндокринологический научный центр, Москва

Предпосылки и цель. Целью данного исследования было изучение и сравнение различных антител в качестве аутоиммунного маркера сахарного диабета 1 типа среди детей в России, а также оценка их диагностической значимости в верификации СД 1 типа.

Методы. В исследование были включены 49 детей с СД1 в возрасте от 1 до 16 лет, медиана возраста составила 8 лет. 22 из них были проанализированы при длительности диабета менее года, 18 человек – в течение от 1 до 3 лет с момента постановки диагноза и 9 человек – по прошествии от 3 до 5 лет с момента установления диагноза. Средний стаж заболевания составил 1 год. Данные об антителах к островковым клеткам (ICA), глутаматдекарбоксилазе (GADA) были собраны и проанализированы с помощью иммуноферментных наборов Isletest-ICA, GADA фирмы Biomerica, к тирозинфосфатазе (IA-2A) с использованием наборов Medizym, производитель Medipan MGBH. Количественное определение АТ к ZnT8A проведено методом твердофазного иммуноферментного анализа, набор Medizym anti Zn T8, производитель Medipan. Антитела к инсулину (IAA) не вошли в анализ, поскольку большинство пациентов получали заместительную инсулинотерапию и могли сформировать иммунный ответ к данным препаратам. Контрольную группу составили 11 детей с неиммунными формами сахарного диабета, из них 1 пациент с СД 2 типа, 9 пациентов с генетически подтвержденным диагнозом СД типа MODY и 1 пациент с неонатальным диабетом.

Результаты. В целом, «иммуноположительными» оказались 43 человека из 49 (87,8%). Из них 38 человек (77,6%) имели высокий титр АТ к ZnT8A, остальные маркеры (АТ к GADA, IA-2A, ICA) определялись у 31 человека (63,3%). АТ к ZnT8A были обнаружены в том числе у 12 пациентов (24,5%), ранее классифицированных как «иммунонегативные» на основе отсутствия других маркеров, что увеличило общую верификацию СД1 с 63,3 до 87,8%. При манифестации заболевания, АТ к ZnT8A были выявлены у 19 человек из 22 (86,4%), IA-2A у 16 (72,7%), что значительно выше, чем положительный результат по GADA (22,7%) и ICA (13,6%). При этом АТ к ZnT8A и IA-2A имели более высокий титр: от 132 до 500 и более для ZnT8A и от 78 до 400 и более для IA-2A. Высокий титр антител сохранялся в течение 1-3 лет после манифестации и даже в более длительной перспективе, однако процент «иммунонегативных» пациентов имел тенденцию к увеличению: из группы в 9 человек со стажем более 3 лет, только пятеро оказались положительными по одному из маркеров: ZnT8A и IA-2A. При любом стаже заболевания, большинство положительных по GADA и ICA пациенты имели также положительный результат как по IA-2A, так и по ZnT8A. Исключение составили 2 пациента, отрицательных по IA-2A и GADA, но положительный по АТ к ZnT8A и ICA при стаже заболевания 2-2,5 года. В то же время, ни один из исследуемых не имел высокого титра АТ к GADA и ICA при отсутствии АТ к ZnT8A и IA-2A. В контрольной группе у двоих пациентов из 9 (22%) определялся низкий положительный титр GADA, еще двое детей имели один из маркеров аутоиммунного процесса в низком титре: ICA у девочки с диагнозом СД 2 типа и IA-2 у мальчика с MODY-диабетом.

Заключение. Это исследование подтверждает метод выявления антител в качестве как дополнительного, так и независимого диагностического маркера СД1. Наибольшую ценность на этапе манифестации и в первые 3 года после диагностики СД1 показали антитела к ZnT8A и IA-2A, что позволяет считать их более перспективными в отношении верификации СД1 типа у детей. Выявление АТ к ICA и GADA в контрольной группе, а также их низкие титры у детей с СД 1 типа, указывает на недостоверность данных показателей в качестве диагностического критерия при верификации типа диабета у детей. На основании полученных данных можно рекомендовать использование антител к ZnT8A и IA-2A в рутинном диагностическом алгоритме, чтобы заменить менее чувствительные методы и улучшить аутоиммунную выявляемость сахарного диабета 1 типа.

Распространенность и характер жалоб на нарушение пищеварения у детей с синдромом Дауна

Бавыкина И.А., Звягин А.А., Бавыкин Д.В., Панина О.А.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Воронеж

Актуальность. Достоверно установлено, что среди лиц с синдромом Дауна (СД) чаще, чем в популяции в целом, встречаются заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). В 2016 г. Costa Gomes R с соавторами выявили наличие симптомов поражения ЖКТ более чем у половины детей с СД, при этом у 13% выявлены гистологические признаки целиакии.

Цель исследования. Изучить структуру симптоматики нарушений пищеварения у детей с СД; Задачи: оценить наличие жалоб со стороны ЖКТ у детей с синдромом Дауна; выявить основные направления нарушений пищеварения.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие родители 24 детей с диагнозом синдром Дауна. Среди родителей проведено анкетирование по специально разработанной анкете, вопросы которой касались наличия жалоб со стороны ЖКТ у их ребенка.

Полученные результаты. Более половины пациентов, принявших участие в исследовании, (54,2%, n=13) имеют хотя бы 1 жалобу на расстройство со стороны ЖКТ. В частности, 66,7% детей (n=16) не имеют жалоб на болевую симптоматику в верхней части живота. Редко отмечают возникновение боли 20,8% пациентов (n=5), часто испытывают болезненность 8,3% исследуемых (n=2) и жалобы на постоянные боли в верхней части живота ни один ребенок не предъявляет, а 4,2% опрошенных родителей (n=1) затрудняются с ответом на данный вопрос, что связано с возрастом ребенка. Больше чем у половины пациентов (54,2%, n=13) нет жалоб на боли в нижней части живота. Изредка испытывают болезненность в данной области 29,2% детей (n=7), частые жалобы возникают у 12,4% исследуемых (n=3), постоянные боли в нижней части живота не беспокоят никого из детей и также 4,2% (n=1) опрошенных родителей затрудняются с ответом. Изредка предъявляют жалобы на нарушение стула по типу запора 29,2% исследуемых (n=7), часто отмечается запор у 37,5% детей (n=9) и у 8,3 % пациентов (n=2) постоянно присутствует подобное изменения стула. Не имеют расстройств стула по типу запора четверть детей (25%, n=6), а треть пациентов не предъявляют жалоб на диарею (33,3%, n=8). У половины детей диарея встречается редко (50%, n=12), а 16,7% исследуемых (n=4) часто беспокоит расстройство стула по типу диареи. У 16,7% пациентов (n=4) не отмечается вздутия живота, около половины детей

(45,8%, n=11) редко имеют данный симптом. О частом наличии вздутия живота у своего ребенка сообщили 29,2% опрошенных родителей (n=7) и 8,3% детей (n=2) имеют вздутие живота постоянно. Половина исследуемых не имеют жалоб на рвоту (50%, n=12). Редкая рвота беспокоит 37,5% пациентов (n=9), а частую рвоту имеют 8,3% детей (n=2). У 4,2% (n=1) детей, по словам родителей, отмечается постоянная рвота. Треть пациентов (33,3%, n=8) не предъявляют жалоб на отрыжку, а более половины детей (54,2%, n=13) редко отмечают у себя данное состояние, частая отрыжка встречается у 12,5% пациентов (n=3). Большинство детей (66,6%, n=16) тошнота не беспокоит. Редко испытывают чувство тошноты 12,5% исследуемых (n=3), 16,7% пациентов (n=4) часто тошнит и 4,2% родителей (n=1) затрудняются ответить на этот вопрос. Подавляющее большинство родителей (79%, n=19) утверждают, что у их детей отсутствует чувство изжоги. Редко отмечает чувство изжоги 8,4% пациентов (n=2), а 4,2% детей (n=1) испытывают ее постоянно и 8,4% (n=2) опрошенных родителей затрудняются дать ответ в связи с возрастом ребенка. Иных жалоб со стороны ЖКТ не имеют подавляющее большинство 91,6% детей (n=22), а 8,4% пациентов (n=2) беспокоят жалобы на запах из ротовой полости и частые срыгивания у ребенка 2 лет.

Выводы. 1. Более половины пациентов, принявших участие в исследовании, (54,2%, n=13) имеют хотя бы 1 жалобу на расстройства со стороны ЖКТ. 2. Первое место в структуре жалоб со стороны нарушения пищеварения у детей с синдромом Дауна занимает вздутие живота (83,3%) и расстройство стула по типу запора (75%). Исследование выполнено при финансовой поддержке гранта Президента РФ для молодых российских ученых – кандидатов наук № МК-114.2017.7.

Сложности включения безглютеновой диеты в комплексную терапию аутизма у детей

Бавыкина И.А., Звягин А.А., Бавыкин Д.В., Перцева М.В.
Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Воронеж

Актуальность. Безглютеновую диету (БГД) все чаще включают в комплексную терапию расстройств аутистического спектра (РАС). Активно изучаются механизмы, которые лежат в основе иммунных реакций в центральной нервной системе при РАС. Существуют гипотезы предполагающие наличие в патогенезе РАС чувствительности к глютену. Однако данные ученых относительно рациональности включения БГД в комплексную терапию аутизма разнятся. Так Navarro F. с соавторами в 2015 г. выяснили, что при включении БГД в терапию РАС, проницаемость кишечника и поведенческие изменения минимальны и клинического значения не имеют. В противовес данному ученому Ghalichi F. с соавторами в 2016 г. установил достоверное снижение поведенческих расстройств у пациентов с аутизмом после включения в терапию БГД.

Цель исследования: изучить сложности включения БГД в терапию аутизма у детей.

Задачи работы: оценить уровень осведомленности родителей детей с аутизмом о БГД, как способе терапии РАС; установить наличие терапевтического эффекта от диетотерапии; выявить основные сложности в соблюдении БГД.

Материалы и методы: анкетирование проведено среди 50 родителей детей с диагнозом РАС. Вопросы анкеты касались информированности родителей о диетотерапии и практических аспектов применения БГД в комплексной терапии аутизма. Полученные результаты: подавляющее большинство – 92% (n=46) родителей осведомлены, о БГД, как о способе терапии аутизма. Но на практике соблюдали диету только 24% детей (n=12). При этом все родители отмечают улучшение клинического состояния ребенка после начала соблю-

дения БГД. Это проявляется улучшением психоневрологического статуса (дети стали четче соблюдать инструкции при обучении, проявлять больший интерес к сверстникам, улучшился сон, повысилась концентрация внимания). Также отмечается восстановление нарушений пищеварения: появился регулярный оформленный стул. Эффект от БГД отмечается в течение 2-6 месяцев с момента введения. Несмотря на это только 25% (n=3) продолжают соблюдать БГД длительно, остальные прервали ее по таким причинам, как, в первую очередь, противоречивая информация об эффективности БГД, дополнительная психологическая нагрузка на ребенка и других членов семьи, ограниченная доступность и высокая стоимость безглютеновых продуктов.

Выводы. 1. Практически все родители детей с аутизмом (92%) знают о безглютеновой диете, как о способе терапии аутизма. 2. Все родители, которые включали БГД в терапию, отмечают эффективность в течение первых 2-6 месяцев от начала введения. 3. Среди сложностей соблюдения БГД на первый план выходят сомнения родителей о необходимости включению диеты в терапию из-за противоречивых литературных данных. 4. Аспекты включения безглютеновой диеты в терапевтические протоколы расстройств аутистического спектра требуют дальнейшего изучения, уточнения и индивидуализации. Исследование выполнено при финансовой поддержке гранта Президента РФ для молодых российских ученых – кандидатов наук № МК-114.2017.7.

Клинический случай эффективности безглютеновой диеты в составе комплексной терапии расстройства аутистического спектра

Бавыкина И.А., Звягин А.А., Бавыкин Д.В., Петрова И.В.
Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Центр реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями «Парус надежды», Воронеж

Актуальность. Существуют прямо противоположные точки зрения на включение безглютеновой диеты (БГД) в терапевтический комплекс при лечении расстройств аутистического спектра (РАС) у детей. Безглютеновая и безказеиновая диеты не включены в международные протоколы терапевтического сопровождения пациентов с РАС, тем не менее, существуют исследования, подтверждающие эффективность этих диет в коррекции симптомов расстройств желудочно-кишечного тракта и поведенческих показателей у пациентов с аутизмом.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность включения БГД в комплексную терапию РАС. Артём Н. 7 л.4 мес. Диагноз аутизм установлен в возрасте 2,5 лет. Акушерский, наследственный анамнез без особенностей. К лекарственным препаратам, назначенным детским психиатром, родители самостоятельно добавили БГД. После чего в течение 2 недель стала отмечаться положительная динамика: мальчик начал проявлять интерес к окружающему и стал более контактным с родственниками, улучшился сон. По совету гастроэнтеролога в связи «с отсутствием убедительных данных о наличии целиакии» БГД прервана через год. Через 1-2 месяца, со слов мамы, стало отмечаться прогрессивное ухудшение состояния. Мальчик крайне избирательно питался, перестал понимать обращенную к нему речь. В связи с ухудшением общего состояния в возрасте 5 лет мальчик вновь стал соблюдать БГД. Через 6 месяцев родители вновь отметили положительный результат от повторного применения БГД. На сегодняшний день ребенок около 2 лет посещает секцию хоккея, родители отмечают хорошую память, ходит в детский сад, посещает подготовку в 1 класс общеобразовательной школы. Описанный клинический случай демонстрирует важное значение индивидуального подхода к назначению БГД детям с аутизмом и необходимость проведения обследования перед её

началом для подтверждения наличия или исключения различных форм непереносимости глютена. Исследование выполнено при финансовой поддержке гранта Президента РФ для молодых российских ученых – кандидатов наук № МК-114.2017.7.

Лазерное и медикаментозное лечение начального швартообразования при ретинопатии недоношенных

Балашова Л.М., Новодережкин В.В., Аронскинд М.С.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Морозовская детская гордовская клиническая больница, Международный научно-практический Центр пролиферации тканей, Москва

Целью исследования является разработка способа предотвращения прогрессирования ретинопатии недоношенных (РН) и развития тракционной отслойки сетчатки у детей с ретинопатией I-III зоны и задней агрессивной ретинопатией, расширение показаний к применению способа при степенях III+, IV a-b, V с открытым профилем отслойки сетчатки.

Материал и методы. Способ профилактики и лечения ретинопатии недоношенных включает проведение витреошвартомиии импульсным ИАГ-лазером на длине волны 1,064 мкм бесконтактно при помощи линзы в 60 дптр или с помощью 3-зеркальной линзы Гольдмана с рассечением шварты перпендикулярно направлению натяжения шварты на участке ее минимальной толщины и васкуляризации на периферии или в центральных отделах. Операцию проводят чаще всего под наркозом. Глазное яблоко поворачивают с помощью пинцета (склерального или роговичного). Отличие от существующих аналогов в том, что витреошвартомию проводят лазерными импульсами с энергией 5-15 мДж с количеством импульсов 5-30, а со следующего дня после вмешательства назначают эмоксипин 1% раствор по 1 капле 5 раз в день, затем, начиная с 3-5 дня после вмешательства, проводят сочетанные инстилляциии гемазы, разведенной в растворе эмоксипина в концентрации 5000 ЕД гемазы на 1,0 мл 1% раствора эмоксипина, по 1 капле 3-5 раз в день в течение не менее двух недель, и дополнительно форсированные сочетанные инстилляциии – утром через каждые 5 минут в течение часа первые 10 дней. Синергизм при применении этих двух препаратов (инстилляциии гемазы, разведенной в растворе эмоксипина) проявляется в сокращении сроков лечения и улучшении зрительных функций при определении реакций ребенка на световые и цветовые стимулы. Технический результат изобретения – расширение показаний к применению при степенях ретинопатии III+, IV a-b, V с открытым профилем отслойки сетчатки I-III зоны и задней агрессивной ретинопатии. Эффект наблюдают после 5-30 импульсов. Во всех случаях удалось достигнуть уменьшения натяжения сетчатки. Заключение. При РН применение лазерного и медикаментозного лечения приводит к купированию тракционных воздействий на сетчатку в начальных стадиях заболевания.

Вакцинация и другие факторы, воздействующие на результаты туберкулинодиагностики

Виноградова А.Г., Крутикова Н.Ю.

Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск

Введение. В 2017 г. исполняется 96 лет вакцине БЦЖ, многочисленные исследования за привитыми и непривитыми детьми показали, что БЦЖ снижает смертность, заболеваемость, первичное инфицирование и предотвращает развитие прогрессирующих

форм туберкулеза. Механизм защиты связан с ограничением гематогенного распространения возбудителя туберкулеза и снижением риска прогрессирования заболевания. Введение вакцины вызывает аллергическую перестройку организма с положительным реагированием на туберкулин, которым проводится проба Манту. Существуют некоторые трудности в интерпретации результатов туберкулинодиагностики в странах, которые проводят вакцинацию. На первом году жизни положительная проба, как правило, говорит об эффективности проведенной вакцинации, а снижение размеров в последующие годы, свидетельствует об угасании вакцинального эффекта. Участковый педиатр, осуществляет планирование сроков проведения туберкулинодиагностики, которую выполняют по достижении ребенком возраста 12 месяцев, в одно и то время года (лучше осенью), и является одним из первых специалистов, которому необходимо интерпретировать полученный результат.

Цель. Провести оценку вакцинации против туберкулеза в соотношении с проведенной туберкулинодиагностикой.

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ данных пациентов без активной формы туберкулеза на базе ОГБУЗ СПКД, детское отделение с использованием амбулаторной карты противотуберкулезного диспансера. В итоговое исследование было включено 263 ребенка, с наличием вакцинации против туберкулеза и регулярными результатами ежегодной туберкулинодиагностики. Особое внимание уделялось данным физического развития ребенка, оценке поствакцинального кожного знака, динамике чувствительности к туберкулину, результатам диаскинтеста, социальному статусу и составу семьи, полноте проведения химиопрофилактики.

Результаты. Выполнено исследование пациентов в возрасте 6 лет, проживающих на территории города Смоленска. В исследовании доля мальчиков составила 47,9%. Пребывание в неполной семье было отмечено у 10 детей (3,8%). При первичном обращении дефицит массы выявлен у 12 детей (4,6%). Всем детям была проведена вакцинация в родильном доме против туберкулеза БЦЖ – 235 детей (89,4%), БЦЖ-М – 28 детей (10,6% случаев). По размерам поствакцинального знака у 126 детей (47,9% случаев) вакцинация оценена как эффективная. Связь между диаметром вакцинального рубчика и папулы по пробе Манту с 2 ТЕ не была установлена ($p > 0,05$). Определялась прямая корреляционная связь между размерами поствакцинального знака и продолжительностью поствакцинальной аллергии ($r = 0,460$, $p < 0,05$). С удлинением поствакцинального периода процент детей положительно реагирующих на туберкулин уменьшался ($p < 0,05$) через 1 год – 74,9%, в 3 года – 69,5%, а через 6 лет – 49%. Анализ интенсивности положительных результатов пробы Манту показал, что средняя величина в 1 год составила $8,7 \pm 0,53$ мм, в 4 года – $9,1 \pm 0,56$ мм, в 6 лет – $10,8 \pm 0,67$ мм. Количество детей с сомнительной пробой за все годы существенно не изменялось (через 1 год – 15,6%, в 3 года – 12,9%, в 6 лет – 12,5%). Процент детей с отрицательной пробой Манту имел возрастающую динамику в первые три года, затем количество детей значительно уменьшалось ($p < 0,05$) (1 год – 9,5%, 3 года – 15,9%, 6 лет – 4,1%). Отмечалась возрастающая динамика частоты гиперергических проб: в первые 2 года пробы с размером более 17 мм не определялись, в 3 года – 1,7%, в 6 лет – 24,4%. В весенний период появление виража было выше ($p < 0,01$) и определялось у 79 детей (около 36% всех случаев). Полный курс назначенной химиопрофилактики получили 80 детей (40%), самостоятельно прекратили курс 45 пациентов (20,4%), первоначально отказались от применения лекарственных препаратов 95 пациентов (43,1%).

Выводы. Приоритетную роль в вопросах сдерживания туберкулеза занимает своевременная, качественно проведенная вакцинация. Регулярная туберкулинодиагностика позволяет сформировать группу риска, которая нуждается в консультации специалистов

фтизиатров. Выявленное снижение положительных проб в ежегодной динамике согласуется с данными литературы. Цикличность туберкулинодиагностики обеспечивает достоверные результаты, сведя к минимуму воздействие окружающих факторов. Необходимость постоянной санитарно-просветительской деятельности среди населения, в нашем исследовании подтверждена высоким процентом первоначальных отказов от химиопрофилактики и необоснованным самостоятельным прерыванием курса.

Осложнения беременности как фактор риска развития патологии у плода и новорожденного

Вязова Л.И.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Состояние здоровья беременной женщины является одним из факторов, оказывающим влияние на течение перинатального периода плода и определяющим в дальнейшем здоровье новорожденного ребенка.

Цель и задачи исследования. Проанализировать осложнения беременности у матерей новорожденных детей, имеющих перинатальную патологию.

Материалы и методы. Был произведен анализ анамнестических данных 88 рожениц. Доношенных новорожденных родили 56 женщины (1-я группа), недоношенных – 32 роженицы (2-я группа). Женщины были в возрасте от 17 до 42 лет. У каждой второй роженицы настоящая беременность была повторной. Среди матерей 2-й группы было больше тех, деятельность которых включала тяжелый физический труд (21,5% против 13,2%). Из факторов социально-биологического риска были отмечены следующие: наступление беременности вне брака – у 23 (26,1%), позднее взятие на учет – у 18 (20,5%), отсутствие врачебного наблюдения во время беременности – у 5 (5,7%) женщин. У всех женщин отмечались различные хронические заболевания, зачастую обострявшие течение настоящей беременности. Большинство женщин (54 человека) имели отягощенный гинекологический анамнез. Осложненный акушерский анамнез (бесплодие, выкидыши, аборт, внематочная беременность) имели 49 женщин, из которых у каждой второй (57,1%) предыдущие беременности закончились искусственным прерыванием. Чаще всего (70,5% случаев) беременность осложнялась генитальной патологией, особенно у женщин, родивших недоношенных детей. У каждой третьей беременной (36,4%) выявлялась патология органов дыхания, а среди матерей 2-й группы это осложнение было у 21 женщины (65,6%). На стационарном лечении по поводу угрозы прерывания беременности находилось 52 женщины (59,1%), из них 16 человек (30,8%) два и более раз. У 12 беременных (13,6%) была выявлена анемия. Гестоз чаще отмечался у женщин из 2-й группы. Заболевания желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и эндокринной систем осложняли беременность с одинаковой частотой. Роды протекали с осложнениями у 72 (81,8%) женщин. Плановое кесарево сечение выполнено в 9 случаях (10,2%), а по экстренным показаниям – 12 роженицам. Все вышеперечисленное обусловило тяжесть состояния детей при рождении, особенно недоношенных младенцев, что потребовало их перевод на второй этап выхаживания в специализированные отделения.

Выводы. 1. Наиболее частыми осложнениями беременности, приводящими к развитию патологии у плода и новорожденного, были угроза прерывания, болезни генитальной сферы, патология органов дыхания. 2. Тяжелый физический труд на производстве. 3. Эмоциональный стресс женщины во время беременности вследствие семейной неустойчивости способствуют повышению риска развития перинатальной патологии у новорожденного ребенка.

Особенности микробной колонизации кишечника у новорожденных детей на современном этапе

Вязова Л.И., Шенец С.Г., Башлакова А.Н.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Одним из основных звеньев адаптации новорожденного в раннем неонатальном периоде является становление микробиоценоза кишечника, защищающего организм ребенка от вредных воздействий окружающей среды.

Цель и задачи исследования. Выявить особенности становления кишечного микробиоценоза у новорожденных детей.

Материалы и методы. Проведено комплексное клинико-микробиологическое обследование 36 новорожденных детей (в 1-е и 6-7-е сутки после рождения). Все дети родились в срок от здоровых женщин через естественные родовые пути. Беременность протекала без осложнений. Дети были приложены к груди матери в первые сутки жизни. Оценка по шкале Апгар была в пределах 7-9 баллов, вес при рождении составлял от 2980 до 3760 граммов. Все младенцы находились на совместном пребывании в палате с матерью. 8 детей (22%) получали дополнительно со 2-3-х суток после рождения адаптированную молочную смесь (1/3-1/2 суточного объема питания) из-за недостаточной лактации у матери. Ранний неонатальный период у новорожденных клинически протекал без особенностей. Исследование состава кишечной микрофлоры проводили классическим бактериологическим способом. У 7 (19,4%) новорожденных меконий был стерильным в первые сутки жизни. У остальных младенцев чаще выделялись энтерококки, стафилококки, кандиды (в 72,4%, 55,2%, 31,0% случаев соответственно). У каждого третьего ребенка (33,3%) высевались нормальные представители микрофлоры (бифидобактерии и лактобациллы) в концентрации 10¹-10³ КОЕ/г. Кишечные палочки с нормальной ферментативной активностью выделялись в единичных случаях, что свидетельствовало о заселении кишечника микрофлорой. При повторном исследовании только у 10 новорожденных (27,8%), находящихся на естественном вскармливании, полностью был сформирован аэробный компонент кишечной микрофлоры, анаэробные бактерии не достигли «защитных» уровней. У каждого второго младенца (58,3%) высевался *S.aureus*, *E.coli* гемолитическая обнаруживалась в каждом третьем (27,8%) исследовании. В 11,1% случаев выделялся *Proteus*.

Выводы. Выявлены нарушения в формировании анаэробного звена кишечного микробиоценоза, что диктует необходимость профилактической коррекции пробиотиками, особенно при смешанном или искусственном вскармливании новорожденного ребенка.

Этиологические факторы облитерирующего бронхолита с организуемой пневмонией у детей

Гитинов Ш.А., Овсянников Д.Ю., Беляшова М.А., Турина И.Е., Бондаренко Н.А., Фролов П.А., Колтунов И.Е.

Российский университет дружбы народов, Морозовская детская городская клиническая больница, Детская городская клиническая больница №9 им. Г.Н. Сперанского, Москва

Облитерирующий бронхолит с организуемой пневмонией (ОБОП, синоним: криптогенная организуемая пневмония) – заболевание, характеризующееся клинически симптомами подострого или хронического поражения дыхательных путей, патоморфологически – наличием грануляционной ткани в просветах бронхил, альвеолярных ходах и альвеолах, ассоциированный с инфильтрацией интерстиция и воздушного пространства мононуклеарными клетками и пенстыми макрофагами. Морфологической основой ОБОП является продуктивное воспаление с повреждением эпи-

теля, разрастанием в респираторных бронхиолах и альвеолах грануляционной, а затем соединительной ткани, образованием телец Массона. Последние представляют собой микроскопические соединительнотканые узелки, которые выступают в просвет легочных альвеол в виде полипов, покрытых альвеолярным эпителием. ОБОП может сформироваться в исходе любого вида пневмонии, когда симптомы и рентгенологические изменения сохраняются, несмотря на первоначальное улучшение. К этиологическим факторам ОБОП относят не только инфекции, но и лекарственные препараты, диффузные заболевания соединительной ткани, трансплантацию органов, иммунодефициты и другие заболевания. ОБОП относится к группе интерстициальных заболеваний легких, не специфичных для младенцев.

Цель – установить этиологические причины развития ОБОП у детей. Материалы и методы. Анализ историй болезней, клиническое наблюдение, рентгенография органов грудной клетки, компьютерная томография (КТ), потовая проба, неонатальный скрининг на муковисцидоз, реакция Манту, иммунный статус.

Результаты. Под наблюдением находились 10 детей (9 мальчиков и 1 девочка) с ОБОП, родившихся с гестационным возрастом 35-40 недель с массой тела при рождении 2240-4450 грамм, три ребенка были недоношенными с низкой массой тела. Возраст манифестации заболевания варьировал от 4 до 20 (8,8±5,8) мес. Пациенты были госпитализированы для стационарного лечения инфекций нижних дыхательных путей и/или при выявлении длительно сохраняющихся респираторных симптомов (одышка, кислородозависимость) неясной этиологии. Всем пациентам проводилась дополнительная оксигенация. Этиологическими факторами ОБОП у наблюдавшихся пациентов явились инфекции (аденовирус, цитомегаловирус, респираторно-синтициальный вирус, синегнойная палочка, пневмоциста, вирус простого герпеса 1-го и 2-го типа, вирус кори), гастроэзофагальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) у 2 пациентов, бронхо-легочная дисплазия (БЛД) у 1 ребенка. В ходе проведенного обследования у всех детей данной подгруппы были исключены туберкулез, муковисцидоз, врожденные пороки развития легких и бронхов, ВИЧ-инфекция, бронхиальная астма. На рентгенограммах органов грудной клетки обнаруживались снижение прозрачности легочной ткани, очаговые и инфильтративные изменения, усиление и деформация легочного рисунка. Девяти пациентам диагностировать ОБОП позволила проведенная КТ органов грудной клетки (части пациентам КТ была выполнена два и более раз), выявившая типичные для данного заболевания признаки – наличие двусторонних (реже – односторонних) плотных трапецевидных очагов консолидации субплевральной локализации с положительным симптомом «воздушной бронхограммы» (или без него) в сочетании с зонами «матового стекла», симптом «обратного ободка» (участок матового стекла, окруженный ободком консолидации). Выявленные изменения регрессировали на фоне проведения системной гормональной терапии одновременно с разрешением симптомов дыхательной недостаточности. При проведении эхокардиографии врожденный порок сердца отмечался у одного ребенка (дефект межпредсердной перегородки), легочная гипертензия не была диагностирована ни у одного ребенка. У одного ребенка с фатальным течением заболевания, развитием острого респираторного дистресс-синдрома, ОБОП, осложненный легочной гипертензией, был диагностирован на аутопсии. Остальные пациенты с ОБОП прослежены в катамнезе (максимальный возраст 4 года), на фоне терапии глюкокортикостероидами отмечалось купирование клинико-рентгенологической симптоматики, ни один пациент не нуждался в домашней кислородотерапии.

Выводы. Таким образом, по результатам собственных наблюдений, причиной развития ОБОП у детей могут являться не только инфекционные агенты, но и альтернативные причины, такие как ГЭРБ и БЛД.

Сложный клинико-диагностический случай муковисцидоза у подростка

Гуревич О.Е., Дудина Т.А., Сеницын П.А, Симонова О.И., Колтунов И.Е.

Российский национальный исследовательский медицинский университет, Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Актуальность: муковисцидоз (МВ) – аутосомно-рецессивное, моногенное наследственное заболевание, обусловленное мутацией гена трансмембранного регулятора МВ, проявляющееся системным дефектом функционирования экзокринных желез с развитием тяжелой патологии органов дыхания и пищеварения. Распространённость заболевания в РФ составляет 1:9000 новорожденных. Обязательный скрининг на МВ в России повсеместно проводится только с 2007 года. Клинические проявления МВ могут скрываться под маской других заболеваний, что требует особенной осторожности в отношении детей старшего школьного возраста и подростков, которым скрининг не проводился.

Цель: на клиническом примере пациента подросткового возраста с несвоевременно диагностированным муковисцидозом продемонстрировать трудности дифференциально-диагностического поиска, негативные последствия неконтролируемого течения заболевания и социальную значимость неонатального скрининга. Клинический случай: мальчик 16 лет поступил в МДГКБ с жалобами на длительный малопродуктивный кашель, затруднённое дыхание и нарастание одышки при физической нагрузке. При поступлении: отставание в физическом развитии, акроцианоз, выраженная экспираторная одышка с втяжением уступчивых мест, бочкообразная грудная клетка, «барабанные палочки», «часовые стекла», коробочный перкуторный звук на симметричных участках грудной клетки, жесткое, диффузно ослабленное дыхание, разнокалиберные хрипы с 2 сторон. Из анамнеза: родился с ЗВУР, в родильном доме вакцинирован БЦЖ (дальнейший Тв-анамнез достоверно неизвестен), с первого года жизни отмечался неустойчивый характер стула, расцененный как «дисбактериоз кишечника» с ферментопатией, и рецидивирующий обструктивный бронхит с частотой 2-3 раза в год. Мальчик наблюдался как часто болеющий и угрожаемый по бронхиальной астме (БА), однако, углубленного обследования не проводилось. Лечился самостоятельно – ингаляциями с беклазоном (без видимого эффекта). На основании полученных данных был поставлен предварительный диагноз: «бронхиальная астма, приступный период, ДН II ст.», однако, неоднозначность анамнеза и клинической картины требовали тщательного дифференциального диагноза с пневмонией, туберкулёзом лёгких и муковисцидозом. При обследовании: нейтрофильный лейкоцитоз, ускорение СОЭ; снижение сатурации, смешанный ацидоз. На серии рентгенограмм грудной клетки: нетипичная для пневмонии и БА картина, которая не позволяла исключить течение специфического процесса. На КТ легких: брохоэктазы и плевропневмофиброз с 2 сторон. Реакция Манту – гиперемия 20 мм. Диаскин-тест – отр. В первом смыве из верхних дыхательных путей – рост кислотоустойчивых микобактерий; в двух последующих смывах – отр.; анализ смывов методом ПЦР – отр. Оценка ФВД не проводилась из-за подозрения на туберкулёзный процесс. Отсутствие положительной рентгенологической динамики на фоне комбинированной а/б терапии, своеобразии самой Rg картины легких и данные КТ, а также отсутствие эффекта от бронхолитиков и ИГКС позволили исключить пневмонию и поставить под сомнение диагноз БА. При этом результаты потовой пробы – дважды положительные. В копрограмме – нейтральный жир, мышечные волокна. По данным ДНК-диагностики: генотипированы две частые мутации гена муковисцидоза CFTR – F508del и S1196X. Таким образом был подтвержден основной клинический диагноз:

«муковисцидоз, легочно-кишечная форма, среднетяжелое течение». Мальчик направлен в кабинет муковисцидоза МДГКБ, где начал получать соответствующую основному заболеванию терапию, на фоне которой в течение последующих 6 месяцев наблюдалась стойкая положительная динамика по основным показателям.

Заключение: представленный клинический случай наглядно демонстрирует сложность диагностического поиска и подбора эффективной терапии у пациента с несвоевременно диагностированным муковисцидозом, возникшую вследствие недооценки клинических проявлений заболевания и недообследования в ходе длительного наблюдения за пациентом в амбулаторных условиях. Приведенный случай ещё раз подчеркивает значимость обязательного неонатального скрининга, дающего возможность существенно улучшить качество жизни пациентов с МВ благодаря раннему началу адекватной терапии.

Иммунологические маркеры кардиоваскулярных изменений при хронической тонзиллярной инфекции

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

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

Хронический тонзиллит (ХТ) является классической моделью «очаговой инфекции». Хронический воспалительный процесс в небных миндалинах, воздействуя на организм лимфогематогенным, нервно-рефлекторным и иммуно-опосредованным путями, приводит к развитию сопряженных метатонзиллярных заболеваний. Известно около 100 метатонзиллярных заболеваний. Основными мишенями являются органы сердечно-сосудистой, костно-мышечной, мочевыделительной систем. Метатонзиллярные кардиоваскулярные осложнения возникают в условиях преимущественно стрептококковой хронической инфекции, при которой утрачивается иммунная функция небных миндалин и происходит повреждение иммунного барьера слизистой оболочки. Известно, что развитие любого процесса, протекающего с изменением интенсивности процессов апоптоза и регенерации специализированных клеток, сопровождается реакцией иммунной системы в виде изменений продукции аутоантител (аАТ) определенной специфичности. Оценка показателей аутоиммунитета может стать дополнительным маркером на этапе донологической диагностики метатонзиллярных заболеваний. Цель работы: определить информативность антикардиальных аАТ в оценке кардиоваскулярных изменений при хронической тонзиллярной инфекции.

Материалы и методы. В исследование был включен 101 ребенок (57 мальчиков и 44 девочки) в возрасте 4-17 лет с кардиоваскулярной симптоматикой в виде кардиальных жалоб и электрокардиографических (ЭКГ) изменений как с ХТ (n=77), так и без такового (n=24). Проведены клинический и биохимический (антистрептолизин-О (АСЛО), С-реактивный белок, лактатдегидрогеназа (ЛДГ), креатинфосфокиназа (КФК), МВ-КФК, тропонин I) анализы крови, ЭКГ, Холтеровское мониторирование ЭКГ, эхокардиография, определение уровня антикардиальных аАТ методом ЭЛИ-АНКОР-тест.

Результаты и обсуждение. Повышение титра АСЛО было отмечено лишь у 62,3% детей с ХТ (p=0,00). Группа детей с кардиоваскулярными изменениями и ХТ отличалась большей частотой повышения ЛДГ (42,9%) по сравнению с 16,7% у детей без ХТ (p=0,02), что отражало степень генерализации патологического процесса. Структура кардиоваскулярных изменений была статистически идентична независимо от наличия ХТ (p>0,05). ЭКГ-изменения были представлены дисфункцией синусового узла (61,3%), нарушением реполяризации в 2 и более отведениях (49%); нарушением проводимости (33,7%)

в виде синоатриальной (18,8%) и атриовентрикулярной блокады (10,9%); гетеротопными нарушениями ритма сердца (17%). Учитывая полученные данные, в ходе комплексного обследования была выделена группа из 22 детей, как с ХТ (n=14), так и без ХТ (n=8), с более выраженной кардиальной симптоматикой в виде кардиальных жалоб и ЭКГ-изменений. Этой категории пациентов проводилось определение аАТ методом ЭЛИ-АНКОР-тест, включающим оценку маркеров миокардиального повреждения и гемоваскулярных изменений. Анализ показал, что у всех 22 детей наблюдались отклонения хотя бы 1 показателя: гиперпродукция или угнетение выработки аАТ. Большая частота гиперпродукции аАТ к белку мембран цитоскелета кардиомиоцитов (СоМ-02), являющихся маркерами или индукторами повреждения кардиомиоцитов, у детей с повышенным уровнем АСЛО можно рассматривать как доклиническую стадию повреждения миокардиальных структур вследствие стрептококковой инфекции (p=0,04). Нарушение реполяризации миокарда сопровождалось повышением аАТ к белку мембран цитоскелета кардиомиоцитов СоМ-02 (p=0,03) и изменением уровня (чаще повышением) аАТ к β2-гликопротеину 1 (β2-GP1) (p=0,02), что указывало на развитие патологического процесса в кардиомиоцитах и гемоваскулярных изменений. Получены данные об угнетении выработки аАТ к плазмину/ангиостатину на фоне ХТ (p=0,04), при повышении АСЛО (p=0,04) и при нарушении реполяризации (p=0,03), что согласуется с представлением о повышенном потреблении аАТ при развитии декомпенсации патологического процесса.

Выводы. Наше исследование показало, что антикардиальные аАТ могут быть использованы в качестве дополнительных информативных маркеров оценки влияния хронической тонзиллярной инфекции на развитие метатонзиллярных кардиоваскулярных заболеваний. При этом группой риска являются дети с нарушением реполяризации и повышенным уровнем АСЛО как маркером β-гемолитической стрептококковой инфекции.

Клинический случай тромбоцитопении с отсутствием лучевой кости (thrombocytopenia with absent radius (tar-синдром)) у новорожденного

Демина И.В., Славнова О.В., Белова Е.А., Бавыкина О.В., Ельчанинова О.Е., Терентьева И.Б., Игринева Е.Н.

Воронежская областная детская клиническая больница № 1, Воронеж

Цель и задачи: проанализировать случай тромбоцитопении с отсутствием лучевых костей (TAR-синдром) у новорожденного.

Методы и материалы: изучены истории болезни больного Ч., 13.08.2012 г.р. Методы обследования: клинические, лабораторные, рентгенологические.

Результаты: ребенок родился от II беременности (I – замершая беременность), протекавшей с патологической прибавкой массы, хронической внутриутробной гипоксией плода, гипотрофией плода. Роды I, срочные путем кесарева сечения (ножное предлежание плода). Масса тела при рождении 2460 г, длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. С рождения на коже отмечались геморрагическая сыпь, петехии, экхимозы. В 1-е сутки жизни состояние ухудшилось за счет обильного срыгивания алой кровью со сгустками. Геморрагическая сыпь на коже значительно усилилась. Ребенок был переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии №5 БУЗ ВО «Воронежской областной клинической больницы №1», где находился 8 суток, получал лечение: сульфасин, этамзилат Na, викасол, преднизолон, переливание тромбоконцентрата дважды. 21.08.2012 г. поступил для продолжения лечения в отделение патологии новорожденных №2 БУЗ ВО «Воронежской областной

детской клинической больницы №1». Состояние ребенка тяжелое. Верхние конечности гипоплазированы, укорочены; контрактуры локтевых, лучезапястных суставов, гипоплазия пальцев кистей, отсутствие нескольких ногтевых пластин, деформация пальцев стоп, контрактуры коленных суставов. Кожные покровы бледно-розовые, петехии и экхимозы непостоянные на лице, груди, животе, конечностях. Подкожно-жировой слой развит слабо. Мышечный тонус дистоничен. Дыхание в легких пуэрильное, хрипов нет. Частота дыхания 40 в минуту в покое. Границы сердца не расширены. Тоны сердца звучные, ритмичные. Частота сердечных сокращений 136 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул кашицеобразный. Мочиспускание свободное. Диурез адекватный. При обследовании в общем анализе крови: Hb – 58 г/л, эритроциты – $1,82 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $25,6 \times 10^9/л$, тромбоциты – $18 \times 10^9/л$, промиелоциты – 5%, миелоциты – 3%, метамиелоциты – 1%, базофилы – 5%, нейтрофилы – 60%, эозинофилы – 20%, моноциты – 2%, лимфоциты – 18%, время свертывания – 4 минуты 50 секунд, время кровотечения – 2 минуты 30 секунд. Коагулограмма: АЧТВ – 32 с, протромбиновое время – 17 с, МНО – 1,16, фибриноген – 333 мг%, этаноловый тест – отрицательный, ТВ – 22с. Миелограмма: костный мозг обильный, полиморфный, миелоидный листок расширен (75,6%) с задержкой созревания на стадии миелоцитов (21,2%). Эритроидный росток сужен. Мегакариоциты отсутствуют в мазках и жидкой части. Отмечается гипохромия, анизоцитоз, пойкилоцитоз в эритроцитах. Специфических цитологических изменений не обнаружено. На рентгенограммах верхних и нижних конечностей отмечается полное отсутствие лучевых костей, отклонение кистей в левую сторону, укорочение локтевых костей, ограничение разгибания в коленных суставах с обеих сторон, отсутствие костно-деструктивных изменений. Ребенок проконсультирован гематологом, диагностирован TAR-синдром (тромбоцитопения с аплазией лучевых костей). Диагноз был подтвержден методом МЛРА анализа.

Выводы: практический интерес данного наблюдения обусловлен редкостью заболевания, анализом современных возможностей диагностики. Данный случай интересен тем, что своевременная диагностика и проведение необходимых исследований при этом диагнозе позволило стабилизировать состояние ребенка и определить тактику дальнейшего наблюдения и лечения.

Клинический случай гипоплазии левой коронарной артерии у ребенка двух лет

Демина И.В., Славнова О.В., Белова Е.А., Бавыкина О.В., Луканкина Л.Н., Крацова Ю.С.
Воронежская областная детская клиническая больница №1, Воронеж

Цель и задачи: проанализировать случай гипоплазии левой коронарной артерии у ребенка 2-х лет.

Методы и материалы: изучены истории болезни больного У., 02.01.2015 г.р.

Методы обследования: клинические, лабораторные, рентгенологические, функциональные (доплер эхокардиография (ДЭХО-КГ), электрокардиограмма (ЭКГ), рентгеновская компьютерная томография (РКТ) органов грудной клетки и брюшной полости в сосудистом режиме), зондирование полостей сердца.

Результаты: ребенок родился от IV беременности (I – III – замершие беременности, IV на фоне приема Метипреда, роды), протекавшей с угрозой прерывания, анемией II половины, гестозом (отеки), хронической внутриутробной гипоксией плода. Роды I, срочные, самостоятельные. Масса тела при рождении 3580 г, рост 53 см. Пренатально в 32 недели диагностирован врожденный порок сердца (стеноз аортального клапана). После рождения на ДЭХО-

КГ диагноз ВПС подтвержден, оперативное вмешательство было отложено в связи с незначительным градиентом на аортальном клапане. В возрасте 3 месяцев ребенок был госпитализирован в педиатрическое отделение раннего возраста (ПОРВ) БУЗ ВО «ВОДКБ №1» с диагнозом острая внебольничная правосторонняя полисегментарная пневмония, обструктивный синдром. ДЭХО-КГ – умеренный стеноз аорты на фоне строения аортального клапана (двустворчатый) с градиентом 44 мм рт.ст., открытый артериальный проток (расширения полостей сердца, гипертрофии миокарда не отмечалось). В дальнейшем у кардиолога и кардиохирурга не наблюдался, ДЭХО-КГ не проводилась. В возрасте 2 года 5 мес. поступил в ПОРВ БУЗ ВО «ВОДКБ №1» с жалобами на кашель, одышку, отеки лица, грудной клетки. При обследовании общий и биохимический анализы крови, анализ мочи без патологии. На ЭКГ ритм синусовый, ЭОС отклонена резко влево, блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса, гипертрофия всех камер сердца, в большей степени слева. Рентгенограмма грудной клетки: пневматизация легочных полей равномерная. Легочный рисунок усилен, сгущен медиально справа за счет периваскулярных изменений, деформирован за счет гиперволемии. Уплотнена междолевая плевра справа. Очагово-инфильтративные тени не выявлены. Куполы диафрагмы обычно расположены, четкие. Синусы свободны. Тень средостения не расширена. Сердце резко расширено в поперечнике, КТО 72% (норма 50-55%). ДЭХО-КГ двустворчатый аортальный клапан со стенозом 27 мм рт.ст., открытый артериальный проток, дилатация левого желудочка (КДР 52 мм, КСР 40 мм, КДО 128 мл, КСО 71 мл), снижение фракции выброса до 44%. Для исключения сопутствующей сосудистой патологии проведена РКТ органов грудной клетки. Получено заключение: ВПС. ОАП, дилатация левого желудочка – косвенный признак патологии аортального клапана. Расширение легочной артерии. С целью установления диагноза, выяснения особенностей гемодинамики и морфологии было проведено зондирование полостей сердца, где выявлена гипоплазия левой коронарной артерии. Подобрана лекарственная терапия, позволившая минимизировать степень сердечной недостаточности.

Выводы: практический интерес данного наблюдения обусловлен редкостью порока, анализом современных возможностей диагностики. Данный случай интересен тем, что своевременная диагностика и проведение необходимых исследований при этом диагнозе позволило стабилизировать состояние ребенка и определить тактику дальнейшего наблюдения и лечения.

Искусственное питание у детей: что нового?

Ерпулёва Ю.В., Овсянников Д.Ю., Даниэл-Абу М.И.
Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Российский университет дружбы народов, Москва

У детей в педиатрических отделениях интенсивной терапии (ПОИТ) нескольких стран выявлено, что существенная часть поступающих детей имеют значительное снижение массы тела. Среди больных с низкой массой тела при поступлении в ПОИТ наблюдается значительно высокая частота летальных исходов, по сравнению с больными с исходно нормальной массой тела для возраста. Для восполнения энергопластических потребностей болеющего организма при невозможности проведения питания естественным путем используется искусственное лечебное питание (ИЛП) или нутритивная поддержка. Нутритивная поддержка осуществляется парентеральным и (или) энтеральным путём. Парентеральное питание (ПП) проводится при невозможности проведения энтерального питания, и минует желудочнокишечный тракт (ЖКТ). Энтеральное питание (ЭП) – это наиболее физиологичный путь нутритивной поддержки. Оно чаще осуществляется с помощью зондов. Различают 3 вида ЭП: 1. Полное

энтеральное искусственное питание (ЭИП) с введением всех необходимых веществ через зонд; 2. Сочетанное ЭИП через зонд + ПП; 3. Дополнительное ЭИП – по зонду вводятся отдельные ингредиенты пищи, недостающие при естественном вскармливании. Стандартные смеси — содержат все необходимые макро- и микронутриенты в соответствии с суточными потребностями организма. Белки содержатся в цельном, негидролизованном виде (молочные, соевые). Жиры представлены растительными маслами (подсолнечное, соевое, кукурузное и др.). Углеводы — в виде мальтодекстринов (гидролизаты крахмала). Стандартные смеси используются в клинических ситуациях, когда имеются показания для энтерального питания, за исключением выраженных нарушений пищеварения и всасывания нутриентов, а также органной патологии (печеночной, почечной и др.). Полуэлементные смеси представляют собой также полностью сбалансированные нутриенты, в которых белки представлены в виде пептидов и аминокислот (белковых гидролизатов). Они назначаются при выраженных нарушениях пищеварительной и всасывательной функций ЖКТ (мальабсорбции, диарее), в том числе в раннем послеоперационном периоде. Модульные смеси, содержащие только один из нутриентов (белок, жир) или отдельные аминокислоты (глутамин), регуляторы метаболизма (L-карнитин). Они используются для дополнения рациона искусственного или обычного лечебного питания. Смеси направленного действия созданы для того, чтобы корректировать нарушения метаболизма, типичные для той или иной патологии (печеночной, почечной, дыхательной недостаточности, при нарушениях иммунитета, сахарном диабете).

Таким образом, адекватное потребностям ребенка питание обладает антиоксидантным и иммуномодулирующим эффектом, позволяет поддержать не только энергетические, но и пластические потребности больного, а также является самостоятельным лечебным фактором.

Эпидемиологические аспекты болезни Kawasaki и острой ревматической лихорадки у детей московского региона

Кантемирова М.Г., Курбанова С.Х., Новикова Ю.Ю., Коровина О.А., Глазырина А.А., Бузина Н.В., Лапшин А.А., Овсянников Д.Ю., Колтунов И.Е.

Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

В настоящее время в развитых странах наиболее частыми причинами формирования приобретенных заболеваний сердца у детей являются болезнь Kawasaki (БК) и острая ревматическая лихорадка (ОРЛ). В РФ за последние 5 лет сохраняется снижение общей и первичной заболеваемости ОРЛ, однако частота формирования ревматических пороков сердца остается неизменной и имеет тенденцию к увеличению среди подростков. Эпидемиологические данные по БК в РФ весьма фрагментарны.

Цель: определить эпидемиологические особенности ОРЛ и БК и частоту развития кардиоваскулярных изменений среди детей, поступивших в Морозовскую детскую городскую клиническую больницу (МДГКБ) Департамента здравоохранения города Москвы за период с 2012 по 2016 гг.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ историй болезни 139 детей, поступивших в МДГКБ с 2012 по 2016 гг. с ОРЛ и БК, с уточнением возраста, пола, сезонности заболевания и характера сердечно-сосудистых изменений.

Результаты: среди детей, поступивших в МДГКБ с 2012 по 2016 г., было зарегистрировано 123 пациента с БК и 16 с ОРЛ: в 2012 г. – с БК 8 детей, с ОРЛ – 2 ребенка; в 2013 г. – 10 детей с БК и 2 ребенка с ОРЛ; в 2014 г. – 10 детей с БК и 4 ребенка с ОРЛ; в 2015 г. – 38 детей с БК и 5 с ОРЛ; в 2016 г. – 57 детей с БК и 3 с ОРЛ. Возраст

наблюдавшихся детей с БК колебался от 1 месяца до 10 лет 2 месяцев, большинство пациентов (90%) составляли дети в возрасте до 5 лет. Средний возраст детей с ОРЛ был 10,8±3,1 лет (4-17 лет). Отмечена сезонность заболеваемости БК с преобладанием дебюта весной (чаще в марте) с соотношением весна: зима – 2:1. По контрасту с этим госпитализация детей с дебютом ОРЛ отмечалась в основном в осенние и зимние месяцы. При БК остается неизменным гендерное соотношение мальчики: девочки – 2:1. При ОРЛ в последние 5 лет наблюдения также отмечается преобладание мальчиков в несколько меньшем соотношении (мальчики: девочки – 1,5:1). При БК кардиоваскулярные изменения в виде поражения коронарных артерий развивались у 45,6% детей. Результатом ОРЛ у детей с ревмакардитом в 50% случаев было формирование хронической ревматической болезни сердца с развитием ревматических пороков у 43,8% пациентов, при этом поражение митрального клапана было выявлено в 31,5% случаев, сочетанное поражение митрального и аортального клапанов – в 25%, изолированное поражение аортального клапана – у 12,5% детей.

Выводы: зарегистрированная за последние 5 лет наблюдения частота развития БК была в 7,6 раз выше, чем ОРЛ. Риск развития приобретенных заболеваний сердца в 1,5-2 раза больше у мальчиков, по сравнению с девочками, первых 5 лет жизни при БК, при ОРЛ – в возрасте старше 10 лет. Отмечался сезонный дисморфизм развития БК и ОРЛ с пиком заболеваемости весной (март) и осенью-зимой соответственно. БК характеризуется риском поражения коронарных артерий с развитием коронарогенных заболеваний миокарда, ОРЛ-формированием клапанных пороков сердца. Частота формирования приобретенных заболеваний сердца при БК и ОРЛ была сопоставима (45,6 % и 43,8% соответственно).

Обеспеченность витамином D детей дошкольного возраста, проживающих в городе Гомеле

Козловский А.А.

Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Республика Беларусь

Текст тезиса. Согласно результатам многочисленных исследований, гиповитаминоз D регистрируется у половины населения мира, во всех возрастных группах, географических регионах, в любое время года. Витамин D – гормон и витамин, участник многих физиологических и патофизиологических процессов в организме. В детском возрасте гиповитаминоз D ассоциирован с рахитом, у взрослых – с остеопорозом, остеомалацией. Установлено, что низкий уровень обеспеченности витамином D высоко ассоциирован с риском развития инфекционных (острые респираторные вирусные инфекции, туберкулез), сердечно-сосудистых (артериальная гипертензия, сердечная недостаточность), хронических воспалительных (болезнь Крона, целиакия), аллергических (бронхиальная астма), аутоиммунных (рассеянный склероз, сахарный диабет 1-го типа) и различных неопластических заболеваний (рак молочной железы, прямой кишки, предстательной железы) и др.

Цель работы – изучение уровня витамина D в сыворотке крови детей дошкольного возраста, проживающих в г. Гомеле.

Материалы и методы. Работа выполнена на базе Гомельской центральной городской детской клинической поликлиники. Обследовано 88 детей, из них 43 ребенка в возрасте от 3 до 12 месяцев, 23 ребенка – 1-2 лет, 22 ребенка – 3-6 лет. В сыворотке крови этих детей методом хемилюминисцентного иммуноанализа определяли концентрацию 25-гидрокси-холекальциферола 25(OH)D – показатель оценки адекватности обеспечения конкретного ребенка витамином D. Интерпретацию анализов производили с учетом рекомендаций Российской ассоциации эндокринологов (2014), при этом содержание 25(OH)D в сыворотке крови в интервале 30-100

нг/мл считалось оптимальным. Снижение уровня 25(OH)D до 21-30 нг/мл являлось признаком недостаточности витамина D. Уровень 25(OH)D от 10 до 20 нг/мл был показателем дефицита витамина D, менее 10 нг/мл – показателем выраженного дефицита витамина D (авитаминоза D).

Полученные результаты. В результате проведенного анализа установлено, что только на первом году жизни все дети (независимо от вида вскармливания) получали водный (Аквадетрим) или масляный раствор витамина D в суточной дозе 500 МЕ. При осмотре у всех обследованных пациентов до одного года выявлялся рахит легкой или средней степени тяжести. В остальных группах обследуемые не получали витамин D. Среднее содержание метаболита витамина D у обследованных составило $34,46 \pm 1,71$ нг/мл, при этом нормативные значения 25(OH)D определены только у 55,7% детей. Недостаточность витамина D диагностирована у 21 ребенка (23,9%), 19,3% обследованных имели дефицит витамина D и 1 ребенок (1,1%) – авитаминоз D. Исследование содержания 25(OH)D в сыворотке крови у детей первого года жизни показало следующее среднее значение – $38,26 \pm 2,48$ нг/мл. У 62,8% детей выявлены нормативные значения витамина D ($48,3 \pm 2,53$ нг/мл). Однако, несмотря на прием профилактических доз, 16,3% детей имели дефицит витамина D ($16,03 \pm 1,25$ нг/мл) и 20,9% – недостаточность витамина D ($25,46 \pm 0,9$ нг/мл). У детей 1-2 лет среднее содержание метаболита витамина D составило $34,31 \pm 3,41$ нг/мл. При этом у 1 ребенка (4,4%) диагностирован авитаминоз D (4,0 нг/мл), у 13,0% детей отмечен дефицит витамина D ($10,14 \pm 4,13$ нг/мл), у 21,7% – недостаточность витамина D ($27,28 \pm 1,68$ нг/мл). 60,9% детей имели нормативные значения 25(OH)D ($44,16 \pm 2,72$ нг/мл). Исследование уровня 25(OH)D у детей 3-6 лет показало сниженное среднее содержание метаболита витамина D – $27,18 \pm 2,5$ нг/мл. 31,8% детей имели дефицит витамина D ($14,56 \pm 1,36$ нг/мл), 31,8% – недостаточность витамина D ($24,55 \pm 1,39$ нг/мл). Только у 36,4% детей выявлены нормативные значения 25(OH)D ($40,53 \pm 2,98$ нг/мл).

Выводы. Изучение обеспеченности витамином D детей дошкольного возраста г. Гомеля показало снижение его уровня в сыворотке крови у 44,3% обследованных. Наиболее значимыми факторами риска, способствующими низкому статусу 25(OH)D, на наш взгляд, являются относительно быстрые темпы роста детей в раннем возрасте, нерациональное питание и недостаточное пребывание детей на свежем воздухе, невыполнение рекомендаций по профилактике витамина D, частые респираторные инфекции, патология пищеварительной, костно-суставной систем, профилактика которых наряду с коррекцией гиповитаминоза D может улучшить состояние здоровья населения г. Гомеля. Выявленные изменения в обеспеченности детского населения витамином D диктуют необходимость проведения научных исследований, коррекции используемых дозировок и создания Национальных рекомендаций по профилактике недостаточности витамина D у детей в Беларуси.

Значимость определения перинатальных факторов риска у новорожденных детей г. Гомеля

Козловский А.А., Козловский А.А. (мл.), Лопатенко Е.О.

Гомельский государственный медицинский университет, Гомель

В настоящее время проблема охраны репродуктивного здоровья населения Беларуси имеет важную социальную значимость. С учетом сохраняющегося преобладающего смертности над рождаемостью благополучный исход каждой беременности является главной задачей и для акушеров-гинекологов, и для неонатологов. Сегодня у врачей-педиатров не вызывает сомнения влияние пре- и перинатальных факторов на состояние здоровья не только новорожденных, но и детей более старшего возраста и взрослых. Эти факторы

(генетические, экологические, социальные, инфекционные и др.) редко действуют изолированно, чаще наблюдается их сочетанное воздействие, приводящее к врожденным порокам развития, болезням новорожденных и детей раннего возраста. Ведущее место в обеспечении рождения здорового ребенка принадлежит взаимосвязи здоровья матери и ребенка. Успешное решение задачи по снижению заболеваемости детей во многом зависит от правильной организации лечебно-профилактической работы в первичном звене медицинской помощи.

Цель работы – определить анамнестические особенности новорожденных детей для выявления групп направленного риска по заболеваниям.

Материалы и методы. Работа выполнена на базе учреждения здравоохранения «Гомельская городская клиническая больница №2». Проведен анализ 200 историй развития новорожденных и 200 историй родов за период с января по март 2017 г. Статистическая обработка и анализ результатов исследования проводились с использованием пакета программ Microsoft Excel 2010. Для параметрических количественных данных определяли среднее арифметическое значение (M) и ошибку средней арифметической величины (m).

Полученные результаты. В результате исследования установлено, что от 200 матерей родилось 95 мальчиков (47,5%) и 105 девочек (52,5%). Средняя масса тела при рождении детей составляла $3415,38 \pm 47,02$ г, длина тела – $53,77 \pm 0,23$ см, окружность головы – $34,26 \pm 0,09$ см, окружность грудной клетки – $33,13 \pm 0,14$ см. Маргинальные значения массы тела при рождении составляли 13,5% (до 2500 г – 3,0% и 4000 г и более – 10,5%). Физиологический срок родов установлен у 183 женщин (91,5%), преждевременные роды – у 17 (8,5%). Средний срок гестации составил $39,34 \pm 0,1$ недель. У основной части родителей (58,0%) средний возраст составлял 18-30 лет, реже регистрировался возраст моложе 18 лет (у 1,0% матерей и 0,5% отцов) или старше 30 лет (у 36,5% матерей и 46,0% отцов). Неполная семья зарегистрирована у 5,5% новорожденных. Вредные привычки (табакокурение во время беременности, употребление алкоголя и др.) имели 4,0% матерей. Высшее образование имели 27,8% родителей, среднее и среднее специальное – 72,2%; на момент рождения ребенка 20,8% родителей не работали (16,5% матерей и 25,0% отцов). Только 4,5% матерей были здоровыми. Острые инфекционные заболевания (острая респираторная инфекция, острый бронхит, острый синусит и др.) диагностированы у 7,0% беременных, хронические инфекционные болезни (хронический тонзиллит, хронический пиелонефрит и др.) – у 47,0%, комбинация инфекционной и соматической патологии – в 41,5% случаев. Во время беременности 17,5% женщин назначались курсы медикаментозной терапии, из них антибактериальные препараты получали 10,0%. 39,0% матерей обследованной группы детей перенесли токсикозы первой или второй половины беременности, угрозу выкидыша. В интранатальный период выявлены следующие факторы риска: оперативное родоразрешение (29,0%), патология плаценты в виде предлежания (6,0%), тугое обвитие пуповины (3,0%). Интересные данные были получены при изучении показателей состояния здоровья новорожденных в ранний неонатальный период. При рождении дети чаще имели оценку по шкале Апгар 8-10 баллов (97,5%). Оценка по шкале Апгар 4-7 баллов констатирована у 2,5% и менее 4 баллов – у 0,5% новорожденных. У 1/3 новорожденных выявлена следующая патология: неонатальная желтуха (12,0%), внутриутробная инфекция (4,5%), врожденная пневмония (4,0%), асфиксия (3,0%), синдром дыхательных расстройств (2,0%), врожденные пороки развития (1,5%).

Таким образом, перинатальный анамнез детей характеризуется высокой отягощенностью акушерско-гинекологического и соматического анамнеза, выраженной ролью внутриутробного инфицирования и гипоксии в формировании патологического статуса новорожденного ребенка.

Достижения и перспективы развития детского регионального городского Референс-центра врожденных наследственных заболеваний, генетических отклонений, орфанных и других редких заболеваний

Колтунов И.Е., Печатникова Н.Л., Витковская И.П., Буллих А.В., Шестопалова Е.А., Петряйкина Е.Е.

Морозовская детская городская клиническая больница, Научно-исследовательский институт Организации здравоохранения и медицинского менеджмента, Москва

В июне 2015 г. в Москве в ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» создан городской региональный Референс-Центр врожденных, наследственных заболеваний, генетических отклонений, орфанных и других редких заболеваний, что позволило: – осуществлять контроль за ведением отчетных форм и регистров утвержденным Правительством РФ и взаимодействие всех участников лечебного процесса; – сократить и оптимизировать расходы медицинских организаций, бюджетные расходы на лекарственные препараты; – логистически централизовать лекарственное обеспечение и удешевить себестоимость централизованной закупки; – улучшить доступность, эффективность и качество медицинской помощи. Впервые в региональной системе детского здравоохранения РФ: – научно обоснована и разработана многофакторная модель организации оказания медицинской помощи детям, страдающим орфанными заболеваниями на различных уровнях системы здравоохранения; – сформировано единое направление в электронном виде в рамках Централизованного лабораторного сервиса по программе Неонатального скрининга в ЕМИАС; – разработана технологическая карта на медицинскую услугу «Консультация врача-генетика для родителей детей с хромосомными заболеваниями и врожденными аномалиями» – включена в Московский городской реестр медицинских услуг в системе ОМС; – выполняется программа селективного скрининга на наследственные болезни обмена веществ (НБО) при помощи метода тандемной масс-спектрометрии (ТМС). В Референс-центре выявлен пациент с митохондриальным заболеванием, фенотип которого был описан впервые в мире (фенотип митохондриального заболевания, вызванного мутациями в гене DNA2 у детей). С июня 2016 г. внедрена в практику программа селективного скрининга, по ней впервые в России диагностированы пациенты с такими заболеваниями как недостаточность CPS1 из группы нарушения цикла мочевины, недостаточность COX10 из группы митохондриальных заболеваний, синдром микроцефалии с капиллярными мальформациями и др. За 2 года работы Референс-центра помощь в диагностике, лечении и реабилитации получили примерно 7 тысяч детей. 11% детей с наследственными заболеваниями, генетическими отклонениями, орфанными и другими редкими заболеваниями поступили в ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» в критическом состоянии (медицинская помощь оказывалась в отделении реанимации и интенсивной терапии), 19% поступало в плановом порядке, их них 8% переведено из других отделений и стационаров, 70% состоит на динамическом (диспансерном) наблюдении. По селективному скринингу выявлено 23 ребенка с НБО из группы органических ацидурий/аминоацидопатий и другими редкими заболеваниями. Все дети с НБО были диагностированы в период 1-5 суток с момента поступления в стационар. В связи со своевременной диагностикой и началом специфического лечения, большинство пациентов в настоящее время растут и развиваются по возрасту. Число проведенных консультаций врачами генетиками в 2016 г. увеличилось на 13%, по группе диспансерного наблюдения на 16,4%, первичная медико-генетическая консультация – на 49,4%. По неонатальному скринингу в 2016 г. своевременно диагностировано 128 детей в доклинической стадии заболевания, что обеспечило благоприятный прогноз. В связи с поручением Президента РФ В.В. Путина от 17.02.17 пр-285 «О не-

обходимости внесения в законодательство Российской Федерации изменений, предусматривающих законодательное урегулирование вопросов, связанных с развитием составляющего систему ранней помощи комплекса медицинских, социальных и психолого-педагогических услуг, оказываемых детям с ограниченными возможностями здоровья и их семьям» и в рамках реализации Федерального проекта «Единой России» «Здоровье – детям» во исполнение Указа Президента РФ от 29 мая 2017 г. № 240 «Об объявлении в РФ Десятилетия детства (2018-2027 гг.)», предлагается: 1. Создать региональную городскую генетическую лабораторию в ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» для верифицирующей и, впервые в РФ в рамках ОМС, подтверждающей диагностики. 2. Расширить неонатальный скрининг с пяти до 11 нозологий на следующие шесть заболеваний: глутаровая ацидурия, тирозинемия типа 1, болезнь кленового сиропа мочи – лейциноз, метилмалоновая/пропионовая ацидурии, наследственные нарушения митохондриального бета-окисления жирных кислот, недостаточность биотинидазы.

Референс-центр, решая важнейшую проблему – сохранение здоровья детского населения страны, может усилить работу в области развития ранней помощи детям в субъекте РФ.

Содержание витамина D при муковисцидозе у пациентов московского региона

Кондратьева Е.И., Жекайте Е.К., Шмарина Г.В., Никонова В.С., Воронкова А.Ю., Шерман В.Д., Костюк С.В.

Медико-генетический научный центр, Москва

Актуальность. Дефицит витамина D характерен для пациентов с муковисцидозом, как результат нарушения абсорбции витамина D в кишечнике вследствие панкреатической экзокринной недостаточности, нарушения гидроксирования витамина D в печени, снижения уровня витамин D-связывающего белка, избегания инсоляции из-за фотосенсибилизации при приеме некоторых антибиотиков, недостатка жировой ткани, накапливающей витамин D.

Цель исследования: оценить обеспеченность витамином D детей с муковисцидозом (МВ) московского региона.

Объект и методы. Было обследовано 115 детей и подростков в возрасте от 0 до 18 лет, которые находились на обследовании и лечении в Российском центре муковисцидоза (ФГБНУ «МГНЦ», Москва) в период с 2014 по 2016 г. Дети были разделены на возрастные группы: 30 детей в возрасте 0-3 лет составили 1 группу, 28 детей в возрасте от 3-5 лет – вторую группу, 39 детей в возрасте от 6-12 лет – 3 группу и 22 ребенка в возрасте 12 до 18 лет вошли в 4 группу. В весенний период (март – май) был обследован 41 ребенок, 16 детей – летом (июнь – август), 38 детей – осенью (сентябрь – ноябрь), 24 пациента – зимой (декабрь – февраль). Определение концентрации 25(OH)D проводилось методом иммуноферментного анализа (ImmunodiagnosticSystemsLtd., IDS). Для определения уровня насыщения организмом витамина D использовали рекомендации по диагностике и лечению дефицита витамина D Европейского Фонда муковисцидоза (2012 г.). Молекулярно-генетический анализ полиморфных вариантов генов цитохрома P450 проводился на тотальной ДНК 55 детей, выделенной из цельной крови с помощью стандартного метода фенол-хлороформной экстракции. При проведении ПЦР использовали специфические праймеры для исследования выбранных генов. Статистические методы. Обработка полученных данных проводилась с помощью пакета прикладных программ STATISTICA. Использовался U-критерий Манна-Уитни (Mann-WhitneyU-test). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Результаты показали, что нормальный уровень 25(OH)D был только у 35,7% обследованных больных, с возрастом число детей с нормальным уровнем 25(OH)D снижается с 62,5% (1 группа)

до 11,8% (4 группа), при этом увеличивается частота встречаемости детей с дефицитом и выраженным дефицитом витамина D. В исследованной выборке более чем у 2/3 детей с МВ обнаруживаются недостаточность или дефицит витамина D. С возрастом количество детей с дефицитом и недостатком витамина D увеличилось. Только 11,8% подростков имели нормальное содержание витамина D, 88,2% – недостаточность и дефицит. Нормальное содержание витамина D в осенне-зимний период определялось у 21 и 26% больных соответственно. Дефицит и выраженный дефицит витамина D осенью был обнаружен у 49,9% детей, а зимой – 41,7% детей. Содержание витамина D (концентрация 25(OH)D, нг/мл) в различные сезоны года показало, что самый высокий уровень был весной и летом, а низкий в осенний и зимний период. Статистически значимые различия установлены между содержанием витамина D весной и осенью ($p=0,0067$), весной и зимой ($p=0,0315$), летом и осенью ($p=0,0425$). Данные о продолжительности солнечного сияния (количество солнечных часов в месяц в изучаемые года) были получены из архива метеорологической службы (<http://meteoweb.ru/2014/pss2014.php>), <http://meteoweb.ru/2015/pss2015.php>, <http://meteoweb.ru/2016/pss2016.php>) и совпали с динамикой (траекторией изменения кривой) значений медианы 25(OH)D сыворотки крови в зависимости от месяца года. Аллельная частота полиморфизмов CYP2C9*2, CYP2C9*3, CYP2C19*2, CYP2C19*3, CYP2D6*4, CYP3A4*3, CYP3A4*1B в представленной выборке и группе контроля соответствовала литературным данным. Содержание витамина D у детей с генотипами, несущими медленные аллели, не отличалось его уровня у детей с генотипами, ответственными за нормальный метаболизм ксенобиотиков. Отмечено увеличение частоты до 55,56% детей с нормальным уровнем витамина D и генотипом TC гена CYP2C9*2 против частоты детей с нормальным содержанием витамина D (31,1%) при генотипе CC, но без статистически значимой разницы. Заключение. Исследования по генетически детерминированной изменчивости метаболизма витамина D в группе больных МВ следует продолжить, так как это позволит оптимизировать схему дозирования витамина с учетом индивидуальных особенностей пациента. Дети с МВ московского региона, и особенно подростки, составляют группу риска по снижению витамина D и нуждаются в мониторинге его уровня, особенно в осенне-зимний период, и коррекции.

Физическое здоровье детей по мультидисциплинарной оценке

Кузнецова М.Н., Поляков С.Д., Подгорнова Н.С., Соболев А.М.
Научный центр здоровья детей Минздрава России, Москва

Оценка физического развития и функциональной подготовленности детей позволяет выявить негативные отклонения в физическом здоровье ребенка, своевременно провести коррекцию оздоровительно-профилактической программы с целью повышения уровней физического здоровья и расширения резервных возможностей. Цель и задачи: изучить целесообразность проведения скрининга физического развития и функциональной подготовленности детей с целью раннего выявления и своевременного восстановления нарушений физического здоровья детей дошкольного возраста. Пациенты и методы исследования. Тестирование показателей физического здоровья более одной тысячи здоровых детей 4-7 лет, посещающих Московские дошкольные учреждения, проведено с использованием портативных технических средств. Результаты фактических измерений 11 количественных и качественных показателей физического здоровья дошкольников», которая путем сравнения с ранее разработанными возрастными центильными таблицами дает экспресс оценку уровня развития в баллах каждого показателя фи-

зического здоровья дошкольника. Это дает возможность выявить низкие и ниже среднего значения показателей физического развития и функциональной подготовленности и подобрать рациональный оздоровительно-тренировочный режим в соответствии с рекомендациями по коррекции оздоровительного комплекса ребенка, выданными программой для показателей, значения которых ниже 25-го центиля (или выше 75-го для теста «падающая линейка»). Массо-ростовой индекс Кетле-2 вычислен путем деления массы ребенка (кг) на длину его тела (m^2). Жизненный индекс детей определен по отношению показателя жизненной емкости легких (в мл) к массе тела (в кг). Статистическая обработка результатов тестирования выполнена с использованием статистических функций программы STATISTICA 6.0 (StatSoft Inc, США).

Результаты статистической обработки показали: уровень развития показателя теста обхвата груди имеют ниже среднего 8,8%, низкий – 3,2%, кистевая динамометрия у 16% дошкольников ниже среднего и у 6,5 % детей – низкая. Большую долю составили дети с уровнями развития низкими и ниже среднего по тестам силовой выносливости мышц спины и брюшного пресса – 10,5 и 9,8%; 3,2 и 5,5% соответственно. Уровень развития скоростно-силового теста по количеству приседаний ниже среднего выявлен у 6,3% дошкольников, низкий – у 8,8%, длина прыжка с места результаты ниже среднего у 22% дошкольников, низкие – 12,4%. Уровень скорости реакции ребенка на падающий предмет у 15,8% ниже среднего, у 12,9% – низкий. Жизненный индекс с уровнем развития ниже среднего у 14,2% дошкольников, низкий – у 16,9% детей. Дефицит массы тела по расчету массо-ростового индекса Кетле 2 выявлен у 18,7% детей, с избытком массы тела у 7,8% дошкольников. По данным заключений ниже среднего уровень развития физического здоровья имеют 4,4% дошкольников, низкий – 0,2%. Таким образом, компьютерная программа «Экспресс-оценка физического здоровья дошкольников» позволяет при тестировании детей в условиях дошкольных учреждений провести статистическую обработку результатов и по каждому тесту получить заключение с рекомендациями по проведению оздоровительно-корректирующей работы.

Выводы: 1. Тестирование показателей физического здоровья детей позволяет выявить уровень их физического развития и функциональной подготовленности. 2. Оценка уровня физического здоровья включает качественную и количественную (в баллах) характеристики каждого показателя физического развития и функциональной подготовленности дошкольников, что дает возможность своевременно начать коррекцию занятий по физическому воспитанию в коллективе. 3. Анализ полученных результатов позволяет разработать индивидуальный оздоровительно-тренировочный комплекс корректирующих физических упражнений для детей с низким уровнем развития того или иного показателя здоровья и подумать о причине отставания.

Результаты использования программы «Мониторинг нутритивного статуса, рациона питания и ферментной терапии» при муковисцидозе

Максимычева Т.Ю., Кондратьева Е.И., Ильенкова Н.А., Чикунов В.В., Назаренко Л.П., Смирнова И.И.

Медико-генетический научный центр, Москва, ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, кафедра диетологии и нутрициологии, Москва, Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск

Введение. Диета и ферментная заместительная терапия являются основой адекватных темпов физического развития ребенка. Диетотерапия при муковисцидозе (МВ) предусматривает увеличение

пищевой ценности рациона от 110 до 200% от рекомендованной потребности для здоровых детей. Важной составляющей комплексной терапии муковисцидоза является оптимизация ферментной терапии, включающая анализ расчета ферментативных препаратов в течение дня в основные и дополнительные приемы пищи с учетом фактического потребления жира.

Целью исследования явилась оценка фактического питания и адекватности ферментной терапии у детей с муковисцидозом с применением разработанной компьютерной программы «Мониторинг нутритивного статуса, ферментной терапии, рациона питания при муковисцидозе».

Методы. Проведено многоцентровое, одномоментное исследование с использованием программы «Мониторинг нутритивного статуса, рациона питания и ферментной терапии при муковисцидозе». Программа апробировалась на базе трех лечебных учреждений РФ. Для статистического анализа питания отобраны данные 55 пациентов в возрасте от 1 до 17 лет (возраст младшего – 1 год 1 месяца, старшего – 16 лет 9 месяцев), обоих полов. Все респонденты были распределены по возрастным группам: 1 группа – (с 1 года до 3 лет) – 21 человек (38%), 2 группа (с 3 до 7 лет) – 20 человек (36%), 3 группа (с 7 до 18 лет) – 14 человек (26%). Проведена оценка распределения ферментов до и после применения программы по результатам 42 однодневных меню фактического питания.

Результаты. При оценке потребности в энергии относительно персонализированных норм выявлено, что в группе детей с 1-3 лет рациона была выше расчетной потребности на 5%, у детей с 4-6 лет наблюдался дефицит энергии в пределах 8%, а 7-18 лет – возрастал в среднем на 20%. Достаточный уровень потребления энергии (+/-20%) имели 67% детей в возрастной группе от 1 до 3 лет, 35% от 4 до 6 лет и 14% 7-18-летних. Дефицит энергии (от 20 до 40%) в группе детей с 1-3 лет имели 13% детей, с 4-6 лет у 30% и 7-18 лет и 21% пациентов. Недостаточная ЭЦ рациона (более 40%) нарастала с возрастом, отмечалась у 15% детей 4-6 лет и 42% 7-18 лет. Результаты показали, что доза ферментов, принимаемая на завтрак и второй завтрак, не изменилась в 14% случаев, на обед и полдник в 10% случаев, на перекус в 57% случаев, на ужин в 5% случаев и в 22% при приеме пищи на ночь. Суммарная оценка всех приемов пищи и адекватности дозы ферментов, с учетом фактического содержания жира в пище, показала, что в 5% случаев эмпирический метод и метод расчета, с использованием программы, совпали. Увеличение дозы панкреатина потребовалось в 36% на завтрак, в 21% случаев на второй завтрак, в 66% случаев на обед, в 38% случаев на полдник, в 60% на ужин, в 22% на последний прием пищи. Суммарно в 52% случаев потребовалось увеличение дозы панкреатина. Уменьшение дозы панкреатина потребовалось в 50% случаев при приеме во время завтрака, в 64% случаев при приеме во время второго завтрака, в 24% случаев на обед, в 53% случаев на полдник, в 43% случаев на перекус, в 56% на ужин, в 43% случаев на ночь. Суммарно уменьшение дозы панкреатина потребовалось в 43% случаях от общего количества посещений. В среднем увеличение дозы составило от 1,2 капсулы (9672 ЕД липазы) в полдник до 2,7 (23223 ЕД липазы) в обед. Снижение дозы было более значительным: от 1,3 капсулы (14779 ЕД) во второй завтрак и полдник (15014 ЕД) до 5,6 капсул (57586 ЕД) на ужин. Вариабельность числовых значений в данном исследовании показывает, что эмпирический расчет ЕД липазы на килограмм массы тела не совпадает с точным расчетом ЕД липазы на грамм жира в пище. Выводы. Во всех группах отмечалась высокая вариабельность ЭЦ рациона по сравнению с расчетной энергетической потребностью, при этом с возрастом вариабельность нарастала, как и дефицит калорийности рациона. Применение метода расчета панкреатических ферментов на содержание жира в пище демонстрирует совпадение результатов в 5% случаев и перераспределение ферментного препарата в течение суток, является необходимым в повышении эффективности ферментной и диетологической терапии.

Междисциплинарный подход в лечении детей с расщелиной губы и нёба в Морозовской детской городской клинической больнице

Мамедов А.А., Макленнан А.Б., Рябкова М.Г., Волков Ю.О., Парфенов Д.С., Полуэктов Д.С., Новиков Д.С., Мазурина Л.А., Калинина А.И., Зангиева О.Т., Оджугалиева Г.

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Актуальность проблемы. Расщелина губы и нёба (РГН) является одним из наиболее распространенных пороков развития челюстно-лицевой области (ЧЛО) с тенденцией к увеличению. Занимая 3-4 место в структуре врожденных аномалий, она остается на одном из первых мест по тяжести анатомических и функциональных нарушений. В последние годы для репозиции фрагментов альвеолярного отростка верхней челюсти у детей с РГН во многих зарубежных клиниках стали применять несъемные ортопедические аппараты с внутрикостной фиксацией (Егорова М.И., 2010; Катарсонова Е.С., 2011; Старикова Н.В., 2006, 2014;). В настоящее время становится все более важным выполнение первичной операции на ранних стадиях развития ребенка. Это требует междисциплинарного подхода. Это связано еще и с прогрессом ортодонтических технологий, становится возможным выполнить успешную операцию ребенку в периоде новорожденности.

Цель исследования – повышение эффективности лечения детей с расщелиной губы и нёба в периоде новорожденности, за счет предварительной ортодонтической подготовки.

Материал и методы. За период с 2011 по 2017 гг. на кафедре стоматологии детского возраста и ортодонтии ортодонтами в сотрудничестве со специалистами клиники Морозовской ДГКБ ДЗМ разработан и применяется алгоритм лечения детей с односторонней и двусторонней расщелиной губы и нёба с применением несъемной ортодонтической техники и ортоимплантов. До операции первичной хейлопластики, под эндотрахеальным обезболиванием был фиксирован модифицированный ортодонтический аппарат типа Lantham. Одномоментно проводилась частичная остеотомия сошника. Главной отличительной особенностью проведенного нами подхода была частичная остеотомия сошника. Необходимо отметить, что в межчелюстную кость вместо планируемой каппы с крючками мы применили минивинты (до 8-10 мм в длину), или ортоимпланты длиной 08-10,0 мм. В течение двух недель производилась тяга межчелюстной кости в сторону фиксированного аппарата (ретрузия), а на самом аппарате движение было в сторону боковых фрагментов верхней челюсти за счет раскручивания винта. При применении ортоимплантов тяга осуществлялась при помощи резиновых колец. Через две недели производилось снятие начелюстного ортодонтического аппарата и удаление микроимплантов. Т.е. вся конструкция и ее элементы были удалены. После чего производилась операция первичная одномоментная двусторонняя (односторонняя) хейлопластика. Главной отличительной особенностью нашего подхода является то, что при двусторонней РГН перед установкой ортодонтической конструкции производится частичная остеотомия сошника. Это позволяет сократить сроки подготовки к первичной хейлопластике (хейлоринопластике).

Результаты исследования. Клиническими и биометрическими исследованиями моделей челюстей 64 детей с одно- и двусторонней РГН в дооперационном периоде и послеоперационном периоде было продемонстрировано нормализация соотношения межчелюстной кости и боковых фрагментов у всех пациентов.

Выводы. Таким образом, современная технология ортодонтической подготовки к операции с применением конструкции аппаратов, их модификаций, миниимплантов позволяет сократить время предхи-

ругической ортодонтической подготовки, вводить в конструкцию активные элементы, нормализовать положение межчелюстной кости и форму верхней челюсти с последующим проведением первичной хейлопластики (хейлоринопластики (одномоментную, одностороннюю, двустороннюю). Для успешной ранней ортодонтической подготовки необходимо обеспечить надежную фиксацию аппарата, миниортоимплантов. Это сокращает сроки лечения, создает благоприятные условия для проведения первичной хейлоринопластики, течения послеоперационного периода, предупреждает развитие вторичных деформаций челюстно-лицевой области, значительно сократив сроки реабилитации пациентов двусторонней РГН с хошими эстетическими результатами.

Психологическое сопровождение при лечении детей с расщелиной губы и нёба в периоде новорожденности

Мамедов А.А., Макленнан А.Б., Рябкова М.Г., Волков Ю.О., Парфенов Д.С., Полуэктов Д.С., Новиков П.В., Мазурина Л.А., Калинина А.И., Зангиева О.Т., Оджагулиева Г.

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Целью исследования явилось повышение эффективности лечения детей с расщелиной губы и нёба в периоде новорожденности с психологическим сопровождением.

Материал и методы. Сбор материала проводился путем двукратного анкетирования беременных, обратившихся для пренатальной диагностики (после установки диагноза РГН в процессе пренатальной диагностики и после проведения первичного этапа хирургической реабилитации). Под наблюдением находились 30 детей в возрасте от 0 до 29 дней (период новорожденности) с несиндромальной односторонней, двусторонней расщелиной губы, альвеолярного отростка и нёба до хирургических вмешательств, и 45 детей в возрасте от 4 до 6 месяцев. Для обеих групп исследования разработан алгоритм: пренатальная диагностика, консультирование, а также анкетирование родителей для оценки влияния результатов пренатальной диагностики на психологический статус родителей. В постнатальном периоде у детей с расщелиной губы и нёба выполнялась операция хейлопластика по модифицированной методике ЗМ (Миллард, Мамедов, Макленнан) в периоде новорожденности. Результаты исследования Средний возраст детей, поступивших в отделение, составлял $3,2 \pm 1,5$ дней. В результате опроса родителей нами выяснено, что 16 пациентам (50%) из 30 пациентов в первые дни жизни в родах рекомендовано питание через эндоназальный зонд. Из них 3 (9,3%) пациента на момент обращения продолжали питание через зонд из-за боязни родителей производить грудное или бутылочное вскармливание. Совместная деятельность специалистов различных школ и направлений позволяет обогатить знания, специальность, выработать единую тактику реабилитации (несмотря на то, что каждый специалист хорош по-своему) и приводит к прогрессу в решении проблемы реабилитации детей с расщелиной губы и нёба.

Выводы Главное, что отличает нашу систему реабилитации (алгоритм) – это психологическая поддержка беременных после проведения скринингового УЗИ-исследования и выявления патологии плода в челюстно-лицевой области. Проведение первичной операции хейлопластики в периоде новорожденности (от 0 до 29 дней), кормление грудью на 1-2-е сутки после операции. И, как правило, снятие швов на 6-7 сутки после операции. Выписка домой из стационара. Сегодня это «работает», и это уже система оказания специализированной медицинской помощи детям с расщелиной губы и нёба. Зондовое кормление, так широко применяемое в

педиатрии, детской хирургии, нами также не игнорировалось. Однако на следующие сутки после операции мы рекомендовали маме давать ребенку грудь. Это оказывало положительный эффект на соматическое здоровье ребенка и обеспечивало психологическое спокойствие маме и ребенку, т.к. ребенок уже мог брать грудь, сосать. В некоторых случаях ребенок не брал грудь. В таких случаях питание осуществлялось из бутылочки со специальной соской с широким концом и отверстием чуть больше чем в обычной соске. В тех случаях, когда у мамы не было молока, кормили из соски и докармливали через назогастральный зонд. Таким образом, повышение эффективности, медико-психолого-педагогическая и социальная поддержка, дальнейшее развитие комплексной реабилитации детей с расщелиной губы и нёба имеют непосредственную связь с созданием систем психологического сопровождения, повышения психоэмоционального здоровья таких пациентов и их родителей. Эта взаимосвязь позволяет аккумулировать профессиональные знания и умения высококвалифицированных специалистов. Объединение творческих, организационных сил специалистов, занимающихся проблемой лечения детей с расщелиной губы и нёба, создание центров диспансеризации и учета пациентов позволит оказывать раннюю (в периоде новорожденности) высококвалифицированную, специализированную, комплексную медицинскую помощь, что, в свою очередь, приводит к ранней медико-психолого-педагогической и социальной реабилитации маленьких пациентов.

Эхокардиографические показатели у подростков с артериальной гипертензией

Мороз Е.А.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Согласно литературным данным, гипертрофия левого желудочка выявляется примерно у половины больных с артериальной гипертензией (АГ).

Целью нашего исследования было оценить морфофункциональные свойства миокарда на начальных стадиях АГ у подростков.

Материалы и методы. Методом эхокардиографии проведена оценка структурно-функциональных особенностей миокарда у 135 подростков в возрасте 15-17 лет. Первую группу составили 88 подростков с АГ. Во вторую (контрольную) группу вошло 47 здоровых подростков. Результаты и обсуждение. Анализ показал, что имеется достоверная разница всех показателей, характеризующих размеры камер сердца. Следует подчеркнуть, что средние значения не выходили за пределы возрастной нормы, как у здоровых, так и больных АГ подростков. Выявлено, что размеры диаметра аорты у подростков с АГ составили 27,7 мм против 26,5 мм контрольной группы ($p < 0,05$), левого предсердия 30,6 мм против 28,7 мм ($p < 0,01$), правого желудочка 19,6 мм против 18,0 мм ($p < 0,05$), амплитуда раскрытия аортального клапана составила 21,7 мм против 20,5 мм ($p < 0,05$), КДР левого желудочка 50,9 мм против 48,3 мм ($p < 0,01$) соответственно. Увеличение полостей правых отделов и левого предсердия может свидетельствовать об увеличении венозного возврата к сердцу и возрастании преднагрузки на левый желудочек у лиц с АГ. Толщина задней стенки левого желудочка (7,3 мм и 12,4 мм – в основной группе, 6,4 мм и 10,9 мм в контроле, $p < 0,001$) и межжелудочковой перегородки (7,9 мм и 12,5 мм, 7,0 мм и 11,3 мм соответственно, $p < 0,01$) в диастолу и систолу оставались у подростков с АГ выше, чем в контроле, но не превышали возрастных норм. Масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) составила $132,31 \pm 36,88$ г в 1 группе и $102,11 \pm 26,1$ г во второй группе и была достоверно выше в группе АГ ($p < 0,001$). Индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) у больных подростков составил $66,7$ г/м², у здоровых $59,5$ г/м² ($p < 0,01$). Проведенный корреля-

ционный анализ связей между ММЛЖ, ростом и весом показал, что ММЛЖ прямо связана с ростом ($r = 0,42$), и весом ($r = 0,56$) у подростков с АГ. У здоровых подростков связи между этими параметрами не выявлено. При оценке сократительной функции миокарда фракция выброса (64,6% в основной группе, 63,4% в контрольной группе) и процент фракции укорочения (35,7% и 34,6% соответственно) у больных с АГ достоверно не отличались от показателей соответствующих величин здоровых ($p < 0,1$). УО (79,8 мл в основной группе, 69,5 мл в контроле) и КДО (124,6 мл и 110,0 мл соответственно) был выше в группе больных АГ ($p < 0,01$) Следует подчеркнуть, что индекс КДО левого желудочка (62,6 мл/м² в группе больных, 64,2 мл/м² в контрольной группе) и ударный индекс (40,2 мл/м² и 40,7 мл/м² соответственно) (т. е. показатели, учитывающие уровень физического развития подростков) не имели достоверных различий в обеих группах ($p < 0,1$). У подростков с АГ нами выявлена отрицательная корреляционная связь между фракцией укорочения и ММЛЖ ($r = -0,33$), фракцией выброса и ММЛЖ ($r = -0,34$), фракцией укорочения и ИММЛЖ ($r = -0,3$), фракцией выброса и ИММЛЖ ($r = -0,3$). У здоровых подростков таких корреляционных связей не выявлено. Таким образом, у подростков с АГ по мере увеличения массы миокарда формируется тенденция к ухудшению его сократительной функции. Нами выявлена прямая корреляционная связь между массой миокарда и КДР ($r = 0,56$), массой миокарда и КДО ($r = 0,55$), т.е. по мере увеличения массы миокарда увеличивается его полость. У здоровых подростков подобной закономерности мы не обнаружили. Можно сделать вывод, что у подростков с АГ формируется ремоделирование левого желудочка. Таким образом, параметры, характеризующие сократительную функцию левого желудочка, имели бо льшие значения у подростков с АГ, однако при оценке индексов сократительной способности миокарда достоверных различий получено не было. С одной стороны, подростки с АГ характеризуются более высокими показателями физического развития, поэтому индексирование к площади поверхности тела не выявляет различий сократительной функции миокарда у здоровых и больных подростков и точнее отражает состояние сократительной функции миокарда. С другой стороны, по мере увеличения массы миокарда показатели, характеризующие сократительную функцию левого желудочка, ухудшаются.

Выводы. •У подростков с АГ отмечается увеличение толщины стенок, ММЛЖ и ИММЛЖ, что может свидетельствовать о формировании гипертрофии левого желудочка. •У подростков с АГ по мере увеличения массы миокарда левого желудочка ухудшается его систолическая функция.

Особенности здоровья и физического развития глубоко недоношенных детей, рожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела в Калининградской области на первом году жизни

Муц Е.Ю., Шестакова В.Н.

Региональный перинатальный центр, Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск

Актуальность. Период раннего детства – от рождения до трех лет – является самым важным в жизни каждого родившегося ребенка. Этот период развития самых важных сфер человека: умственной, двигательной, эмоциональной; становления слухового и зрительного анализатора, навыков самообслуживания. На развитие ребенка в этот период оказывают мощное влияние самые разнообразные факторы, в том числе и биологические. Глубоко недоношенные дети, перенесшие интенсивную терапию и реанимацию в раннем неонатальном периоде, имеют особенности

развития на первом году жизни, которые необходимо учитывать при планировании дальнейшей реабилитации (Федорова Л.А., 2003; Архипова Е.Ф., 2007). Особенно важным является первый год жизни недоношенного ребенка, который оказывает мощное влияние на последующую жизнь.

Цель исследования: изучить особенности здоровья и физического развития глубоко недоношенных детей на первом году жизни.

Материалы и методы исследования: в исследовании приняло участие 60 детей, рожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела в 2015-2016 гг. в Калининградской области. Обработка первичной информации проходила путем выкопировки из карт развития формы 112/у, также оценивались показатели и физического и нервно-психического развития с помощью шкалы CAT/CLAMS. Статистический анализ результатов исследования был произведен с использованием аналитического пакета Statistica 6.0.

Результаты. В первую группу наблюдения вошли дети с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ, $n=30$), во вторую дети с очень низкой массой тела (ОНМТ, $n=30$). На амбулаторном этапе большая часть детей находилась на искусственном вскармливании, среди детей первой группы этот процент составил 62,4%, $p < 0,05$; среди детей с очень низкой массой тела 48,4%, $p < 0,05$. К 50 неделе ПКВ отставание веса имели 53,5% детей, родившихся с весом до 1000 г., в том числе 76,4%, находившихся на грудном вскармливании и 35,5% – получавших смесь. К 12 месяцам скорректированного возраста в I группе детей отставание имели 21,4% детей, тогда как во второй группе данный показатель составил 9,3% ($p < 0,05$). Дети с низкими весовыми показателями к 50-й неделе постконцептуального возраста (ПКВ) сохраняли данный показатель к 12 месяцам скорректированного возраста. При этом по росту 78,2% детей первой группы и 92,6% детей второй группы укладывались в коридор выше 2 SD к 12 месяцам скорректированного возраста. Дети, рожденные с ЭНМТ, имели нормальные показатели нервно-психического развития только в 24,5% случаев, тогда как во второй группе данный показатель составил 48,2% ($p < 0,05$). При этом у детей, имеющих низкие показатели физического развития, чаще встречалась задержка психомоторного и психоречевого развития в обеих группах наблюдения (58,4% в первой группе и 26,2% во второй группе, $p < 0,05$). Дети, родившиеся с очень низкой массой тела, чаще имели сочетанную патологию, обусловленную поражением нескольких систем: центральной нервной системы, патологии сердечно-сосудистой системы, органа зрения и бронхолегочной патологии. За год дети с ЭНМТ имели до 6,2 эпизодов острых респираторных вирусных инфекции, этот процент был ниже среди детей, находящихся на грудном вскармливании (56,7% и 25,6% соответственно), тогда как у детей во второй группе наблюдения количество эпизодов составило 4,7; чаще у детей, получавших инвазивную ИВЛ, или длительное нахождение на неинвазивной вентиляции легких с помощью NCPAP. Среди патологии дыхательной системы наиболее часто встречались бронхолегочная дисплазия (68,4% среди первой группы и 44,5% среди детей во второй группе), также встречались анемии недоношенных детей почти в 100 % случаев в I группе и 83,2% во второй группе, чаще у детей на грудном вскармливании; перивентрикулярные кровоизлияния 2-3 степени наиболее часто встречались в I группе детей (45,6%, 18,3%; $p < 0,05$), ретинопатия 4-5 степени чаще встречалась среди детей с ЭНМТ и ассоциировалась с неблагоприятным исходом для нервно-психического развития ребенка. Таким образом, дети, рожденные с экстремально низкой массой тела, чаще имеют более низкие темпы прироста веса, чаще формируют задержки нервно-психического развития и сочетанные соматические патологии: центральной нервной системы, органа зрения, дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Это обуславливает необходимость комплексного подхода ведения данной категории детей в условиях амбулаторно-поликлинического звена с обязательной оценкой физического и нервно-психического развития, используя специальные шкалы.

Определение факторов риска развития нарушения адаптации сердечно-сосудистой системы (ССС) при остром бронхообструктивном синдроме (БОС) инфекционного генеза у детей раннего возраста

Овсянникова Е.М., Шабат М.Б., Караштина О.В., Тимонина И.В., Стойко Т.Ю.

Отраслевой клинико-диагностический центр ПАО «Газпром», Москва

Актуальность: проблема острого инфекционного поражения миокарда достаточно изучена, и была доказана кардиотропность некоторых вирусов, но нет четких данных о частоте заболеваний миокарда у детей.

Материалы и методы: в рамках работы было проведено наблюдение 300 пациентов с БОС инфекционного генеза в катамнезе. При математическом анализе (анамнестических данных: анамнеза жизни больного, развития ребенка, наличия сопутствующей патологии, клинического течения, лабораторных исследований и данных ЭКГ обследования, лечения БОС и др.) по f-критерию Фишера выявлен 21 признак, ассоциирующийся с формированием нарушения деятельности ССС при острой бронхиальной обструкции инфекционного генеза у детей раннего возраста.

Результаты: было построено уравнение прогнозирования развития нарушения деятельности ССС при острой бронхиальной обструкции инфекционного генеза (либо БОС будет протекать без изменений со стороны ССС): $G(x) = \sum_{i=1}^n X_i \cdot W_i$, где G – сумма признаков ($\max n = 21$), X_i – признак, W_i – весовой коэффициент признака, i – номер признака. Если $G \geq 33$, то у такого больного существует высокая вероятность развития нарушения деятельности ССС. Если же в результате умножения и сложения 21-го значения всех использованных признаков полученная сумма меньше 33, то у такого больного бронхиальная обструкция с высокой вероятностью (93%) будет протекать без нарушения деятельности ССС. Данное рекомендуемое уравнение было проверено на практике у 300 больных с острой бронхиальной обструкцией. В 95% случаев получено совпадение прогноза.

Выводы: таким образом, разработанная нами математическая модель с использованием доступных клинических признаков позволяет выделить группу больных с высоким риском развития нарушений деятельности ССС в острый период бронхиальной обструкции инфекционного генеза. У данных больных необходимо расширить объем исследований, провести адекватную коррекцию проводимой терапии и продолжать их катамнестическое наблюдение.

Развитие саморегуляции как профилактика здоровья

Овчинникова Т.Н.

МГСУ, Москва

Давно известно, что положительные и отрицательные эмоции оказывают сильное действие на здоровье человека. Поэтому так важно научиться управлять собственными эмоциями. Мы рассмотрим методы саморегуляции, позволяющие человеку самостоятельно поддерживать позитивный настрой, управляя своим поведением и настроением, что положительно сказывается на состоянии его здоровья. В основе предлагающегося опыта лежат факты: 1) оздоровления человека в процессе психотерапии, позволяющей развить у него способность самостоятельно удерживать позитивный настрой в трудных ситуациях; 2) постепенного прекращения заболеваний у детей, занимающихся

по программе развивающего обучения (В.В. Давыдов), а также в школе «Золотой ключик» (Г.Г. и Е.Е. Кравцовы), на фоне ярко выраженного позитивного эмоционального настроения. В первом случае мы имеем индивидуальную терапию, помогающую человеку самостоятельно, начиная с 12-13 лет, учиться создавать позитивный настрой даже в трудных ситуациях и как можно дольше его удерживать. Во втором же случае имеет место коллективная форма, занятия, способствующие спонтанной актуализации личности ребенка в процессе обучения, что позволяет поддерживать им позитивный настрой. Чтобы сформировать у пациента опыт изменения отношения к событиям, необходимо на примере переосмысления им (под руководством психолога) нескольких случаев из его жизни продемонстрировать данную возможность, делая это совместными усилиями, и даже уступая ему позицию лидера. Подобное переосмысление сложившейся ситуации осуществляется с целью отыскать именно в ней позитивные стороны происходящего («Любая палка всегда о двух концах»). Этот принцип «выворачивания наизнанку» способствует успешному анализу и сопоставлению сложившихся отношений с его жизненными целями, с характером жизнедеятельности человека в целом. Успешность такой работы зависит от упорства и целенаправленной активности обратившегося за помощью. Охарактеризованный способ «лечения» заключается в развитии способности переосмысления создавшейся ситуации, в основе которой лежит возможность легко переключаться в своем видении ситуации из одного плана в другой, наделенный иными смыслами с целью изменения отношения к ситуации. Второй факт, который привлек наше внимание, состоял в том, что дети, начавшие с 3 лет обучаться по программе развивающего обучения, через некоторое время переставали болеть. Факты подобного укрепления здоровья учащихся отмечались в школе Е.Е. и Г.Г. Кравцовых, основанной на принципах школы развивающего обучения В.В. Давыдова. (Такие результаты были отмечены работниками СЭС и грамотой «За здоровьесберегающие технологии» в 1998 г.). Такой метод изменения отношений у детей к происходящему помогает им, формируя тактику активного «наступления», значительно усилить энергетику организма, которая, видимо, и обеспечивает его оздоровление. Сформированный в обоих случаях стиль жизнедеятельности, постепенно перестраивая психосоматику, приводит к тому, что находящийся постоянно в хорошем настроении человек постепенно перестает болеть. Вполне вероятно, что возникающая согласованность мысли и чувства способствует в процессе реализации целостного акта деятельности выплеску значительного количества энергии, постоянно пополняемой в процессе продвижения к цели. Итак, в процессе осуществления свободно заданной деятельности, видимо, таким энергетическим источником является чувственная ткань сознания (или бессознательное). Подтверждение этого хода мысли мы можем найти у Л.С. Выготского, который высказывал мнение о том, что введение понятия бессознательного в психологию можно приравнивать по значению к понятию физической энергии в физике. «Только с введением этого понятия становится вообще возможна психология как наука, которая может объединять и координировать факты опыта в известную систему, подчиненную особым закономерностям», – говорил он. Наблюдения показывают, что дела, направленные на достижение личностно значимой цели, осуществляются человеком с большим энтузиазмом, с большим вкладом «внутренней» энергии, чем любая функционально выполняемая деятельность. А отсутствие заинтересованности в выполнении, когда смысл деятельности состоит в наиболее быстром ее завершении, вызывая у человека усталость, оставляет его равнодушным даже при явно выраженной его внешней активности. Эти факты можно использовать в качестве терапии.

Критерии метаболического синдрома у детей с ожирением в возрасте до 10 лет

Павловская Е.В., Строкова Т.В., Сурков А.Г., Багаева М.Э., Таран Н.Н., Зубович А.И., Васильева Е.В.

Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Актуальность. Высокая частота ожирения в детском возрасте сопровождается ростом частоты выявления метаболического синдрома (МС) среди детей и подростков. МС ассоциирован с высоким риском развития сердечно-сосудистой патологии и диабета 2 типа, как у взрослых, так и у детей. В соответствии с критериями Международной федерации диабета (2005), принятыми в РФ, МС может быть диагностирован, начиная с 10-летнего возраста при сочетании абдоминального ожирения и двух дополнительных критериев (артериальная гипертензия (АГ), снижение уровня холестерина ЛПВП, повышение уровня триглицеридов и глюкозы в сыворотке крови). Однако большинство критериев МС встречаются у детей с ожирением до 10-летнего возраста.

Цель. Изучить частоту выявления критериев МС у детей с ожирением в возрасте младше 10 лет.

Материалы и методы. В отделении педиатрической гастроэнтерологии, гепатологии и диетологии ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии» обследовано 189 детей с ожирением в возрасте 1-9 лет (медиана 8 лет), из них 71 мальчик и 118 девочек. Индекс массы тела (ИМТ) у обследованных пациентов составил 25,9 [23,6; 29,2] кг/м², SDS ИМТ +3,25 [+2,67; +4,05]. Длительность ожирения к моменту обследования – 4 [3,0; 5,8] года. У 3 детей ожирение было обусловлено генетическим синдромом (Прадера-Вилли, Беквита-Видемана), у остальных носило экзогенно-конституциональный характер. Всем детям проведено клинко-антропометрическое обследование, оценка биохимических показателей углеводного и липидного обменов, изучение состава тела методом биоимпедансометрии. Абдоминальное ожирение диагностировалось при превышении 90 перцентиля для показателя окружности живота по возрасту и полу.

Результаты. Абдоминальное ожирение, являющееся обязательным условием диагностики МС, выявлено у 172 детей (91,0%). Показатель окружности живота коррелировал с уровнем инсулина в сыворотке ($R=0,409$). Наиболее частым биохимическим критерием служило снижение уровня холестерина ЛПВП (54/28,6%), при этом гипертриглицеридемия и гипергликемия натощак отмечались в единичных случаях (6/3,2% и 7/3,7% соответственно). Как минимум один биохимический критерий МС был выявлен у 60/31,7% пациентов. АГ имела место у 10/5,3% обследованных детей. Уровень систолического АД коррелировал с количеством жировой массы по данным биоимпедансометрии ($R=0,409$). Один и более критерий МС имели 180 детей с ожирением данной возрастной группы (95,2%). Количество критериев, достаточное для диагностики синдрома, отмечалось у 10 детей (6 мальчиков и 4 девочки) в возрасте 7-9 лет. В данную подгруппу входили дети с различной степенью избытка массы тела, имевшие как ожирение 1 степени, так и морбидную форму заболевания, медиана SDS ИМТ – 3,5 [3,15; 4,65].

Выводы. Несмотря на возможность выставления диагноза МС у детей с ожирением лишь с 10-летнего возраста, отмечается высокая частота выявления основных критериев данного синдрома уже в дошкольном и младшем школьном возрасте, в том числе при минимальной степени ожирения. Такие дети нуждаются в особом внимании педиатра в связи с высоким риском сердечно-сосудистой патологии и диабета 2 типа.

Предикторы репродуктивного неблагополучия у мальчиков школьного возраста

Панков Д.Д., Петровичева Н.Л., Казанская И.В.

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

На сегодняшний день все очевиднее, что истоки мужского бесплодия, проблемы с потенцией в значительной части случаев лежат в детском или подростковом возрасте. При этом имеет место своеобразное противоречие: выявление и лечение этого неблагополучия у детей может оказаться значительно более эффективным, чем в более позднем возрасте. В связи с наличием этой ситуации весьма актуальной является проблема распознавания прогностически значимых признаков – предикторов этого неблагополучия. Для выявления предикторов необходимо хорошее терапевтическое обследование данных пациентов. Понимание этого факта привело педиатров к сотрудничеству с детскими урологами-андрологами. В связи с этим нами было проведено комплексное обследование 250 мальчиков от 8 до 18 лет на базе детской городской поликлиники № 104, филиал 2 ЦАО г. Москвы. Базисным методом, объективизирующим наличие андрологической патологии, являлась ультразвуковая диагностика. Кроме этого, них были изучены данные соматического статуса, а у 50 человек – состояние ВНС и психологический личностный профиль по экспресс тесту. Полученные в этой группе данные сравнивались с установленными ранее в рамках профилактического осмотра 285 школьников с 6-го по 11 классы. Рассматривая выявляемость андрологической патологии в различных возрастных группах обнаружили, что в 2/3 случаев (67,6%) она была впервые обнаружена у мальчиков старше 13 лет. В связи с этим мы еще раз указываем на то, что диагностика андрологической патологии в детско-подростковом возрасте затруднена в связи с отсутствием у большинства мальчиков жалоб, основанных на опыте, имеющих место у взрослых мужчин. Остановившись на данных УЗИ-диагностики в обсуждаемой нами группе пациентов, отмечаем, что в их структуре ведущее место по частоте встречаемости заняло варикоцеле – в 36,2% случаев и сперматоцеле (киста придатка яичка) – в 32,6% случаев. В 4-6% случаев выявлены гидроцеле (водянка оболочек яичка), орхопатия, эхографические признаки дилатированных сосудов семенных канатиков без нарушенной гемодинамики. В 2-3% – выявлены случаи микролитиаза, изменение объема предстательной железы. Обращая на себя особое внимание то, что патология репродуктивной сферы у трети мальчиков (в 32,6% случаев) носила сочетанный характер: варикоцеле и гидроцеле, варикоцеле и сперматоцеле, варикоцеле и микролитиаз и др. варианты. Выяснилось, что у 89% этих молодых людей в соматическом статусе имелась симптоматика, которая носила системный характер, отражая определенное, чаще всего соединительнотканное неблагополучие в виде нарушения осанки (у 43,2%), плоскостопия (у 25,9%), сколиоза (у 10,1%). От 15 до 5% случаев составляли ВСД, аллергия, патология зрения, нарушения со стороны ЖКТ, МАРС, ожирение (у 5,8%) и пр. Выяснилось, что у 2/3 осмотренных в этой группе пациентов было нарушение РВНС, ее тонуса, тенденция к формированию гиперкинетического типа кровообращения, отклонение от нормы АД. Больше чем у половины из обследованных был акцентуированный вариант психотипа. И если рассматривать этот факт, как свидетельство дисрегуляторных нарушений в организме, то это позволяет несколько под другим углом взглянуть на андрологические проблемы, выйти за рамки их чисто морфологических характеристик в сторону функциональности.

Таким образом, можно полагать, что выявленные нами симптомы соматических, вегетативных расстройств, психотипические особенности можно считать еще и предикторами андрологической

патологии в рамках системного, конституционального неблагополучия организма. Эти дети требуют внимательного отношения к их репродуктивной сфере в рамках осуществления профилактических мероприятий.

Актуальные проблемы московской детской эндокринологии

Петряйкина Е.Е., Новицкая А.И., Выхристюк О.Ф.

Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

По данным Бюро медицинской статистики ДЗМ за 2015-2016 гг., количество московских детей и подростков, страдающих эндокринной патологией, увеличилось до 77 954 человек (+3%). Сахарный диабет (СД) – это группа метаболических заболеваний, характеризующихся хронической гипергликемией, которая является результатом нарушения секреции инсулина, действия инсулина или обоих этих факторов. Хроническая гипергликемия сопровождается повреждением, дисфункцией и недостаточностью различных органов, особенно глаз, почек, нервов, сердца и кровеносных сосудов. СД 1 типа (СД1) – это около 80% всей эндокринной патологии с рождения до 18 лет, всего зарегистрировано в 2016 г. 3379 профильных пациентов, из них впервые выявлено 467, всего детей – 2468, подростков – 911. Используется один из высокотехнологических методов исследования – непрерывный мониторинг гликемии в течение 3 суток – CGMS. В 2016 г. – 650 детей, в 2015 г. – 497. Интегрированным показателем компенсации СД1 является гликированный гемоглобин (HbA1c) (целевое значение до 7,5%), средний показатель в городе у пациентов до 18 лет – 7,7%. Сравнительные значения HbA1c за прошедшие годы говорят о стабилизации его среднего уровня, что соответствует аналогичным показателям развитых стран Европы и, в рамках доказательной медицины, снижает риск развития сосудистых осложнений. Заболеваемость детей СД1 в 2016 г. составила 23,6, распространенность 147,5. Повторяя драматическую мировую тенденцию, прирост составил в группе до 3 лет – 107%, с 4 до 7 лет – 58%, с 8 до 14 лет – 29%, 15-18 лет – уменьшилось на 24%. Почти каждый третий ребенок с впервые выявленным СД1 манифестирует в состоянии диабетического кетоацидоза (ДКА), что требует дальнейшего совершенствования диагностики СД1 на первом и втором уровне оказания медицинской помощи. Проводятся профильные лекции в амбулаторно-поликлинических центрах ДЗМ. Количество детей с СД1, использующих инсулиновые дозаторы – высокотехнологичный метод лечения, составило 30%. Динамика ожирения у детей – количество детей с ожирением увеличилось на 22%, максимально, в период с 14 до 17 лет, что говорит о необходимости проведения превентивных мероприятий у детей, находящихся в группе риска по развитию ожирения. Заболевания щитовидной железы занимают лидирующее положение по количеству пациентов среди всей эндокринной патологии у детей, максимально – это диффузный нетоксический зоб (ДНЗ), который включает в себя эндемический зоб, аутоиммунный тиреоидит и дисгормональный зоб. В Москве, как и в большинстве регионов РФ, ДНЗ регистрируется у 5% у детей препубертатного возраста. Москва является регионом с подтвержденным легким йодным дефицитом, что требует постоянного проведения лечебно-профилактических мероприятий. Неонатальный скрининг позволяет поставить диагноз в первые недели жизни ребенка и избежать тяжелых и необратимых осложнений. Всего неонатальный скрининг в 2016 году был выполнен у 148750 новорожденных, врожденный гипотиреоз выявлен у 63 детей, врожденная дисфункция коры надпочечников – у 21 ребенка. Своевременная диагностика гипопитуитарного нанизма у детей с задержкой физического разви-

тия различной этиологии, дает возможность вовремя назначить заместительную терапию гормоном роста (ГР), обеспечить благоприятный прогноз, избежать инвалидизации. Получают заместительную терапию 261 ребенок и 109 подростков. Стабилизация в 2014-2016 гг. и некоторое снижение показателей заболеваемости и распространенности дефицита ГР говорит о правильности выбранного метода верификации и лечения данной группы больных. Многолетний опыт по изучению побочных эффектов применения отечественного ГР показал безопасность и эффективность проводимого лечения. Преждевременное половое созревание: в Москве в 2016 г. наблюдалось 102 профильных пациента, из них впервые выявлено – 27 детей. Все дети своевременно получают лечение МНН Трипторелин. В течение года выявлено 6 детей с неонатальным сахарным диабетом (генетически подтвержденным) (0,2% от общего количества пролеченных в стационаре больных). Состояния, предрасполагающие к развитию сахарного диабета 2 типа, в виде гиперинсулинизма и/или инсулинорезистентности, связанные с ожирением в рамках метаболического синдрома имели 35 из 126 профильных пациентов. Под руководством Департамента здравоохранения города Москвы планируется дальнейшее реализация мероприятий, направленных на улучшение эффективности, качества и доступности многопрофильной медицинской помощи в городской детской эндокринологии.

Лечебная тактика у детей с острым стенозирующим ларинготрахеитом

Пискунова М.А., Фокичева Н.Н., Красоткина И.Г., Халчева М.В., Федина Н.В.

Рязанский государственный медицинский университет, Городская клиническая больница №11, Рязань

Острый стенозирующий ларинготрахеит (ОСЛТ) одно из наиболее частых состояний, возникающих у детей раннего возраста, на фоне острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ). Неправильная тактика ведения пациентов на всех этапах может быть причиной прогрессирующей дыхательной недостаточности и развития тяжелых форм стеноза.

Цель: проанализировать особенности течения и принципы терапии ОСЛТ у детей на всех этапах лечения.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 872 историй болезней детей, прошедших лечение в инфекционном отделении ГБУ РО «Городская клиническая больница №11» в 2015 г. с диагнозом ОСЛТ. Для оценки степени тяжести стеноза применялась шкала Westley.

Результаты. Наиболее часто ОСЛТ регистрируется у детей от 1 года до 3 лет (65%), с уменьшением числа заболевших к 4-5 годам (22,5%). У 80% детей (n=698) ОСЛТ имел рецидивирующее течение на фоне ОРВИ, причем 1/3 случаев в анамнезе наблюдались различные проявления аллергии. Половина всех пациентов госпитализируются на 2-3 сутки от начала заболевания, имея опыт проводимой терапии на дому. У большинства детей (67,6%) отмечались признаки стеноза гортани 1 степени по шкале Westley, у 9,3% – стеноза 2 степени, стеноз третьей степени не наблюдался. На амбулаторном этапе лечения ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) использовались только у 8,9% пациентов (n=78), в 5% случаев применялись антибиотики (!). При этом по «скорой помощи» и стационарно терапию ГКС (ингаляционно и парентерально) получили уже 67% и 62% больных соответственно. У половины больных улучшение наступило на 1-3 сутки лечения, у остальных (n=436) позднее третьих суток. ОСЛТ осложнился пневмонией в 1,1% (n=10) случаев.

Выводы: ОСЛТ чаще наблюдается у детей в возрасте от 1 до 3 лет, имеющих «неблагополучный» аллергологический анамнез. Реци-

дивертирующий характер ОСЛТ «диктует» необходимость наличия домашнего небулайзера для адекватной терапии и уменьшения частоты госпитализации. Стандартизированным методом лечения при ОСЛТ являются ИГКС.

Уникальный опыт лапароскопических резекций толстой кишки у детей с кроноподобными первичными иммунодефицитами

Поддубный И.В., Щербакова О.В., Козлов М.Ю., Малащенко А.С., Харькина А.В., Трунов В.О.

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

Первичные иммунодефицитные состояния – это генетически детерминированные заболевания, обусловленные нарушением сложного каскада реакций, необходимых для элиминации чужеродных агентов из организма и развития адекватных воспалительных реакций. Характерными клиническими проявлениями большинства иммунодефицитов являются инфекции, аутоиммунные нарушения и неинфекционные проявления (Кондратенко И.В., 2005). Одним из таких неинфекционных проявлений является кроноподобное поражение кишечника. Основным методом лечения тяжелых первичных иммунодефицитов является трансплантация костного мозга, однако при формировании воспалительных стриктур кишечника требуется проведение хирургических вмешательств (Корниенко Е.А., 2016). Учитывая серьезность основного заболевания и угрозу септических осложнений, детям с иммунодефицитными состояниями особенно важно использование малоинвазивных эндохирurgicalических методик.

Целью данной работы являлось представление результатов лапароскопических резекций толстой кишки со стриктурами у детей с первичными иммунодефицитами.

Материалы и методы. В 2017 г. в отделении неотложной и абдоминальной хирургии Морозовской ДГКБ на лечении находились двое подростков 13 и 15 лет с первичными иммунодефицитами: X-сцепленным лимфопролиферативным синдромом 2 типа – с мутацией гена XIAP у первого мальчика и с мутацией гена BIRC4 – у второго. Оба ребенка наблюдались в течение нескольких лет в разных учреждениях с диагнозом: «Болезнь Крона толстой кишки с перианальными проявлениями: рецидивирующими парапроктитами и анальными трещинами». Учитывая тяжесть перианальных осложнений и формирующиеся воспалительные стриктуры толстой кишки, детям были наложены кишечные стомы – двустольная асцендостома у первого пациента (в 2014) и двустольная илеостома у второго (в 2015). Диагноз первичного иммунодефицита был установлен в ФГБУ ННПЦ им. Д. Рогачева в 2015 г., причем срок от дебюта заболевания до верификации диагноза составлял 12 лет в обоих случаях. В феврале 2016 г. пациенты успешно перенесли аллогенные трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК). Через год после ТГСК при контрольном обследовании по данным колоноскопии и ирригографии выявлены стриктуры толстой кишки: у одного мальчика – рубцовая стриктура ануса и прямой кишки с полной облитерацией просвета и у второго – стриктура дистальной трети сигмовидной кишки с точечным просветом.

Результаты. Пациентам проведены плановые лапароскопические операции с удалением участка кишки со стриктурой и сохранением кишечной стомы: в первом случае – резекция прямой кишки с наложением «ручного» сигмоанального анастомоза и – у второго ребенка – резекция сигмовидной кишки с наложением

«механического» коло-ректоанастомоза циркулярным швеем аппаратом. Хорошая оптическая визуализация позволила четко выделить границы пораженных отделов толстой кишки с определением границ резекции. Мобилизация кишки проводилась с использованием аппарата Force Triad Coviden, совмещающего в себе возможности коагуляции сосудов в режиме Ligasure и пересечения коагулированных тканей. Операции проводились с многокомпонентной мультимодальной сбалансированной анестезией с эпидуральным блоком, кратковременно использовался назогастральный зонд. В послеоперационном периоде дети находились в отдельной палате хирургического отделения, обеспечивалась ранняя активизация больных, с минимальным применением наркотических анальгетиков, в первые сутки удался уретральный катетер и страховочный дренаж; благодаря наличию кишечных стом рано начиналось энтеральное кормление. Ректальные интубаторы удалены на 6 сутки. Получен хороший косметический результат, послеоперационных осложнений не было. У 15-летнего пациента на 4-е сутки после операции появились кожные проявления опоясывающего герпеса, успешно купированные на фоне противовирусной терапии; через месяц после операции выполнено закрытие илеостомы с восстановлением непрерывности кишечника.

Заключение. Представлен уникальный опыт использования малоинвазивных технологий у детей с кроноподобными поражениями кишечника на фоне тяжелейших иммунодефицитных состояний. Учитывая высокий риск гнойно-септических осложнений, был разработан и успешно внедрен оптимизированный протокол ведения пациентов до и после операции. Использование щадящих лапароскопических методик и индивидуальный подход позволил получить хорошие результаты хирургического лечения детей с кишечными осложнениями первичного иммунодефицита.

Характеристика уровня артериального давления и липидного спектра у детей и подростков, родившихся недоношенными

Подпорина М.А., Рафикова Ю.С., Саприна Т.В.

Сибирский государственный медицинский университет, Томск

Введение. На данный момент активно изучаются последствия недоношенности в различные возрастные периоды, возникают публикации об отдаленных последствиях недоношенности в виде метаболического синдрома.

Целью нашего исследования явилось изучение уровня артериального давления (АД) и липидного спектра детей и подростков, рожденных недоношенными в отдаленном катамнезе.

Пациенты и методы. В исследовании приняли участие 42 подростка: 24 мальчика и 18 девочек (средний возраст 11,8 лет ($\pm 1,5$)), рожденных раньше срока (средний срок гестации 32,9 ($\pm 2,09$) недели). Контрольную группу составили 36 подростков, рожденных доношенными со средним сроком гестации 39,1 недель. Информация о состоянии здоровья подростков в ранний неонатальный период получена из учетно-отчетной формы № 097/у родильного дома (карта новорожденного), историй болезни неонатального периода. Участники исследования обследовались амбулаторно на базе ОГБУЗ «Детская больница №1» г. Томска. Протокол обследования состоял из клинического осмотра, измерения АД (не менее 2-х раз методом Короткова, уровень АД оценивается по перцентильным таблицам с учетом возраста, пола и роста), клинического осмотра, забора венозной крови. Кроме того, всем подросткам исследовался липидный спектр сыворотки крови. Статистический анализ данных производился с использованием пакета прикладных программ (STATISTICA 10.0).

Результаты. В основной группе уровень АД, как систолического, так и диастолического выше по сравнению с группой контроля ($p < 0,001$): у 5 (11,9%) подростков основной группы имелся высокий уровень артериального давления (значения превышали 90-ый перцентиль), в группе контроля уровень АД был в нормальных пределах. Кроме того, в нашей работе обращает на себя внимание тот факт, что для четырех из пяти подростков информация о том, что у них имеются высокие цифры АД, звучала впервые. Отклонения от нормы в показателях липидограммы встречались в обеих группах, но в целом средние значения не выходили за рамки лабораторных норм. В группе подростков, рожденных недоношенными, средние значения липидограммы выглядели следующим образом: общий холестерин составлял $4,42 \pm 0,87$ ммоль/л, триглицериды (ТГ) $0,92 \pm 0,43$ ммоль/л, липопротеиды высокой плотности (ЛПВП) $1,88 \pm 0,48$ ммоль/л, липопротеиды низкой плотности (ЛПНП) $2,01 \pm 0,78$ ммоль/л, индекс атерогенности $1,49 \pm 0,73$. В группе контроля средний показатель общего холестерина был достоверно ниже ($p < 0,05$) и составлял $4,07 \pm 0,7$ ммоль/л, уровень ЛПНП был ниже $1,81 \pm 0,63$, но не имел достоверности, уровень ЛПВП составил $1,78 \pm 0,73$ ммоль/л, уровень ТГ $0,95 \pm 0,4$ ммоль/л, индекс атерогенности $1,49 \pm 0,8$.

Заключение. Дети в критический период своей жизни – препубертатный и пубертатный периоды имеют риск развития дисрегуляции АД, формируя, таким образом, группу высокого риска по развитию артериальной гипертензии во взрослом возрасте. Данное исследование еще раз подтвердило тот факт, что недоношенные дети и подростки, безусловно, формируют группу риска по различным метаболическим заболеваниям. Выявленные нарушения диктуют необходимость углубленной оценки и более тщательного мониторинга состояния здоровья данной категории пациентов для выявления ранних маркеров хронических неинфекционных заболеваний, внедрения комплексных программ профилактики в дошкольном и младшем школьном возрасте, а также своевременного лечения выявленных отклонений. Работа выполнена при поддержке Российского гуманитарного научного фонда (№15-06-105).

Анализ антропометрических, биоимпедансметрических и биохимических показателей у группы подростков-школьников города Москвы

Порядина Г.И., Цыркунова Е.В.
ГБУЗ ДГП № 23 ДЗ г. Москвы

Цель работы: выявление в ходе диспансеризации факторов риска неинфекционных заболеваний.

Для этого были поставлены следующие задачи. Оценить распространенность ожирения, дефицита массы тела, дислипидемии и дефицита витамина D у подростков.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 1388 подростков, прошедших диспансеризацию. 164 подростка были обследованы с помощью биоимпедансного анализатора ABC-01 «МЕДАСС». 85 детям был определен уровень 25(ОН)D, 97 уровень общего холестерина (ОХС), липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицеридов, коэффициент атерогенности (КА).

Результаты. Было осмотрено 1388 подростков 13-17 лет. Из них 51,4% мальчиков и 48,6% девочек. Ожирение выявлено у 7,7%, избыток массы тела у 16,4%, дефицит массы тела у 11,5% детей. При этом ожирение выявлено у 5,15% мальчиков и 2,6% девочек, а избыточная масса тела у 8% мальчиков и 8,4% девочек. Среди детей с ожирением (107) – I степень у 39,3%, II степень 44,9%, III степень у 11,2% и IV степень у 4,7% подростков. Дефицит массы тела выявлен у 6,6% мальчиков и 4,9% девочек. ИМТ в пределах референсных

значений был у 64,3% подростков. Уровень 25(ОН)D у всех детей был ниже референсных значений (30-50 нг/мл). Среднее значение уровня 25(ОН)D $14,48 \pm 0,54$ нг/мл. Недостаток 25(ОН)D (21-29 нг/мл) определялся у 11,8%, дефицит 25(ОН)D (11-21 нг/мл) у 68,2% и выраженный дефицит (до 10 нг/мл) у 20% подростков. Различий между уровнем дефицита 25(ОН)D в группах детей с избыточной массой тела и ожирением ($15,28 \pm 4,8$ нг/мл) и детей с дефицитом массы тела ($13,01 \pm 5,36$ нг/мл) не выявлено. 97 подросткам был исследован липидный спектр: у 44,2% выявлено снижение ХС ЛПВП, у 13,8% – повышение ХС ЛПНП, 7,5% повышение КА, 5,2% – повышение ОХС, 4,2% – повышение триглицеридов. При сравнении уровней ОХС, триглицеридов в группах детей с дефицитом массы тела (22 ребенка) и избытка массы тела и ожирение (48 детей) достоверных различий получено не было, но, были выявлены достоверные различия в этих группах уровня КА. У детей с дефицитом массы он составил $1,75 \pm 0,51$, у детей с избытком массы и ожирением $2,3 \pm 0,73$ ($p < 0,01$). При сравнении групп детей с дефицитом массы тела и ожирением были выявлены достоверные различия в уровне триглицеридов: у детей с дефицитом веса $0,86 \pm 0,3$, у детей с ожирением $1,1 \pm 0,5$ ($p = 0,03$), ХС ЛПВП: у детей с дефицитом веса $1,45 \pm 0,23$, у детей с ожирением $1,18 \pm 0,27$ ($p < 0,0001$), КА: у детей с дефицитом веса $1,74 \pm 0,5$, у детей с ожирением $2,46 \pm 0,7$ ($p < 0,0001$). Биоимпедансметрию исследовали у 164 детей. Из них дефицит массы тела был у 23,2%, избыток массы тела и ожирение у 63,4%. Среди детей с дефицитом массы тела 71,1% имели сниженную активную клеточную массу, 65,8% имели дефицит жировой ткани, тощей массы и общей жидкости, 18,4% имели снижение внеклеточной жидкости, 2,6% – повышение внеклеточной жидкости, и ни один ребенок не имел снижения скелетно-мышечной массы. Среди детей с избыточной массой и ожирением 98,1% имели избыток жировой массы, 18,3% – повышение активной клеточной массы, 13,5% – повышение внеклеточной жидкости, 6,7% – повышение тощей массы и общей жидкости, 4,8% – повышение скелетно-мышечной массы, 0,9% (1) – понижение внеклеточной жидкости, у 9,6% детей показатели жировой массы были в пределах нормы.

Выводы. Почти половина детей имели значения ИМТ вне референсных значений. Практически каждый десятый ребенок (11,5%) имеет дефицит массы тела, а 7,7% имеют ожирение. Показатели дислипидемии достоверно выше у детей с ожирением, что говорит о риске сердечно-сосудистых проблем у них в дальнейшем. Среди детей с дефицитом веса больше половины (65,8%) имеют снижение активной клеточной массы, что говорит о недостатке белка в питании и/или неадекватной его усвояемости и требует дальнейшего обследования у гастроэнтеролога. Все обследованные дети имели дефицит витамина D в разной степени, из них каждый пятый имел выраженный его дефицит.

Таким образом, необходимо проводить активную профилактику избыточной массы тела для подростков на приемах у врача и в школах, внедрять «школы здоровья» и пропаганду здорового образа жизни. Для детей с дефицитом веса необходимо проводить анализ питания и, возможно, консультации гастроэнтеролога, для исключения нарушения всасываемости белка. Всем детям необходима профилактика витамин D-дефицитных состояний.

Динамика антропометрических показателей маловесных доношенных детей в течение первых двух лет жизни

Прилуцкая В.А., Сапотницкий А.В.
Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Дети с низкой массой тела при рождении имеют более высокий риск патологических состояний, связанных с нарушением

гормонально-метаболического статуса, таких как ожирение, сахарный диабет второго типа, артериальная гипертензия во взрослом возрасте. При этом развитие данных заболеваний во многом зависит от эпигенетических факторов, а динамика догоняющего роста является важнейшим фактором, требующим мониторинга. При этом оптимальные темпы такого роста остаются дискуссионными и требуют изучения.

Цель исследования – проанализировать особенности динамики антропометрических показателей доношенных детей с низкой массой тела при рождении на протяжении первых двух лет жизни. Материалы и методы. В исследование был включен 51 маловесный при рождении доношенный ребенок. Первую группу составили 12 детей, у которых к 2 годам сохранялся дефицит массы тела (z -score ИМТ менее минус 1), во вторую – 8 детей с избытком массы тела (z -score ИМТ более +1). В третью группу включен 31 ребенок, у которых к 2 годам z -score ИМТ составил от -1 до +1. При рождении дети групп наблюдения не имели различий в значениях массы тела (2430,0 [2430,0; 2530,0] г в 1-й группе, 2410,0 [2290,0; 2530,0] г во 2-й и 2370,0 [2360,0; 2470,0] г в 3-й группе. Z -score массы тела составили -1,97 [-2,07; -1,89], -1,99 [-2,39; -1,85], -2,07 [-2,09; -1,92] соответственно. Группы были сопоставимы по полу и гестационному возрасту пациентов. Критерии исключения: ВПР, многоплодная беременность, диагностированные наследственные синдромы. При оценке физического развития (ФР) вычислялся показатель z -score, отражающий стандартное отклонение (σ) исследуемого показателя от медианы эталонной популяции по отношению к возрасту и полу, рекомендуемого ВОЗ. ИМТ и показатели z -score рассчитаны с помощью антропометрического калькулятора программы WHO Anthro. У обследованных младенцев в возрасте двух лет жизни проведен анализ длительности грудного вскармливания, особенностей пищевого поведения по представленным пищевым дневникам, оценка уровня физической активности и нервно-психического развития младенцев, количества и структуры перенесенных заболеваний. Данные статистически обработаны с помощью Excel, Statistica 10.0. Результаты представлены в виде медианы и интерквартильного размаха.

Результаты. При анализе анамнестических данных родителей значимые различия в подгруппах установлены у матерей. Дети с последующей избыточной массой тела в 2-х летнем возрасте, рождались от матерей с повышенными значениями ИМТ. Так, в 2-й группе масса матерей была больше, чем во 1-й ($p=0,034$) и составила Ме 95,0 кг (от 61,0 до 116,0). В 1-й группе этот показатель был 57,5 [46,75; 65,50] кг. Установлено, что у матерей детей с избыточной массой тела в 2 года было достоверно ($p=0,018$ и $p=0,012$) более высоким и ИМТ. В возрасте 1 месяца жизни не выявлено различий массы и длины тела у младенцев групп наблюдения, показателях z -score массы, а также прибавки массы тела за данный период. В 3 месяца дети 1-й группы стали отставать в массе тела (4800,0 [4507,0; 5375,0] против 5400,0 [4950,0; 6100,0] г в 3-й группе, $p=0,033$) и значениях прибавки массы тела 2390,0 [2095,0; 2747,0] г против 2830,0 [2580,0; 3580,0], $p=0,021$). Показатели младенцев 2-й группы не имели статистически значимых различий: масса 5200,0 [4500,0; 6070,0] г и прибавка массы 2850,0 [2205,0; 3590,0] г. К возрасту одного года жизни у младенцев 1-й группы уже наблюдалось существенное отставание как в массе тела (8600,0 [8100,0; 8900,0] г против 9450,0 [8400,0; 10200,0] г, $p=0,021$), так и по z -score массы (-0,83 [-1,05; -0,47] против 0,18 [-0,54; 0,83], $p=0,002$ и прибавкам массы (6020,0 [5180,0; 6270,0] г против 7040,0 [6180,0; 7630,0] г, $p=0,013$). Дети 2-й группы к этому возрасту не имели достоверных отличий показателей антропометрического статуса от детей 3-й группы: масса тела была равна 10150,0 [9400,0; 10300,0] г, z -score массы тела – 0,82 [0,22; 0,99], прибавка массы за первый год – 7735,0 [7100,0; 7825,0] г, а опережать параметры сверстников они стали после года жизни.

Выводы. У маловесных детей с недостаточным догоняющим ростом к 2 годам жизни отставание показателей отмечалось с 3 месяцев

жизни, что обуславливает важность раннего мониторинга ФР у этих младенцев с подсчетом как прямых, так и производных антропометрических параметров (ИМТ и z -score).

Болезни эндокринной системы у детей с активным туберкулезом

Романова М.А., Мордык А.В., Леонтьева Е.С.

Омский государственный медицинский университет, Специализированная детская туберкулезная клиническая больница, Омск

Цель. Оценить эндокринную патологию у больных туберкулезом детей для совершенствования тактики ведения таких пациентов.

Задачи. 1. Оценить спектр эндокринных заболеваний у больных туберкулезом детей. 2. Изучить клинические формы туберкулеза у детей с эндокринными заболеваниями. 3. Выявить особенности сопутствующих заболеваний у больных туберкулезом детей с эндокринной патологией.

Материалы и методы. Из 1165 детей с активным туберкулезом 64 ребенка имели эндокринные заболевания (1-я группа), а 1101 не имели (2-я группа). Все дети были в возрасте от 0 до 14 лет и находились на лечении в Специализированной детской туберкулезной клинической больнице Омска. В 1-й группе девочек было 40 (62,5%), а во 2-й – 521 (47,3%) ($\chi^2=4,991$; $p=0,025$).

Данная работа подготовлена в рамках гранта РФФИ региональный конкурс «Российское могущество прирастает будет Сибирью и Ледовитым океаном» по теме «Оценка роли социального риска и наличия соматической и инфекционной патологии у детей в развитии и течении туберкулеза» № 16-16-55012 а(р).

Результаты. В 1-й группе у 27 детей были заболевания щитовидной железы, у 28 – ожирение, у 3 – сахарный диабет, у 1 – нарушение роста, у 9 – нарушение полового созревания, у 1 – хроническая надпочечниковая недостаточность. Туберкулез органов дыхания (ТОД) в 1-й группе имели 48 (75%) детей, а во 2-й 970 (88,1%) ($\chi^2=8,266$; $p=0,004$). Генерализованный туберкулез выявлен у 9 (14,1%) детей 1-й группы и у 64 (5,8%) 2-й ($\chi^2=8,266$; $p=0,004$). Внегочный туберкулез диагностирован у 7 (10,9%) детей в 1-й группе и у 66 (6%) во 2-й ($\chi^2=1,745$; $p=0,187$). Туберкулезную интоксикацию имел 1 ребенок 2-й группы. В структуре ТОД первичные формы туберкулеза отмечены в обеих группах, так туберкулез внутригрудных лимфатических узлов диагностирован у 32 (50%) детей в 1-й группе и у 694 (63%) во 2-й ($\chi^2=3,838$; $p=0,050$), а первичный туберкулезный комплекс в 1-й группе имели 10 (15,6%) детей, а во 2-й 51 (4,6%) ребенок ($\chi^2=8,266$; $p=0,004$). Инfiltrативный туберкулез легких в 1-й группе зафиксирован у 4 (6,3%) детей, во 2-й у 51 (4,6%) детей ($\chi^2=0,084$; $p=0,772$). Только у детей 2-й группы регистрировались такие формы, как очаговый туберкулез (17 детей – 1,5%), туберкулома (4 ребенка – 0,4%), казеозная пневмония (1 ребенок – 0,1%). Экссудативный плеврит зафиксирован в 1-й группе у 2 детей, а во 2-й у 12 (1,1%) ($\chi^2=0,744$; $p=0,388$). Бактериовыделителями были 7 детей в 1-й группе и 84 ребенка во 2-й ($\chi^2=0,517$; $p=0,472$). Осложнения специфического процесса развились у 3 (4,7%) детей 1-й группы и у 94 (8,5%) детей 2-й ($\chi^2=0,724$; $p=0,395$). Кроме эндокринных болезней другую сопутствующую туберкулезу патологию имели 58 (90,6%) детей в 1-й группе и 904 (82,1%) ребенка во 2-й ($\chi^2=2,487$; $p=0,115$). Болезни системы кровообращения диагностированы у 23 (35,9%) детей 1-й группы и у 274 (24,9%) 2-й ($\chi^2=3,329$; $p=0,068$). Заболевания системы пищеварения отмечены у 11 (17,2%) 1-й группы и 68 (6,2%) 2-й ($\chi^2=9,925$; $p=0,002$). Болезни дыхательной системы выявлены у 5 (7,8%) детей в 1-й группе и у 59 (5,4%) во 2-й ($\chi^2=0,308$; $p=0,579$). Анемии возникали у 7 (10,9%) детей 1-й группы и у 98 (8,9%) во 2-й ($\chi^2=0,108$; $p=0,742$). Болезни мочеполовой системы

зарегистрированы у 18 (28,1%) детей в 1-й группе и у 139 (12,6%) детей во 2-й ($\chi^2=11,169$; $p=0,000$). Нарушения со стороны нервной и психической системы имели 13 (20,3%) детей 1-й группы и 228 (20,7%) детей 2-й группы ($\chi^2=0,179$; $p=0,672$). Болезни костной системы и соединительной ткани зафиксированы у 13 (20,3%) детей 1-й группы и у 303 (27,5%) во 2-й ($\chi^2=9,925$; $p=0,002$). Патология кожи регистрировалась у 4 (6,3%) детей 1-й группы и у 57 (5,2%) 2-й ($\chi^2=0,007$; $p=0,931$). Онкологические заболевания имел 1 (1,6%) ребенок 1-й группы и 8 (0,7%) 2-й ($\chi^2=0,000$; $p=0,993$). Офтальмопатологию регистрировали у 13 (20,3%) детей 1-й группы и у 120 (10,9%) 2-й ($\chi^2=4,410$; $p=0,036$). Инфекционные болезни в 1-й группе выявлены у 13 (20,3%) детей, а во 2-й группе у 330 (30%) ($\chi^2=9,925$; $p=0,002$). Болезни уха возникали у 1 (1,6%) ребенка 1-й группы и у 15 (1,4%) 2-й ($\chi^2=0,175$; $p=0,132$).

Выводы. 1. У детей с активным туберкулезом сопутствующая эндокринная патология чаще представлена болезнями щитовидной железы и ожирением. 2. Для детей с эндокринными заболеваниями характерна более тяжелая структура клинических форм туберкулеза, с более частым развитием генерализованных форм. 3. Активный туберкулез у детей с эндокринными заболеваниями часто сочетается с другой сопутствующей патологией, наиболее часто с болезнями пищеварения, мочеполовой системы и офтальмопатологией.

Роль врача-педиатра в диагностике злокачественных новообразований у детей: результаты внешнего аудита в некоторых субъектах Российской Федерации

Рыков М.Ю., Байбарина Е.Н., Поляков В.Г.

НИИ детской онкологии и гематологии
ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина», Москва

Цель: повышение ранней выявляемости злокачественных новообразований у детей.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезней детей с солидными опухолями, которые в 2011-2015 гг. получали специализированное и симптоматическое лечение в онкологических отделениях областных больниц 7 субъектов РФ, входящих в состав Центрального, Северо-Западного, Северо-Кавказского, Приволжского и Южного федеральных округов, а также проведена оценка оснащенности отделений медицинским оборудованием и укомплектованности штатов медицинского персонала в соответствии с рекомендациями Приложений №5 и №6 к Приказу Минздрава России №560н от 31 октября 2012 г. (в редакции Приказа №608н от 02.09.2013 г.) «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю "детская онкология"».

Результаты. Выявлено 374 пациента (194 (51,9%) мальчика и 180 (48,1%) девочек) в возрасте 0-17 лет (средний возраст 5,4 года) со злокачественными новообразованиями. Количество госпитализаций – 1534, общее количество койко-дней – 22 762, среднее – 14,8. Пациентов с I ст. заболевания – 23 (6,1%), со II ст. – 112 (30%), с III ст. – 89 (23,9%) и с IV ст. – 146 (39%), с неустановленной стадией – 4 (1%). Федеральные клинические рекомендации были нарушены при лечении 46 (12,3%) пациентов. При плановых профилактических осмотрах злокачественное новообразование было выявлено у 1 (0,3%) пациента.

Выводы. На основании полученных результатов разработаны практические рекомендации по раннему выявлению злокачественных новообразований у детей, а также анкета, рекомендательная для заполнения врачами-участковыми педиатрами, по результатам заполнения которой принимается решение о целесообразности направления пациента на консультацию к врачу-детскому онкологу. Данные меры будут способствовать повышению онкологической настороженности врачей первичного звена.

Взаимосвязи нарушений энтерального обеспечения в раннем неонатальном периоде и соотношения хлор/натрий в плазме крови у глубоко недоношенных детей

Сапотницкий А.В., Артюшевская М.В., Шишко Г.А.

Белорусский государственный медицинский университет,
Белорусская медицинская академия последипломного образования,
Минск, Республика Беларусь

Введение. Нарушения ранней адаптации у недоношенных детей с ЭНМТ и ОНМТ при рождении, проявляющиеся в срыве нарастания объемов энтерального питания существенно увеличивают риск последующих осложнений. Отношение хлор/натрий крови может изменяться при наличии скрытого ацидоза, что перспективно в плане раннего прогноза. Цель исследования – выявление взаимосвязей параметров кислотно-основного состояния при нарушениях энтерального обеспечения у недоношенных новорожденных с массой тела при рождении менее 1500 грамм.

Методы исследования. В первую группу включено 9 детей с ЭНМТ со срывами нарастания объемов энтеральной нагрузки в виде снижения суточного объема молочной смеси в течение первой недели жизни, во вторую группу вошли 11 детей с ЭНМТ, у которых объем энтеральной нагрузки нарастал без срывов. Группу 3 составили 14 детей с ОНМТ и наличием нарушений нарастания энтерального питания, в группу 4 – 14 младенцев без энтеральных нарушений. Средние значения исследуемых величин представлены в виде медианы и межквартильного размаха. Использован критерий Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение. Не выявлено достоверных различий в средних показателях рН, парциальном напряжении кислорода и углекислого газа, средних значениях актуального бикарбоната в группах 1-2 и 3-4 соответственно. Средние значения соотношения хлор/натрий в группах 1 и 2 не имели статистически значимых отличий: 0,802 (0,76 – 0,843) и 0,817 (0,795 – 0,829) соответственно. А в группе 3 данное соотношение было достоверно выше ($p=0,045$), чем в группе 4, составив 0,828 (0,812 – 0,859) против 0,798 (0,789 – 0,818). Выводы. Выявлены взаимосвязи срывов энтерального обеспечения и повышения средних значений соотношения хлор/натрий у детей с ОНМТ. В группах детей с ЭНМТ такие взаимосвязи не выявлены. Соотношение хлор/натрий имеет перспективу в качестве предиктора нарушений энтерального обеспечения у детей с ОНМТ.

Возможности кабинета паллиативной помощи детям на базе многопрофильной детской клинической больницы

Семенова В.Ю., Тысячная Е.М., Петрайкина Е.Е., Колтунов И.Е.

Морозовская детская городская клиническая больница, Филиал №2,
Москва

В Морозовской детской городской клинической больнице, на базе отделения Паллиативной медицинской помощи детям, в августе 2016 г., был открыт Кабинет паллиативной помощи. Текущий Порядок оказания паллиативной помощи детям не предусматривает такой структурной единицы, однако с целью обеспечения преемственности оказания паллиативной помощи в амбулаторных условиях детям, получившим помощь в отделении, было создано такое подразделение. С августа 2016 г. осуществлено около 800 консультаций детей и членов их семей. Нозологическое распределение пациентов, наблюдающихся в кабинете паллиативной помощи: органические поражения ЦНС, онкологические, генетические заболевания, тяжелые аномалии и пороки развития. Постановка на учет в Кабинет паллиативной помощи осуществляется в день обращения и требует минимального набора документов. Врачом-педиатром, имеющим сертификат по палли-

тивной медицинской помощи детям, проводится осмотр и оценка тяжести состояния ребенка, составление плана обследований, оценка и коррекция нутритивного статуса, подбор лекарственной терапии, в том числе обезболивающей наркотическими анальгетиками. Возможна плановая и, при необходимости, экстренная замена трахеостом, гастростом, назогастральных зондов, мочевых катетеров. Проведение консультаций членов семьи по уходу. В Кабинете паллиативной помощи осуществляется широкий спектр лабораторной диагностики (клинические анализы крови, мочи, коагулология, биохимические анализы крови, мочи, диагностика инфекций, посевы на флору и определение чувствительности к антибактериальным препаратам различных сред организма и другие исследования), инструментального обследования (ультразвуковые, рентгенологические методы обследования, нейросонограмма, электрокардиограмма, холтеровское мониторирование, электроэнцефалограмма), консультации узких специалистов (невролог, офтальмолог), проведение лечебных мероприятий в рамках стационара одного дня, где возможно проведение инфузионной терапии, трансфузионной терапии компонентами крови, паллиативной химиотерапии, таргетной терапии. Необходимые обследования планируются таким образом, чтобы провести их в полном объеме за 1 день. Кроме того, проводится физиотерапевтическое лечение, лечебная физкультура, массаж. Оказывается психологическая помощь детям и членам их семей клиническим психологом. При ухудшении состояния дети, наблюдающиеся в Кабинете паллиативной помощи, госпитализируются в Паллиативное отделение МДГКБ в день обращения. В дальнейшем плане развития амбулаторной помощи является организация стоматологической помощи для паллиативных пациентов в амбулаторных условиях. Необходимым звеном улучшения качества медицинской помощи данной группы детей также является углубление сотрудничества с детскими поликлиниками г. Москвы и другими организациями, оказывающими паллиативную помощь детям.

Отдельные формы туберкулеза у детей (морфологические аспекты)

Семенова Л.А., Никитин С.С., Лепеха Л.Н., Березовский Ю.С.

Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза, Москва

Введение: морфологическая картина дает возможность достоверно оценить форму туберкулезного воспаления, степень его активности, способствует оценке динамики воспалительного процесса, адекватности и выбору метода лечения.

Цель: на основе морфологического исследования проанализировать некоторые формы туберкулезного воспаления у детей, определить степень их активности.

Материал и методы: просмотрены гистологические препараты 2013-2017 гг. прооперированных детей. Препараты окрашивали гематоксилином и эозином (обзорная) и дополнительными окрасками: по ван-Гизон; Циль-Нильсену; Грокоту; Маллори; толлуидиновым синим; орсеином; проводили PAS-реакцию.

Результаты: из 108 больных – 59 (55%) человек женского и 49 (45%) – мужского пола. Возрастной диапазон широкий от 3 до 18 л. Согласно общепринятой клинической классификации туберкулеза (2003 г.) в нашей практике у детей встречаются следующие формы туберкулезного воспаления: Туберкулома – 51 (47%); Фиброзно-кавернозный туберкулез легких – 14 (13%); Очаговый туберкулез – 8 (7%); Кавернозный туберкулез – 4 (4%); Первичный туберкулезный комплекс – 2 (2%). Из внелегочных поражений у 8 (6%) был выявлен Туберкулезный плеврит и в 17 (16%) случаях обнаружен Туберкулез лимфатических узлов. В наблюдениях с туберкуломами и фиброзно-кавернозным туберкулезом нами проведена морфологическая верификации степени активности воспалительного процесса. Морфологические признаки активности Туберкулом: При отсутствии активности – 9 (18%) воспалительный про-

цесс характеризовался плотным казеозным некрозом с минерализацией. Очаги казеоза отграничены широким слоем фиброзной капсулы, по периферии с очаговыми лимфоидными скоплениями (лимфонодулями). При легкой степени активности – 14 (27%) казеозный некроз становится более рыхлым. В соединительно-тканной капсуле появляются участки разной степени зрелости. По периферии туберкуломы определялись немногочисленные увядающие гранулемы, очаги отсева. Увеличивалось количество лимфонодулей. Умеренная степень активности – 15 (29%): казеозный некроз рыхлый. Соединительно-тканная капсула с элементами грануляционной ткани, нейтрофильными лейкоцитами во внутреннем – и разновозрастными гранулемами в наружном слоях. Эпителиоидно-клеточные гранулемы с некротическими изменениями. Лимфонодули плохо сформированы, без четкой дифференцировки. Выраженная степень активности – 13 (26%): казеозный некроз рыхлый с нейтрофильными лейкоцитами. Соединительно-тканная капсула со множеством разновозрастных гранулем, преобладанием свежего некроза в наружном слое. Характерно: бронхогенная диссеминация в виде гранулематозной реакции; диссеминаты в легочной паренхиме; плеврит. Фиброзно-кавернозный туберкулез морфологически сочетает каверно-образующие полости с фиброзными изменениями легочной паренхимы. Прогрессирование воспалительного процесса при фиброзно-кавернозном туберкулезе имеет низкую и высокую степени активности. При низкой степени активности – 4 (29%): двухслойная каверна изнутри представляла собой грануляционную ткань с эпителиоидно-клеточными гранулемами, гигантскими многоядерными клетками. Наружный слой кавернозной полости – это широкая соединительно-тканная капсула. В перифокальной легочной паренхиме определялись немногочисленные эпителиоидно-клеточные гранулемы. Высокая степень активности – 10 (71%). Каверна приобретает трехслойное строение: 1. казеозно-некротический; 2. эпителиоидно-клеточный с гранулемами, гигантскими многоядерными клетками разной степени созревания; 3. соединительно-тканная капсула. При этой степени активности соединительно-тканная капсула становится тонкой, без четкой границы сливается с неизменной легочной тканью. В перифокальной паренхиме наблюдалось большое количество очагов отсева в виде эпителиоидно-клеточных гранулем с гигантоклеточными макрофагами и лимфонодулями.

Заключение. По данным нашего морфологического анализа следует, что основная часть операционного материала у детей представлена туберкуломами. Анализ их активности показал, что все степени встречаются с относительно одинаковой частотой. Фиброзно-кавернозный туберкулез у детей наблюдался реже, чем у лиц старшего возраста, но всегда с выраженной степенью активности. Морфологическая характеристика степени активности дает возможность сопоставить их с клинко-рентгенологическими данными, провести корреляцию, что будет способствовать выбору лечебной тактики.

Приоритетность комплексного подхода в этиологической диагностике гнойных бактериальных менингитов у детей

Терещенко С.В., Анисеева Н.А., Гребова Л.П.

Рязанский государственный медицинский университет, Городская клиническая больница № 11, Рязань

Актуальность ранней диагностики и специфического лечения гнойных бактериальных менингитов (ГБМ) у детей определяется тяжестью их клинического течения, развитием угрожающих жизни осложнений, а так же высокой летальностью. Профилактикой развития осложнений является ранняя этиотропная терапия, основанная на минимизации сроков идентификации возбудителя заболевания и корректного определения его антибиотикограммы. Цель. Оценка значимости культуральных и некультуральных методов, используемых для этиодиагностики ГБМ у детей.

Материалы и методы. В ГБУ РО «ГКБ № 11» на базе бактериологической лаборатории используется комплекс методов для идентификации возбудителей ГБМ и расшифровки детерминант резистентности: 1. Бактериоскопия нативного материала (СМЖ, «толстая капля» крови) и культурального препарата. 2. Традиционный культуральный метод. 3. Иммунологические тесты: экспресс метод латексной агглютинации (РЛА) на наличие антигенов *N.meningitidis* гр. А, В, С, *S.pneumoniae*, *H.influenzae* тип "b" в материале и антигенов *S.pneumoniae*, стрептококков гр. А, В, С, F, G в культуре; реакция агглютинации на стекле для определения серогруппы *N.meningitidis* 4. Неоклассика – полуавтоматический метод идентификации 5. Детекция детерминант резистентности диско-диффузионным методом (ДДМ) в соответствии с Российскими клиническими рекомендациями «Определение чувствительности микроорганизмов к антимикробным препаратам (АМП)». Результаты. В 2013–2015 гг. в детское нейроинфекционное отделение поступило 39 детей с ГБМ. Более половины пациентов были в возрасте до 7 лет (70,8%). Среди заболевших преобладали мальчики (62,5%). Большинство заболевших – городские жители (80,7%). Показатель высеваемости при ГБМ из спинномозговой жидкости (СМЖ) составил в 2013 г. – 35,7%, в 2014 г. – 23%, в 2015 г. – 11,1%; из крови в 2013 – 7,1%, в 2014 г. – 7,7%, в 2015 г. – 22,2%; из назофарингеальной слизи (н/г) в 2013 – 6,3%, в 2014 – 5,3%. Культуральным методом выделены: в 2013 г. – *N.meningitidis* гр. С из СМЖ (3), крови (1), н/г (1), *E.faecium* из СМЖ(1); в 2014 г. – *N.meningitidis* гр. С из СМЖ(2), *N.meningitidis* гр. В из крови (1), *S.pneumoniae* из СМЖ (1) и н/г (1); в 2015 г. – *N.meningitidis* гр.В из крови (1), *H.influenzae* "b" из крови (1) и СМЖ(1). В 2015 г. и в I квартале 2016 г. для идентификации возбудителя использовался метод РЛА, позволяющий получить предварительный результат в течение 20 мин. Данным методом в 2015 г. определены антигены возбудителей в 100 % случаев(6): *S.pneumoniae* – СМЖ (2), *H.influenzae* "b" – СМЖ (1); *S.pneumoniae* – кровь (1), *H.influenzae* "b" – кровь (1), *N.meningitidis* гр В – кровь (1). В I квартале 2016г. применяли РЛА с положительным результатом (6): *S.pneumoniae* – СМЖ (3) и кровь (3). В ряде случаев при использовании РЛА были определены антигены *S.pneumoniae*, а использование культурального метода не выявило роста микроорганизма. Причиной расхождений результатов при разных методиках можно считать отбор проб материала на фоне уже начатой антибактериальной терапии. Выводы. Внедрение методов экспресс-диагностики ГБМ позволило существенно увеличить результативность бактериологических анализов и ускорить начало целенаправленной антибактериальной терапии. Необходимость использования некультуральной диагностики обусловлена тем, что при поступлении пациента в стационар в его организме могут присутствовать высокие концентрации АМП, что снижает возможности культурального метода. Однако, внедрение экспресс-методик не означает нивелирование значимости метода с высевом культуры, позволяющего выявить механизмы резистентности микроорганизмов к АМП. Т.о. только рационально организованная, основанная на принципах комплексности и экспрессивности микробиологическая диагностика, с акцентом на преаналитический этап (отбор материала до применения АМП), является инструментом для достоверной идентификации возбудителей ГБМ у детей и назначения рациональной терапии.

Анализ ведущей микрофлоры при инфекциях мочевых путей у детей

Терещенко С.В., Аникеева Н.А., Кантулис С.С.
Рязанский государственный медицинский университет,
Городская клиническая больница №11, Рязань

Инфекции мочевых путей (ИМП) у детей занимают второе место после вирусных респираторных заболеваний. Наиболее часто при ИМП высеваются представители семейства *Enterobacteriaceae*. В настоящее время все большее значение приобретает флора, име-

ющая детерминанты резистентности к антимикробным препаратам (АМП), в качестве возбудителя ИМП и у детей.

Цель: проанализировать спектр микрофлоры и активность АМП у детей с ИМП.

Материалы и методы. Видовая идентификация проводилась с помощью анализатора *Labsystems iEMS Reader*, фенотипическая методика детекции детерминант резистентности осуществлялась диско-диффузионным методом (ДДМ) в соответствии с Российскими клиническими рекомендациями «Определение чувствительности микроорганизмов к АМП» Вер.2015-02. На базе бактериологической лаборатории исследовано 203 пробы мочи пациентов педиатрического отделения с ИМП. Уропатогены выделены у 93 пациентов (47%). Результаты микробиологического обеспечения ретроспективного эпидемиологического мониторинга: 1. Ведущая микрофлора: *E. coli* – 34%, *K. pneumoniae* ESBL кл А (продуцент бета-лактамаз расширенного спектра) – 11%, *K. pneumoniae* – 9%, *E. coli* ESBL кл А – 6%, *P. aeruginosa* – 6% 2. Мониторинг чувствительности к АМП: *E. coli* с обычным фенотипом чувствительности. Прогнозируемая активность цефалоспоринов 3-4 поколения – 100%, амоксициллин/клавулановой кислоты и фосфомицина – 94%, аминогликозидов (амикацин, гентамицин) – 74%. *E. coli* ESBL кл А. Ожидаемая неэффективность пенициллинов, цефалоспоринов 1-3 поколений, в ряде случаев 4 поколения, азтреонама, сохранение активности амоксициллин/клавулановой кислоты, карбапенемов и фосфомицина в 100%, аминогликозидов – в 67%. *K. pneumoniae* ESBL кл А. Ожидаемая неэффективность бетта-лактамов, как и в случае *E. coli* ESBL кл А, обусловлена продукцией ESBL-ферментов. Гарантированный 100% уровень активности сохраняют карбапенемы. Активность аминогликозидов – 65%, что сопоставимо со штаммами *E. coli* ESBL кл А. Активность фосфомицина и амоксициллин/клавулановой кислоты – по 70%, ниже, чем у *E. coli* ESBL кл А. Сохраняется высокая активность левомицетина – 100%. К ампициллин/сульбактаму данные штаммы имели ожидаемую абсолютную резистентность (100%), в отличие от амоксициллин/клавулановой кислоты, к которой они сохраняли чувствительность в 70% случаев.

Выводы. Лидирующий уропатоген у пациентов педиатрического отделения с ИМП – *E. coli* с обычным фенотипом чувствительности (34%), с ожидаемой активностью бета-лактамовых антибиотиков, аминогликозидов, фосфомицина. Спектр флоры, обладающей механизмами резистентности, представлен *E. coli* ESBL кл А, *K. pneumoniae* ESBL кл А (17% суммарно), относительно которых сохраняли гарантированную активность карбапенемы. У обоих продуцентов бета-лактамаз отмечался достаточно высокий уровень чувствительности к аминогликозидам, амоксициллин/клавулановой кислоте, фосфомицину, но несколько меньший, чем у штаммов, не обладающих механизмами резистентности. В анализируемый период времени из мочи пациентов педиатрического отделения не было выявлено флоры, обладающей фенотипами панрезистентности и экстремальной резистентности.

Особенности паллиативной помощи детям в отделении многопрофильного детского стационара в отличие от хосписа

Тысячная Е.М., Петрайкина Е.Е., Колтунов И.Е.
Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

В Морозовской детской городской клинической больнице отделение паллиативной медицинской помощи детям работает в течение 3 лет, и в настоящий момент имеет 30 коек. За время работы отделения помощь оказана более 350 детям. Отделение само по себе уникально, т.к. в нем находятся дети с различной патологией, включая детей на хронической респираторной поддержке. При этом созданы условия для совместного пребывания родителей с ребенком. Надо отметить, что нозологические формы разнообразны: онкологические заболевания в терминальной стадии, неврологические – органическое поражение

ЦНС, включая неонатальные комы, врожденные пороки развития НС, генетические заболевания: хромосомные и митохондриальные дегенеративные процессы ЦНС, последствия травм, перенесенные инфекции и др. Т.о. в нашем отделении находятся самые тяжелые дети, переведенные из стационаров Москвы, и по разрешению ДЗМ из других регионов. В отделении работают врачи-педиатры, реаниматологи, проводят консультации врачи узких специальностей: невролог, офтальмолог, онколог. Педиатр отделения ПМП – врач, который имеет подготовку по направлению паллиативная помощь в педиатрии, должен разбираться в тонкостях самых различных заболеваний у детей, владеть навыками работы с тяжелыми больными, уметь обеспечить замену всех видов стом, уметь рассчитывать анальгезирующую терапию, проводить гемотрансфузии, корректировать респираторную поддержку. При этом крайне важно достичь психологического контакта с родителями пациентов для более продуктивной работы и сохранения адекватного психоэмоционального фона. Паллиативное отделение – это лечебное подразделение МДКБ и соответственно в нем должны проводиться все необходимые обследования, консультации и медицинская помощь. В этом главное отличие от хосписов: т.к. в отделении при необходимости проводится полный спектр обследования паллиативных детей, с привлечением консультантов разных специальностей, работающих на базе стационара. В отделении проводится подбор обезболивающей терапии, питания, симптоматической, сопроводительной и заместительной терапии, по рекомендации онкологов – паллиативной химиотерапии, подбирается схема противосудорожной терапии. Совместно с Орфанным центром МДКБ – ведутся дети с митохондриальной патологией, определяется поддерживающая терапия, начата работа по введению в терапию кетогенной диеты. Проводится установка гастростом и трахеостом в хирургических отделениях стационара. Прежде чем ребенок будет выписан домой из отделения, родители проходят обучение по уходу за ребенком, получают навыки работы с аппаратами ИВЛ, замене и обработке стом. В отделении работает медицинский психолог, который проводит как индивидуальные консультации, так и групповые занятия. Мы делаем акцент на психологический комфорт родителей. Обезболивая ребенка, подобрав ему терапию, мы создаем возможность для общения с родителями, обеспечивая круглосуточное совместное нахождение с пациентом. В целях сохранения преемственности оказания помощи мы продолжаем наблюдать ребенка амбулаторно в условиях Кабинета ПП.

Синдром Ундины или врожденный центральный гиповентиляционный синдром (клинический случай)

Федина Н.В., Маревичева Н.Д., Савукова Ю.О., Захарова Ю.В., Грущина Н.П.

Рязанский государственный медицинский университет, ГБУ РО «ОДКБ им. Н.В. Дмитриевой», Рязань

Введение. Врожденный центральный гиповентиляционный синдром (congenital central hypoventilation syndrome (CCHS), синдром Ундины) – редкое аутосомно-доминантное заболевание, характеризующееся нарушением автономного контроля дыхания при отсутствии поражения ствола мозга, нервно-мышечных, лёгочных, кардиологических заболеваний. Во время сна наблюдается гиповентиляция с нормальной частотой и поверхностным дыханием, приводящая к гиперкапнии, в то время как днем, при бодрствовании вентиляция у таких больных адекватная. В основе CCHS – экспансия полиаланинового тракта в гене PNOX2B хромосомы 4p12. Точное число больных не известно, в мире около 300 таких пациентов, в РФ около 20. Заболевание манифестирует уже в первые часы жизни. Приводим клинический случай ребенка с CCHS.

Материалы и методы. Ребенок Ш., 21.06.2016 г.р. Мать здорова, 25 лет. Беременность I, роды I, срочные, на 41 неделе. Вес 3730 грамм,

длина 55 см, окружность головы 36 см, груди 35 см, оценка по шкале APGAR 5/7 баллов. С рождения выраженная дыхательная недостаточность и синдром угнетения ЦНС. В течение 1 суток – частые апноэ с падением SaO₂ до 80%, в связи с чем начата искусственная вентиляция легких (ИВЛ) в условиях реанимационного отделения ОДКБ им. Н.В. Дмитриевой г. Рязани. Все попытки перевода ребенка на СРАР были безуспешны. На 10 сутки жизни наблюдался судорожный синдром. При проведении компьютерной томографии головного мозга в возрасте 2 месяцев в заднелобных отделах справа выявлены единичные кальцинаты, субатрофические изменения вещества мозга; Самостоятельно ребенок не сосал, не глотал, осуществлялось зондовое кормление. Данных за активный инфекционный процесс, патологии со стороны сердца не выявлено. Все попытки экстубации и перевода на самостоятельное дыхание, сопровождались нарастанием гиперкапнии с депрессией дыхания и нарушением сознания. Был заподозрен гиповентиляционный синдром, ребенок осмотрен генетиком. При молекулярно-генетическом исследовании от 28.11.16 (возраст 5 месяцев) выявлена экспансия аланинового тракта в гене PNOX2B, что подтверждает диагноз идиопатического CCHS. ИВЛ продолжалась в режимах IMV+HFV, SIPPV, PSV-CPAP, PSV, FiO₂ во вдыхаемой смеси 26-23-21%. В возрасте 5 месяцев ребенку была установлена трахеостома. Попытки перевода ребенка на спонтанное дыхание в АРО безуспешны, хотя днем без аппаратной вентиляции мальчик мог находиться продолжительное время. Отмечалась медленная положительная динамика неврологического статуса: к 6 месяцам начал улыбаться, следить за игрушкой, в вертикальном положении уверенно держал головку. Сохранялось зондовое кормление. Родители были полностью адаптированы к уходу за ребенком, обучены санации трахеостомы, кормлению, работе с аппаратом ИВЛ. В возрасте 9 месяцев мальчик был переведен в отделение восстановительной терапии ОДКБ им. Н.В. Дмитриевой г. Рязани. Благотворительным фондом был закуплен переносной портативный аппарат ИВЛ с индивидуальными параметрами вентиляции, который родители подключали только во время сна. Ребенку были отменены антибиотики, начато снижение дозы антиконвульсантов. Отмечалась положительная динамика психомоторного развития: мальчик начал самостоятельно есть (глотать) пищу из шприца и с ложки, улыбался, эмоционально реагировал на музыку («комплекс оживления»), яркие игрушки, переворачивался на живот. Данный опыт пребывания ребенка в соматическом педиатрическом отделении на аппарате ИВЛ стал первым в Рязанской области. В возрасте 11,5 месяцев пациент был выписан в поликлинику по месту жительства.

Заключение: несмотря на редкость патологии, педиатры, неонатологи, детские реаниматологи должны помнить о данном заболевании и своевременно осуществлять диагностический поиск у детей с тяжелыми респираторными расстройствами, при исключении любых других причин. Комплексный подход к ведению таких детей, слаженная работа врачей многих специальностей и родителей, преемственность стационарно-поликлинической службы позволяет адаптировать пациентов к полноценной жизни и развитию.

Диагностика задержки зрительного созревания у детей раннего возраста

Хаценко И.Е., Тумасян А.Р.

Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Задержка зрительного созревания – транзиторное отсутствие поведенческих зрительных реакций у младенцев, не имеющих патологии глаз или заболеваний ЦНС, сопровождающихся поражением пре- или постгеникулярных отделов зрительных путей и корковых центров. Цель и задачи: изучить данные паттерн зрительных вызванных потенциалов (ПЗВП) коры головного мозга и магнитно-резонансной

томографии (МРТ) у младенцев в возрасте 2-4 мес. отсутствием поведенческих зрительных реакций.

Материалы и методы: обследовано 9 младенцев с направляющим диагнозом: атрофия зрительных нервов/корковая слепота. В данную группу не были включены дети, рожденные вследствие патологического течения беременности и родов у матери, с низкой массой тела (менее 2700), с оценкой менее 8 баллов по шкале Апгар на 1-й мин. жизни, наличием неврологической патологии, нистагмом, косоглазием, патологией оптических сред, врожденными аномалиями развития сетчатки и зрительного нерва. Для оценки функционального состояния зрительного анализатора всем детям проводили регистрацию ПЗВП на электрофизиологической специализированной системе «EP-1000 Pro» («Tomeu», Германия), соответствующей стандартам Международного общества клинических электрофизиологов зрения (ISCEV). ПЗВП регистрировали на шахматный паттерн (ШП) 120, 60, 20 и 8 угл. минут в режиме реверсии 2 Гц – в фотопических условиях, на внешнем мониторе с расстояния 0,8 м. Расположение электродов: активный – на 2 см выше затылочного бугра по средней линии, референтный – на лбу, заземляющий – на мочке уха. Определяли амплитуду и латентность пика P100, как наиболее устойчивого. МРТ головного мозга проводили на томографе TOSHIBA с напряженностью магнитного поля 1,5 Т.

Результаты и обсуждение. У детей с ЗЗС мы не выявили отклонений ЗВП, несмотря на отсутствие реакций фиксации и слежения. Показатели амплитуды и латентности P100 не отличались от возрастной нормы. При проведении МРТ головного мозга ни у кого из 9 детей с ЗЗС мы не выявили поражений постгеникулярных путей или зрительной коры, хотя в 1 случае были установлены изменения структур мозга, расположенных вне зон прохождения зрительных путей. У всех детей на представленных МР изображениях отмечается возрастная структурная незрелость мозга, гипомиелинизация перивентрикулярного белого вещества и мозаичная миелинизация субкортикального белого вещества больших полушарий. На основании полученных данных детям снят д-з: атрофия зрительных нервов/корковая слепота и поставлена ЗЗС. Через 3 мес. после первого исследования детям повторно регистрировали ПЗВП. Амплитуда и латентность P100 соответствовала средним значениям здоровых младенцев. К моменту второго обследования у всех детей определялась хорошая реакция слежения за игрушками. Учитывая полученные данные, мы разделяем точку зрения других исследователей (И.М. Мосин 2001), что ЗЗС является лишь своеобразной формой отражения вариабельности процесса естественного созревания здорового ребенка, представляя собой верхнюю границу достаточно широкого временного диапазона, в течение которого у ребенка формируется приобретенное зрение. Выводы: 1. Всем детям с отсутствием поведенческих зрительных реакций необходимо проводить регистрацию ПЗВП, которые позволяют определить изменения постгеникулярных зрительных путей и/или зрительной коры уже в 2-4 месяца жизни. 2. У некоторых детей в возрасте 2-4 мес. даже при комплексном обследовании трудно отличить ЗЗС от церебральных зрительных поражений. В сомнительных случаях необходимо проводить МРТ. 3. Дети с диагнозом ЗЗС начинают хорошо фиксировать взгляд в 6 мес. жизни. 4. Всем детям с диагнозом ЗЗС необходимо проводить повторную регистрацию ПЗВП в возрасте 6-7 мес.

Особенности течения пиелонефрита у детей первого года жизни

Христофорова Т.И., Журавлева И.В.

БУ «ГДБ №3» Минздрава Чувашской Республики, Чебоксары

Актуальность: частота заболеваний мочеполовой системы за последние 7 лет выросла в 1,8 раза. В структуре госпитализированной

заболеваемости преобладают уронефропатии. (Иванова И.Е. Российский педиатрический журнал 2010. -N 3. -С.44-48.).

Цель: клинико-инструментальная оценка течения острого пиелонефрита детей 1-12 месяцев. Пациенты и методы: нами было проанализировано 47 случаев острого пиелонефрита. Все дети прошли обследование, включающее общеклинические, биохимические анализы крови, микробиологическое исследование мочи, проводили ультразвуковое исследование мочеполовой системы.

Результаты: 16 (34%) детей из 47 поступали по экстренным показаниям с инфекционно-воспалительным синдромом, включающий гипертермический синдром. По лабораторным показателям выявлялся синдром системного воспалительного ответа организма: повышение лейкоцитов выше 15 тысяч в мкл, повышения уровня палочкоядерных нейтрофилов выше 1,5 тысяч в мкл, повышения уровня СОЭ выше 40 мм/час, повышения уровня С-реактивного белка выше 30 мг/л при норме до 6мг/л. Из них 5 (31%) детям был проведен прокальцитонинный тест, у 3 детей показатель был выше 2 нг/мл, у 2 – выше 10 нг/мл. При проведении ультразвукового обследования выявлены следующие изменения: у 15 детей (32%) были выявлены признаки пиелита, у 7 (14%) были выявлены изолированное расширение чашечек или расширение собирательной системы почек, у 2 (4%) признаки мегауретера, один ребенок был с агенезией одной почки. У 9 детей (19%) были выявлены диффузно-очаговые изменения паренхимы почек в виде наличия участков пониженной эхогенности на фоне смазанности кортико-медуллярной дифференцировки, у 2 были выявлены инфильтративные изменения в виде локального повышения эхогенности участка паренхимы. При проведении ЦДК выявлялось обеднение кровотока. 3 (6%) детям была проведена микционная цистуретрография, где были выявлены признаки активного и пассивного рефлюкса. Все дети получали антимикробную терапию, в 5 (11%) случаях потребовалось назначение 2 антимикробных препаратов, в 3 случаях – назначение антимикробных препаратов из группы цефалоспоринов 4 поколения в, в 4 случаях назначение внутривенных иммуноглобулинов с целью пассивного иммунозамещения. Проводилась дезинтоксикационная терапия. Антимикробная терапия проводилась 10-14 дней. На фоне проводимой терапии купировались симптомы инфекционно-воспалительного синдрома, лабораторно санация мочи происходила на 3 день у 4 детей (9%), у 12 (26%) на 7 день лечения и у 7 (15%) на 12 день терапии. По анализам крови у 5 детей – 11% случаях на 3-4 день лечения сохранялся высокий нейтрофильный лейкоцитоз, что потребовало усиление терапии. На 10 день лечения у 12 детей (26%) сохранялись высокие показатели СОЭ до 19-22 мм/час. При ультразвуковом контроле на 10 день признаки пиелита сохранялись у 3 детей(6%), диффузно-очаговые изменения почек сохранялись у 5 детей – 11% случаев острого пиелонефрита, что потребовало пролонгирования терапии. Дети с очаговыми изменениями почек при ультразвуковом исследовании выписывались при полном рассасывании участков и восстановления кровотока при ЦДК.

Заключение: 1) Течение пиелонефрита у детей 1-12 месяцев проявляется признаками системного воспалительного ответа организма. 2) При ультразвуковом исследовании выявляются диффузно-очаговые изменения паренхимы почек, признаки пиелита. 3) Требуется проведения интенсивной антимикробной, дезинтоксикационной, иммунозаместительной терапии, длительной противорецидивной терапии. 4) Возникает необходимость дальнейшего обследования детей в условиях специализированного урологического обследования детей с целью выявления причинно-значимого фактора (активного и пассивного рефлюкса, нарушения уродинамики) с последующей его коррекцией.

Динамика состояния здоровья детей города Смоленска

Шаробаро В.Е., Бекезин В.В., Сорокина Л.А.

Смоленский государственный медицинский университет, Детская клиническая больница, поликлиника № 1, Смоленск

Целью работы явилась сравнительная характеристика состояния здоровья детей г. Смоленска за последние 20 лет (1996-2016 гг.). Установлено, что за этот период уменьшилось общее количество детского населения на 4,09% – с 64 488 до 61 845, а также детей 1-й группы здоровья – 16,5% до 11,5%, в том числе и среди новорожденных с 0,4% до 0,15%. Возросло число детей 3-й и 4-й групп здоровья соответственно с 17,1% до 21,1%; с 0,6% до 1,4%. Уровень заболеваемости детей вызывает тревогу. За этот период частота онкологических заболеваний увеличилась на 11%, эндокринных болезней на 29,5%, болезней крови на 35%, бронхиальной астмы на 31%, болезней органов пищеварения на 21,66%. В условиях резкого снижения рождаемости особое значение приобретает качество здоровья вновь рождающихся детей, а оно в значительной мере зависит от здоровья матери. Данные исследования показывают, что к 14 годам, когда в целом завершается формирование девочки как будущей матери, практически у каждой 10-й отмечено дисгармоничное развитие, у 14% – артериальная гипертензия, те или иные гинекологические заболевания регистрируются при осмотрах у 10-12% девочек-подростков. Таким образом, создается замкнутый цикл: больная мать – больной ребенок – больной подросток – больные родители. В детском возрасте стали появляться необычные заболевания, свойственные взрослым (язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, гипертоническая болезнь, неврозы). В связи с этим от педиатров требуется проведение оздоровительных мероприятий, что будет способствовать положительной динамике здоровья детей.

Цистиновый нефролитиаз у ребенка 7 лет

Шумихина М.В., Чугунова О.Л., Гуревич А.И., Канивец И.В., Павлушкина Л.В., Коновалов Ф.А., Толмачева Е.Р.

Детская городская клиническая больница № 13 им. Н.Ф. Филатова, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Лаборатория молекулярной патологии «Геномед», Москва

Цистинурия — наследственное заболевание из группы первичных тубулопатий, наследуется по аутосомно-рецессивному типу (мутация гена SLC3A1), приводит к пониженной реабсорбции цистина почечными проксимальными канальцами и повышенной концентрации мочевого цистина.

Материалы и методы: мы представляем клинический случай ребенка 7 лет, с цистинурией и осложненным лечением нефролитиаза.

Результаты: мальчик наблюдается нефрологом с 4 мес. с двухсторонним нефролитиазом (6 мм в левой чашечно-лоханочной системе и 4 мм – в правой) без проявлений обструкции. На первом году жизни также в анализах выявлялась рецидивирующая афебрильная лейкоцитурия, в связи с чем получал антибактериальную и уросептическую терапию, атак пиелонефрита не было. В 1 год 2 мес. отмечалась почечная колика (выявить конкременты и провести их химический анализ

не удалось), после чего по данным ультразвукового исследования (УЗИ) в проекции нерасширенной лоханки левой почки определялось гиперэхогенное образование диаметром 8 мм, дававшего акустическую дорожку, справа микролиты не визуализированы. Регулярно проводился анализ суточной мочи (без патологии), качественный анализ на цистинурию был отрицательный. В возрасте 4,5 лет отмечались признаки почечной колики слева, по данным компьютерной томографии – выявлены два конкремента в проекции нижней чашечки 4,6*5,3*6,2 мм и лоханки – 7,6*21,8*16,6 мм, рентгеновской плотности 660 и 830 НУ, выполнена дистанционная литотрипсия. По данным УЗИ почек – выявление «каменной дорожки», дилатация левого мочеточника. Проведена повторная дистанционная литотрипсия, через 7 дней – цистоскопия с бужированием устья левого мочеточника. Химический состав камня выявил 100% цистин. При наблюдении в динамике в течение 2 месяцев – нарастание признаков обструкции, ухудшение функции почки. По данным статической нефросцинтиграфии определялись диффузные изменения левой почки со значимым снижением функции, справа – функция повышена. Наложена пункционная нефростома слева, по которой отмечалось отхождение до 200-300 мл мочи. В связи с сохранением конкрементов в левой почке проведена контактная уретеролитотрипсия слева, установка внутреннего стента, удаление нефростомы. По данным мультиспиральной компьютерной томографии через 2 месяца конкременты не визуализируются, лоханка не расширена, внутренний стент удален. При обследовании через 4 месяца вновь отмечено нарастание дилатации лоханки и чашечек левой почки, по данным статической нефросцинтиграфии отмечалось отсутствие функции почки, наложена нефростома, несмотря на это функция почки не восстановилась (по данным статической нефросцинтиграфии – захвата радиофармпрепарата нет). В возрасте 5,5 лет выполнена лапароскопическая нефроретерэктомия слева. В последующем в течение 1,5 лет наблюдается амбулаторно, самочувствие не страдает, артериальное давление не повышено. Изменений в анализах крови и мочи нет, рСКФ по ф.Шварца (к-48.6) 107 мл/мин, уровень микроальбуминурии менее 10 мг/г. По данным УЗИ левой почки – викарная гипертрофия почки, без изменения паренхимы и кровотока в ней, признаков расширения ЧЛС, образования конкрементов нет. По данным ТМС мочи – повышено содержание аргинина и орнитина. Для генетической верификации диагноза проведено клиническое секвенирование экзона в лаборатории молекулярной патологии «Геномед» – выявлена компаунд-гетерозиготная мутация в гене SLC3A1 (в 4 экзоне (с.808С>Т) и 8 экзоне (с.1400Т>С). Проверка мутаций секвенированием по Сэнгеру в работе. В настоящее время придерживается высокой питьевой нагрузки до 3-4 л/сут (в том числе и ночью) и низко-солевой диеты, проводится умеренная алкализация мочи, получает каптоприл (для сокращения степени цистинурии), препараты Д-пенициллина и меркаптопропионглицина, традиционно используемые у взрослых пациентов из-за риска побочных осложнений и плохой переносимости в терапию не вводились.

Вывод: цистинурия – редкое заболевание, требующее сотрудничества между нефрологами и урологами. Осложнения от наличия конкрементов в мочевых путях и повторные урологические вмешательства могут быть уменьшены путем ранней диагностики и адекватного лечения. Высокая частота рецидивов образования камней наряду с ранним началом формирования первого камня требует длительного и тщательного наблюдения.

Редкий случай легочной гиалинизирующей гранулемы у девочки 12 лет

Воронцова Л.В., Кузнецова А.А., Петрова С.И., Пешехонова Ю.В.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург

Введение. Легочная гиалинизирующая гранулема (ЛГГ) – редкое заболевание, характеризующееся наличием доброкачественных образований в легких, имитирующих рентгенологическую картину метастазов рака. Впервые описано в 1977 году, среди детей заболевание встречается крайне редко. В большинстве описанных случаев была установлена связь с аутоиммунными заболеваниями, туберкулезом (Тбс), опухолью и микозами. При рентгенологическом обследовании грудной клетки обычно идентифицируют образования в легких, но изменения неспецифичны. Окончательный диагноз может быть поставлен после гистологического исследования.

Идея. Мы описываем клинический случай ЛГГ у ребенка 12 лет.

Цель. Повысить информированность врачей о редком заболевании у детей-ЛГГ. **Клинический случай.** В сентябре 2016 года у 12-летней девочки при обследовании по поводу семейного контакта по туберкулезу на рентгенограмме и КТ органов грудной клетки были выявлены множественные очаговые поражения правого и левого легкого. Проведены УЗИ брюшной полости, щитовидной железы, органов малого таза, МРТ головного и спинного мозга – патологии не выявлено. Проведена остеосцинтиграфия – очаговых поражений скелета, указывающих на наличие метастатического заболевания, не выявлено. Выполнена торакотомия и биопсия патологического очага легкого. По результатам гистологического исследования выявлена ЛГГ. На контрольной КТ, выполненной через 3 месяца, отмечено появление новых очагов и рассасывание имевшихся с образованием мелких кальцификатов. В связи с выявлением новых поражений, пациентка обратилась в клинику СПбГПМУ. Физикальное обследование не выявило патологии, отсутствовали респираторные симптомы. Данные лабораторных исследований, включая антинуклеарные антитела, анти-ДНК-антитела, фагоцитарную функцию нейтрофилов и моноцитов, фракции иммуноглобулинов были в пределах нормы. Клинический анализ крови, электролиты, коагулограмма, биохимический анализ крови нормальные. При проведении бронхоскопии и исследовании БАЛ без патологии. Исключены инфекционные, аутоиммунные заболевания и злокачественные опухоли. Гистологическое обследование выявило патогномичную картину для легочной гиалинизирующей гранулемы. Начата терапия с преднизолоном в дозе 1 мг/кг, через 3 мес., отмечалась положительная рентгенологическая динамика, в виде уменьшения количества очагов и отсутствия появления новых.

Обсуждение. В мире описано 140 пациентов с ЛГГ, в основном взрослые. Клиническая картина очень разнообразна; симптомы могут отсутствовать. В круг дифференциального диагноза должны быть включены злокачественные опухоли (метастатические или первичные), инфекционные заболевания (Тбс, гистоплазмоз, грибковые инфекции, паразиты), гранулематоз с полиангиитом, эозинофильный гранулематоз с полиангиитом, саркоидоз, гиперчувствительный пневмонит, хроническая гранулематозная болезнь и амилоидоз. Диагноз подтверждается гистологически. Прогноз благоприятный. **Заключение.** Настоящий клинический случай демонстрирует редкий случай ЛГГ у детей.

Возможности ультразвукового исследования легких в прогнозировании исходов у пациентов с бронхолегочной дисплазией

Колтунов И.Е., Дегтярева М.В., Мазаев А.П., Выхристюк О.Ф., Горбунов А.В., Ерохина А.В.

Морозовская детская городская клиническая больница, ФГБОУ ВО «Российский национал», Москва

За последние десятилетия в России благодаря внедрению современных технологий, повышению качества оказания медицинской помощи женщинам и детям достигнуто значительное снижение младенческой смертности. Однако по мере улучшения выживания глубоконедоношенных детей бронхолегочная дисплазия (БЛД) встречается все чаще и оказывает большое влияние на прогноз и качество жизни этой категории пациентов. Для оценки состояния органов и структур грудной клетки в подавляющем большинстве случаев используют рентгенографию. Согласно недавним исследованиям эхография позволяет выявить структурные изменения легочной ткани при различных заболеваниях. Определение возможностей ультразвукового исследования (УЗИ), этого безопасного и доступного метода визуализации, является крайне важной задачей, решение которой способно не только повысить качество диагностики, но и снизить дозу ионизирующего излучения.

Целью нашего исследования явилось определение рисков развития летального исхода и тяжелой БЛД на основании анализа ультразвуковых признаков поражения легочной ткани у новорожденных детей различного гестационного возраста (ГВ). Под нашим наблюдением находилось 76 новорожденных детей различного ГВ, имевших признаки дыхательной недостаточности при поступлении в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). В ходе проспективного исследования основная группа была разделена на 2 подгруппы: 55 пациентов сформировали БЛД (ГВ 27 [26;28], масса тела при рождении 930 [780;1150]) и 21 пациент не сформировал БЛД (ГВ 35 [29;39], масса тела при рождении 1880 [1320;3550]). Всем пациентам во время нахождения в ОРИТ проводилось УЗИ легких и рентгенография органов грудной клетки. Эхография проводилась на аппарате Logic S8 линейным датчиком с частотой 6-15 МГц при положении пациентов на спине и на боку с использованием межреберного, парастернального, апикального и субкостального доступов сканирования. Для рентгенографии в прямой задней супинационной укладке мы использовали аппарат MOBILETT XP Digital. При анализе УЗ картины мы зарегистрировали несколько основных ультразвуковых признаков поражения легочной паренхимы. Наиболее часто встречающимся признаком было наличие очагов уплотнения легочной паренхимы – выявлено у 55 (100%) пациентов, развивших БЛД и 62% пациентов без БЛД ($p < 0,001$). У всех пациентов с очагами консолидации наблюдались идентичные ультразвуковые признаки: очаг был гипоехогенным, прилежал к линии плевры, в его структуре выявлялись движущиеся в такт дыханию динамические воздушные бронхограммы, в режиме ЦДК визуализировались сосуды. Вторым частым УЗ признаком было наличие ателектазов. Было выявлено 34 эпизода ателектазирования у 26 пациентов. Во всех случаях ($n=34$) ателектаз имел характерную ультразвуковую картину: его структура была однородной и гипоехогенной, воздушные бронхограммы отсутствовали в 53% случаев, в 47% случаев количество воздушных бронхограмм было снижено; бронхограммы всегда были статическими. У 15 пациентов с БЛД была выявлена интерстициальная эмфизема легких (ИЭЛ), у пациентов без БЛД признаки ИЭЛ отмечены не были ($p=0,008$). Во всех случаях ИЭЛ имела характерную

ультразвуковую картину: округлой формы гиперэхогенные очаги, окруженные разнокалиберными, чаще мелкими гипозоногенными очагами; На основании ультразвуковых признаков мы определили факторы риска развития летального исхода и тяжелой БЛД среди обследованных пациентов. Риск развития летального исхода при выявлении ателектазов легких с помощью УЗИ составляет RR 3,11; 95%CI (1,39-6,96); повторное ателектазирование легочной ткани повышает как вероятность развития летального исхода (RR 3,44; 95%CI (1,64-7,22), так и развитие БЛД тяжелой степени (RR 3,78; 95%CI (2,54-5,61). Наличие крупных очагов уплотнения легочной паренхимы по данным УЗИ повышает риск развития летального исхода (RR 5,06; 95%CI (1,6-15,95) и риск развития тяжелой БЛД (RR 3,99; 95%CI (1,68-9,47). Наличие интерстициальной легочной эмфиземы повышает риск развития летального исхода (RR 3,6; 95%CI (1,8-7,4), однако статистически значимо не влияет на формирование тяжелой БЛД (RR 1,78; 95%CI (0,9-3,5).

Таким образом, визуализация с помощью УЗИ ателектазов легких, крупных очагов уплотнения легочной паренхимы, очагов интерстициальной легочной эмфиземы, а также рецидивирующее ателектазирование легочной ткани статистически значимо повышают риск летального исхода у детей с БЛД. Риск развития БЛД тяжелой степени повышается при наличии повторно развивающихся ателектазов и крупных очагов уплотнения легочной паренхимы.

Синдром внезапной смерти в практике участкового педиатра

Крутикова Н.Ю., Зуева Ю.А., Крутиков И.С.

Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск

В настоящее время даже при самых разнообразных гипотезах патогенеза ни одна из них в отдельности не может объяснить феномен «Синдром внезапной детской смерти».

Целью исследования явилось провести анализ медицинской документации на умерших детей с синдромом внезапной смерти и установить факторы, которые могли привести к данному феномену. Методика: всего изучена медицинская документация шести случаев за последние 10 лет. Проанализированы: медицинская карта стационарного больного (форма 003/у); история родов (форма 096/у); история развития новорожденного (форма 097/у); история развития ребенка (форма 112/у).

Результаты исследования и обсуждение. Вся медицинская документация была представлена на рецензирование случаев смерти на кафедру поликлинической педиатрии в разные годы (с 2005 по 2015 г.). Синдром внезапной смерти установлен при клиническом диагнозе. Однако, при более тщательном рецензировании документации, установлено, что данные дети были рождены от 3-6 беременностей. Отягощенный соматический и гинекологический анамнез имели 100% матерей. Многоводие, хроническая внутриутробная гипоксия плода, зеленые околоплодные воды и плацентит выявлен во всех случаях (100%). Выявлено, что 50% женщин не состояли на учете в женской консультации. Установлено, что в 100% случаев состояние ребенка при рождении расценено как средней степени тяжести за счет неврологической симптоматики (гипервозбудимость (33,3%), мышечная гипотония или дистония (33,3%). У всех новорожденных имела место неонатальная желтуха. Однако лишь у 2 новорожденных установлена группа риска по внутриутробному инфицированию. На педиатрическом участке никаких мер по профилактике внутриутробного инфицирования проведено не было. Патологоанатомические диагнозы: сердечно-легочная недостаточность, обусловленная основным заболеванием – врожденной инфекционной болезнью неуточненной этиологии: двусторонняя интерстициальная пневмония; внутриутробное инфицирование и пневмония, внутричерепное кровоизлияние. Установлено, что ни в

одном случае нет совпадения клинического и патологоанатомического диагноза. Таким образом, имеет место расхождение диагнозов. Исходя из определения, в данном случае СВДС не может служить причиной смерти при наличии установленного патологоанатомического диагноза. На сегодняшний день смертность от СВДС в России составляет 1,3 на 1000 новорожденных, заставляет задуматься о столь высоких цифрах. Возможно, более тщательное обследование ребенка, изучение биологического, генеалогического, социального анамнеза, адекватное и тщательное диспансерное наблюдение на первом году жизни, контроль со стороны медицинского персонала позволит заблаговременно заподозрить врожденную инфекцию, а не выставлять так часто столь редкое заболевание, как синдром внезапной смерти.

Использование скрининговых шкал fast/be-fast для ранней диагностики острого нарушения мозгового кровообращения у детей

Натрусова Н.В., Щедеркина И.О., Колтунов И.Е., Заваденко Н.Н.

Морозовская детская городская клиническая больница, Центр по лечению цереброваскулярной патологии у детей и подростков, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва

Цель: оценить эффективность ранней диагностики острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) у детей.

Актуальность. Инсульт у детей входит в первую десятку причин смерти. Своевременная диагностика и раннее начало терапии снижает летальность, минимизирует неврологический дефицит и снижает инвалидизацию.

Методы: клинический, лабораторный, функциональный, радиологический.

Материалы. Ретроспективный анализ историй болезней детей, поступивших в Морозовскую детскую городскую клиническую больницу (МДГКБ) в 2016 г. с направляющим диагнозом ОНМК по каналу Скорой медицинской помощи (СМП).

Результаты. В электронной базе МДГКБ выявлено 316 детей с направляющим диагнозом ОНМК: 30 – обратились самостоятельно; 11 – плановая госпитализация; 8 – покинули стационар до осмотра неврологом. В анализ вошли 267 детей. Диагноз ОНМК/транзиторная ишемическая атака (ТИА) подтвержден после стационарного лечения у 118 детей (44,2%), у 149 детей (55,8%) диагноз инсульта был исключен. Дети с неподтвержденным ОНМК разделены на возрастные группы: 1 мес. -12 мес. – 8%(n=12), 1-3 года – 1,3%(n=2), 3-8 лет – 6%(n=9), 8-13 лет – 22,8%(n=34), 13-17 лет – 61,7%(n=92). В группе до 1 года диагнозы после обследования: желтуха – 25% (n=3), патология системы гемостаза – 25% (n=3), перинатальное поражение центральной нервной системы – 16,6% (n=2), пароксизмальные состояния неуточненного генеза – 25% (n=3), эпилепсия – 8,3 (n=1). От 1 года до 3 лет диагностированы: эпилепсия – 50% (n=1) и аллергия 50% (n=1). От 3 до 8 лет: эпилепсия – 22,2% (n=2), вегетативная дисфункция – 22,2% (n=2), менингоэнцефалит – 22,2% (n=2), мигрень – 22,2% (n=2), интоксикация (отравление бензодиазепинами) – 11,1% (n=1). От 8-13 лет: мигрень – 52,9% (n=18), вегетативная дисфункция – 14,7% (n=5), эпилепсия – 11,7% (n=4), вертебро-базиллярная недостаточность (ВБН) – 5,8% (n=2), прочие – 14,7% (n=5, головная боль напряжения (ГБН), шейный миозит, сахарный диабет, церебрастения, спазм аккомодации). От 13-18 лет: мигрень – 46,7% (n=43), вегетативная дисфункция (включая синкопальные состояния) – 21,7% (n=20), ВБН – 6,5% (n=6), эпилепсия – 4,3% (n=4), воспалительные заболевания ЦНС – 4,3% (n=4) ГБН – 3,3% (n=3), астено-невротические реакции 3,3% (n=3), опухоли головного мозга 2,2% (n=2), другие диагнозы – 8,7% (n=8, включая интоксикацию этанолом, респираторную инфекции, рассеянный склероз, аутоиммунный энцефалит,

последствия черепно-мозговой травмы). Проведен ретроспективный анализ с использованием шкал FAST (Face-Arm-Speech-Time) и BE-FAST (Balance-Eye-Face-Arm-Speech-Time) в 2 группах детей с подтвержденным и не подтвержденным диагнозом. Из проанализированных историй болезней детей выделены 2 подгруппы детей с диагнозом по МКБ-10 при поступлении I64 и G45.1. После выборки в первую подгруппу (с подтвержденным диагнозом) вошло 33 ребенка; во вторую (с не подтвержденным диагнозом) – 88 детей. Ретроспективное использование шкалы FAST в первой подгруппе показало, что у 21 ребенка (63,6%) клиническая картина соответствовала ОНМК; при использовании шкалы BE-FAST – у 13 детей (39,4%). В 45,5% (n=15) историй болезней детей с подтвержденным ОНМК/ТИА отсутствовала информация о координаторных и/или газодвигательных нарушениях. При использовании данных шкал во второй подгруппе у 6,8% (n=6) детей при поступлении клиническая картина могла быть расценена как ОНМК; при использовании шкалы BE-FAST – только у 4,5% (n=4).

Обсуждение. При поступлении в МДГКБ детей с направляющим диагнозом ОНМК диагноз был подтвержден в 44,2% случаев. Проведенный нами ретроспективный анализ 267 историй болезней показал, что каждая возрастная группа имеет определенный спектр заболеваний, требующих проведения первоочередной дифференциальной диагностики. Сложности диагностики ОНМК/ТИА у детей и подростков связана не только с возрастом, неспецифичностью симптоматики, но и с субъективными факторами – неполноценностью сбора анамнеза, недооценкой отдельных неврологических симптомов. В проведенном анализе использование шкал FAST и BE-FAST показало их эффективность в диагностике ОНМК у детей старше 1 года. Шкала BE-FAST содержит больше показателей неврологического дефицита, однако в проведенном нами анализе оказалась менее информативна из-за отсутствия информации о глазодвигательных и координаторных нарушениях, или же данные симптомы нивелировались до осмотра в стационаре, а указаний на их наличие/отсутствие не было в историях болезней. Целесообразно внедрить указанные шкалы в адаптированном виде для различных возрастных групп на этапе СМП для скрининговой диагностики ОНМК у детей.

Особенности диагностики и лечения гомозиготной метгемоглобинемии

Статуева М.В., Ларина Л.Е., Петров В.Ю.

Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Цель: представить два клинических случая наследственной гомозиготной метгемоглобинемии у девочки 2 лет 10 месяцев и мальчика 1 года 2 месяцев.

Введение. Каждая молекула гемоглобина содержит четыре атома железа, которые необходимы для переноса кислорода. В нормальных эритроцитах железо в гемоглобине двухвалентное (Fe²⁺), способно самопроизвольно превращаться в трехвалентное (Fe³⁺). Когда гемоглобин содержит трехвалентное железо, он является метгемоглобином. Растворимая изоформа цитохрома b₅-редуктазы превращает метгемоглобин в гемоглобин, способный переносить кислород к тканям.

Актуальность. Метгемоглобинемия, ассоциированная с дефицитом NADH-цитохром-b₅-редуктазой (метгемоглобинредуктазой), – редкое аутосомно-рецессивное заболевание, характеризующееся сниженной способностью крови переносить кислород, клинически проявляющейся цианозом и гипоксией. Существуют два типа дефицита метгемоглобинредуктазы. Первый тип выявляет дефект растворимой части фермента, ограничивается патологией эритроцитов и хорошо переносится больными. При втором типе дефект касается

водорастворимой и мембранной форм фермента. Последняя широко используется в организме. Эта изоформа необходима для многих химических реакций, включая распад и образование жирных кислот, образование холестерина и распад различных молекул и лекарств. Вследствие этого, второй тип сопровождается неврологическими проявлениями: микроцефалией, умственной отсталостью, задержкой психомоторного развития, мышечной дистонией и хореоатетозом. Материалы и методы: под нашим наблюдением находились 2 ребенка с гомозиготной метгемоглобинемией. Обследование включало сбор анамнеза (в том числе токсикологического), клинический осмотр, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, электрокардиография, эхокардиография, анализ активности метгемоглобинредуктазы, анализ кислотно-щелочного состояния с определением уровня метгемоглобина в динамике на фоне лечения. В случае с мальчиком 1 года 2 месяцев – электроэнцефалограмма, консультация генетика и невролога с оценкой МРТ, ЭЭГ, ЭНМГ и медико-генетического обследования, проведенного по месту жительства.

Результаты. При обследовании в отделении у обоих детей выявлен высокий уровень метгемоглобина (40% при поступлении), гемоглобина (190-180 г/л). Исключены сердечно-сосудистые и бронхо-легочные причины цианоза. У обоих детей выявлена нулевая активность фермента метгемоглобинредуктазы. У мальчика с микроцефалией, задержкой психомоторного развития и мышечной дистонией исключены структурные аномалии головного мозга, периферической нервной системы, наследственные болезни обмена веществ и спинальная мышечная атрофия (анализ органических кислот в моче, tandemная масс-спектрометрия, поиск делеций в гене SMN1), что, вероятнее всего, обусловлено наличием у ребенка 2 типа гомозиготной метгемоглобинемии. На фоне лечения высокими дозами аскорбиновой кислоты уровень метгемоглобина снизился до 18-20%, уровень общего гемоглобина снизился до 150-160 г/л. Выводы. 1. Гомозиготная метгемоглобинемия с рождения проявляется цианозом и гипоксией тканей, усиливающаяся на фоне бронхо-легочных и кишечных заболеваний. 2. Цианоз и признаки гипоксии при отсутствии сердечно-легочной патологии – показания к исследованию метгемоглобина в анализе кислотно-щелочного состояния. 3. Вследствие работы компенсаторных систем, уровень общего гемоглобина и эритроцитов у детей с метгемоглобинемией выше нормы, что ошибочно расценивают, как идиопатический эритроцитоз. 4. Существуют 2 типа гомозиготной метгемоглобинемии. Первый сопряжен исключительно с гемоглобинопатией, второй сопровождается неврологической симптоматикой. 5. В современных условиях при отсутствии метиленового синего для внутривенного введения, как антагониста метгемоглобина, лечение проводится высокими дозами аскорбиновой кислоты с дальнейшим переводом на поддерживающие дозы курсами 2 раза в год.

Отдаленные последствия лечения онкологии у детей

Тихонова О.А., Крутикова Н.Ю., Лопаева Ю.В., Платоненкова Е.М.

Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск

В последние годы применение наиболее эффективных режимов лечения детей с онкологическими заболеваниями (отдельными формами гемобластозов до 91,5-95%) улучшило показатели выживаемости пациентов. Улучшение данных показателей делает актуальным изучение комплексной реабилитации детей с целью минимизации последствий химиолучевого лечения.

Цель исследования: произвести оценку состояния физического развития и костной системы у детей, имевших в анамнезе онкопатологию.

Материалы и методы: осуществлялся ретроспективный анализ состояния опорно-двигательного аппарата детей от 5 до 15 лет с онкологическими заболеваниями в анамнезе на основании анкетирования и клинического осмотра. В структуре заболеваний детей первой группы встречались следующие диагнозы: острый лимфобластный лейкоз (41%), липобластома правой орбиты, опухоль пазухи носа, нефробластома, рак почки, злокачественная шваннома. Дети данной группы получали различные виды специфической терапии: хирургическое лечение – 21%, курсы полихимиотерапии – 45%, совместно хирургическое лечение с полихимиотерапией – 11%, комбинированное лечение – 22%. На момент исследования все дети находились в стадии ремиссии и не получали специфической терапии. Все дети были поделены на 2 исследуемые группы: первая – 9 детей со злокачественными новообразованиями различных органов и систем, находящихся в стадии ремиссии, вторая – 20 детей, не имеющие онкологическую патологию. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации данные историй развития ребенка (форма № 112/у). Нами проведена оценка прочности кости методом количественного ультразвукового исследования на аппарате MiniOmni на базе ОГБУЗ ДКБ «Детская поликлиника № 4,5,6» города Смоленска. Результаты исследования: в 100% случаев у детей с онкологическими заболеваниями в анамнезе отмечалось снижение «прочности» кости, из них: в 23% – выраженное снижение, а у 22% детей – выявлен остеопороз костей. Наибольшее снижение «прочности» кости имеется у детей с физическим развитием ниже 25 перцентиля и выше 75 перцентиля. Установлена прямая корреляционная зависимость между уровнем физического развития и скоростью звука в трубчатых костях (SOS, м/с), а также между уровнем физического развития и

интегральным показателем прочности кости (Z-score). Доказано, что наибольшее снижение прочности звука наблюдалось у детей с дисгармоничным физическим развитием ($rsos=0,48$, $p<0,05$; $rz=0,5$, $p<0,05$). Выявлены достоверные различия между показателями скорости звука в возрасте 9 лет и 15 лет. Так в 5 лет (первая группа Z-score – 0,2; вторая группа Z-score 0,8), 7 лет (первая группа Z-score – 1,1; вторая группа Z-score – 0,7), 9 лет (первая группа Z-score – 2,5; вторая группа Z-score – 0,75); 10 лет (первая группа Z-score – 0,5; вторая группа Z-score – 0,9), 15 лет (первая группа Z-score – 2,2; вторая группа Z-score – 0,85). Установлена слабая отрицательная корреляция между длительностью ремиссии и скоростью звука в кости ($rsos=-0,38$, $p<0,05$; $rz=-0,5$, $p<0,05$). У детей, имеющих онкологические заболевания и находящихся в периоде ремиссии более 3 лет, имеет место более выраженное снижение костной прочности. Заключение: снижение костной прочности у детей с онкологическими заболеваниями в анамнезе является результатом влияния процесса онкогенеза и проведения специфической терапии на опорно-двигательную систему. Полученные данные должны быть учтены при ведении детей с онкологическими заболеваниями на участке, педиатрам важно всегда помнить о возможных изменениях в костно-мышечной системе в отдаленных последствиях. Необходимо обязательно обследовать костно-мышечную систему неинвазивным, безопасным скрининговым методом исследования – денситометрия (УЗД костей) у детей после проведенной специфической терапии, являющегося фактором риска развития остеопении. Необходимо создать специализированные стандарты реабилитации детей с онкологическими заболеваниями для дальнейшего ведения на педиатрическом участке.

Содержание

Сборник тезисов

Значение исследования аутоантител в дифференциальной диагностике различных типов сахарного диабета у детей в России <i>Бабинская С.А., Кураева Т.Л., Сечко Е.А., Иванова О.Н., Петеркова В.А.</i>	65
Распространенность и характер жалоб на нарушение пищеварения у детей с синдромом Дауна <i>Бавыкина И.А., Звягин А.А., Бавыкин Д.В., Панина О.А.</i>	65
Сложности включения безглютеновой диеты в комплексную терапию аутизма у детей <i>Бавыкина И.А., Звягин А.А., Бавыкин Д.В., Перцева М.В.</i>	66
Клинический случай эффективности безглютеновой диеты в составе комплексной терапии расстройства аутистического спектра <i>Бавыкина И.А., Звягин А.А., Бавыкин Д.В., Петрова И.В.</i>	66
Лазерное и медикаментозное лечение начального швартообразования при ретинопатии недоношенных <i>Балашова Л.М., Новодерезкин В.В., Аронскинд М.С.</i>	67
Вакцинация и другие факторы, воздействующие на результаты туберкулинодиагностики <i>Виноградова А.Г., Крутикова Н.Ю.</i>	67
Осложнения беременности как фактор риска развития патологии у плода и новорожденного <i>Вязова Л.И.</i>	68
Особенности микробной колонизации кишечника у новорожденных детей на современном этапе <i>Вязова Л.И., Шенец С.Г., Башлакова А.Н.</i>	68
Этиологические факторы облитерирующего бронхолита с организующей пневмонией у детей <i>Гутинов Ш.А., Овсянников Д.Ю., Беляшова М.А., Турина И.Е., Бондаренко Н.А., Фролов П.А., Колтунов И.Е.</i>	68
Сложный клинико-диагностический случай муковисцидоза у подростка <i>Гуревич О.Е., Дудина Т.А., Синицын П.А., Симонова О.И., Колтунов И.Е.</i>	69
Иммунологические маркеры кардиоваскулярных изменений при хронической тонзиллярной инфекции <i>Дегтярева Е.А., Новикова Ю.Ю., Кантемирова М.Г., Куфа М.А.</i>	70
Клинический случай тромбоцитопении с отсутствием лучевой кости (thrombocytopenia with absent radius (tar-синдром)) у новорожденного <i>Демина И.В., Славнова О.В., Белова Е.А., Бавыкина О.В., Ельчанинова О.Е., Терентьева И.Б., Игринева Е.Н.</i>	70
Клинический случай гипоплазии левой коронарной артерии у ребенка двух лет <i>Демина И.В., Славнова О.В., Белова Е.А., Бавыкина О.В., Луканкина Л.Н., Кравцова Ю.С.</i>	71
Искусственное питание у детей: что нового? <i>Ерпулёва Ю.В., Овсянников Д.Ю., Даниэл-Абу М.И.</i>	71
Эпидемиологические аспекты болезни Кавасаки и острой ревматической лихорадки у детей московского региона <i>Кантемирова М.Г., Курбанова С.Х., Новикова Ю.Ю., Коровина О.А., Глазырина А.А., Бузина Н.В., Лапшин А.А., Овсянников Д.Ю., Колтунов И.Е.</i>	72
Обеспеченность витамином D детей дошкольного возраста, проживающих в городе Гомеле <i>Козловский А.А.</i>	72
Значимость определения перинатальных факторов риска у новорожденных детей г. Гомеля <i>Козловский А.А., Козловский А.А. (мл.), Лопатенко Е.О.</i>	73
Достижения и перспективы развития детского регионального городского Референс-центра врожденных наследственных заболеваний, генетических отклонений, орфанных и других редких заболеваний <i>Колтунов И.Е., Печатникова Н.Л., Витковская И.П., Буллик А.В., Шестопалова Е.А., Петряйкина Е.Е.</i>	74
Содержание витамина D при муковисцидозе у пациентов московского региона <i>Кондратьева Е.И., Жекайте Е.К., Шмарина Г.В., Никонова В.С., Воронкова А.Ю., Шерман В.Д., Костюк С.В.</i>	74
Физическое здоровье детей по мультидисциплинарной оценке <i>Кузнецова М.Н., Поляков С.Д., Подгорнова Н.С., Соболев А.М.</i>	75
Результаты использования программы «Мониторинг нутритивного статуса, рациона питания и ферментной терапии» при муковисцидозе <i>Максимычева Т.Ю., Кондратьева Е.И., Ильенкова Н.А., Чукунов В.В., Назаренко Л.П., Смирнова И.И.</i>	75
Междисциплинарный подход в лечении детей с расщелиной губы и нёба в Морозовской детской городской клинической больнице <i>Мамедов А.А., Макленнан А.Б., Рябкова М.Г., Волков Ю.О., Парфенов Д.С., Полуэктов Д.С., Новиков Д.С., Мазурина Л.А., Калинина А.И., Зангиева О.Т., Оджугалиева Г.</i>	76
Психологическое сопровождение при лечении детей с расщелиной губы и нёба в периоде новорожденности <i>Мамедов А.А., Макленнан А.Б., Рябкова М.Г., Волков Ю.О., Парфенов Д.С., Полуэктов Д.С., Новиков П.В., Мазурина Л.А., Калинина А.И., Зангиева О.Т., Оджугалиева Г.</i>	77
Эхокардиографические показатели у подростков с артериальной гипертензией <i>Мороз Е.А.</i>	77
Особенности здоровья и физического развития глубоко недоношенных детей, рожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела в Калининградской области на первом году жизни <i>Муц Е.Ю., Шестакова В.Н.</i>	78

Определение факторов риска развития нарушения адаптации сердечно-сосудистой системы (ССС) при остром бронхообструктивном синдроме (БОС) инфекционного генеза у детей раннего возраста

Овсянникова Е.М., Шабат М.Б., Караштина О.В., Тимонина И.В., Стойко Т.Ю. 79

Развитие саморегуляции как профилактика здоровья

Овчинникова Т.Н. 79

Критерии метаболического синдрома у детей с ожирением в возрасте до 10 лет

Павловская Е.В., Строкова Т.В., Сурков А.Г., Багаева М.Э., Таран Н.Н., Зубович А.И., Васильева Е.В. 80

Предикторы репродуктивного неблагополучия у мальчиков школьного возраста

Панков Д.Д., Петровичева Н.Л., Казанская И.В. 80

Актуальные проблемы московской детской эндокринологии

Петряйкина Е.Е., Новицкая А.И., Выхристюк О.Ф. 81

Лечебная тактика у детей с острым стенозирующим ларинготрахеитом

Пискунова М.А., Фокичева Н.Н., Красоткина И.Г., Халчева М.В., Федина Н.В. 81

Уникальный опыт лапароскопических резекций толстой кишки у детей с кроноподобными первичными иммунодефицитами

Поддубный И.В., Щербакова О.В., Козлов М.Ю., Малашенко А.С., Харьковина А.В., Трунов В.О. 82

Характеристика уровня артериального давления и липидного спектра у детей и подростков, родившихся недоношенными

Подпорина М.А., Рафикова Ю.С., Саприна Т.В. 82

Анализ антропометрических, биоимпедансметрических и биохимических показателей у группы подростков-школьников города Москвы

Порядина Г.И., Цыркунова Е.В. 83

Динамика антропометрических показателей маловесных доношенных детей в течение первых двух лет жизни

Прилуцкая В.А., Сапотницкий А.В. 83

Болезни эндокринной системы у детей с активным туберкулезом

Романова М.А., Мордык А.В., Леонтьева Е.С. 84

Роль врача-педиатра в диагностике злокачественных новообразований у детей: результаты внешнего аудита в некоторых субъектах Российской Федерации

Рыков М.Ю., Байбарина Е.Н., Поляков В.Г. 85

Взаимосвязи нарушений энтерального обеспечения в раннем неонатальном периоде и соотношения хлор/натрий в плазме крови у глубоконедоношенных детей

Сапотницкий А.В., Артюшевская М.В., Шишко Г.А. 85

Возможности кабинета паллиативной помощи детям на базе многопрофильной детской клинической больницы

Семенова В.Ю., Тысячная Е.М., Петряйкина Е.Е., Колтунов И.Е. 85

Отдельные формы туберкулеза у детей (морфологические аспекты)

Семенова Л.А., Никитин С.С., Лепеха Л.Н., Березовский Ю.С. 86

Приоритетность комплексного подхода в этиологической диагностике гнойных бактериальных менингитов у детей

Терещенко С.В., Анিকেева Н.А., Гребова Л.П. 86

Анализ ведущей микрофлоры при инфекциях мочевых путей у детей

Терещенко С.В., Анিকেева Н.А., Кантутис С.С. 87

Особенности паллиативной помощи детям в отделении многопрофильного детского стационара в отличие от хосписа

Тысячная Е.М., Петряйкина Е.Е., Колтунов И.Е. 87

Синдром Ундины или врожденный центральный гиповентиляционный синдром (клинический случай)

Федина Н.В., Маревичева Н.Д., Савукова Ю.О., Захарова Ю.В., Грущина Н.П. 88

Диагностика задержки зрительного созревания у детей раннего возраста

Хаценко И.Е., Тумасян А.Р. 88

Особенности течения пиелонефрита у детей первого года жизни

Христофорова Т.И., Журавлева И.В. 89

Динамика состояния здоровья детей города Смоленска

Шаробаро В.Е., Бекезин В.В., Сорокина Л.А. 90

Цистиновый нефролитиаз у ребенка 7 лет

Шумихина М.В., Чугунова О.Л., Гуревич А.И., Канивец И.В., Павлушкина Л.В., Коновалов Ф.А., Толмачева Е.Р. 90

Конкурс молодых ученых

Редкий случай легочной гиалинизирующей гранулемы у девочки 12 лет

Воронцова Л.В., Кузнецова А.А., Петрова С.И., Пешехонова Ю.В. 91

Возможности ультразвукового исследования легких в прогнозировании исходов у пациентов с бронхолегочной дисплазией

Колтунов И.Е., Дегтярева М.В., Мазаев А.П., Выхристюк О.Ф., Горбунов А.В., Ерохина А.В. 91

Синдром внезапной смерти в практике участкового педиатра

Крутикова Н.Ю., Зуева Ю.А., Крутиков И.С. 92

Использование скрининговых шкал fast/be-fast для ранней диагностики острого нарушения мозгового кровообращения у детей

Наптусова Н.В., Щедеркина И.О., Колтунов И.Е., Заваденко Н.Н. 92

Особенности диагностики и лечения гомозиготной метгемоглобинемии

Статуева М.В., Ларина Л.Е., Петров В.Ю. 93

Отдаленные последствия лечения онкологии у детей

Тихонова О.А., Крутикова Н.Ю., Лопаева Ю.В., Платоненкова Е.М. 93