



СОЮЗ ПЕДИАТРОВ  
РОССИИ  
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ  
ОТДЕЛЕНИЕ



КОМИТЕТ ПО  
ОБРАЗОВАНИЮ  
САНКТ-ПЕТЕРБУРГА



СПбГПМУ  
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ



КОМИТЕТ ПО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЮ  
ПРАВИТЕЛЬСТВА  
ЛЕНИНГРАДСКОЙ  
ОБЛАСТИ



КОМИТЕТ ПО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЮ  
ПРАВИТЕЛЬСТВА  
САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

# МАТЕРИАЛЫ

В РОССИЙСКОГО ФОРУМА  
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ  
«ПЕДИАТРИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА:  
ОПЫТ, ИННОВАЦИИ, ДОСТИЖЕНИЯ»

16-17 сентября



Санкт-Петербург  
2013

МАТЕРИАЛЫ V РОССИЙСКОГО ФОРУМА  
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ  
«ПЕДИАТРИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА:  
ОПЫТ, ИННОВАЦИИ, ДОСТИЖЕНИЯ»  
16-17 сентября 2013 г. – СПб., 2013. 123 с.

**Организаторы Форума:**

- Правительство Санкт-Петербурга
- Законодательное собрание Санкт-Петербурга
- Санкт-Петербургское региональное отделение общественной организации «Союз педиатров России»
- ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ
- Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга
- Комитет по здравоохранению Ленинградской области
- Комитет по образованию Санкт-Петербурга
- РГПУ им. А.И. Герцена.

**Научные редакторы:** проф. Булатова Е.М., проф. Маталыгина О.А.

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

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

---

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

ISBN 978-5-906279-05-7



9 785906 279057

# МАТЕРИАЛЫ

V РОССИЙСКОГО ФОРУМА  
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ  
«ПЕДИАТРИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА: ОПЫТ,  
ИННОВАЦИИ, ДОСТИЖЕНИЯ»

16-17 сентября

Санкт-Петербург  
2013

## СОДЕРЖАНИЕ

### ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧЕРЕЗ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОЕ ПАРТНЕРСТВО И ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

*Акимова С.Л.*

11

### БЕЛКИ ОСТРОЙ ФАЗЫ ВОСПАЛЕНИЯ И ИХ РОЛЬ В ДИАГНОСТИКЕ И ПАТОГЕНЕЗЕ НЕЙРОИНФЕКЦИЙ

*Алексеева Л.А., Скрипченко Н.В., Вильниц А.А.,  
Мазаева Е.М., Бессонова Т.В.*

18

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТАРТОВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ДИЗЕНТЕРИИ У ДЕТЕЙ В Г. МИНСКЕ

*Астапов А.А., Лужинский В.С., Лазарев А.В.,  
Зинченко А.В., Ключко Н.Л.*

19

### ИССЛЕДОВАНИЕ КОГНИТИВНЫХ ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ДЦП

*Балашов Н.А., Чеканина А.С., Огнянко А. А.*

21

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ САППЛЕМЕНТАЦИИ РАЦИОНА ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВАРЕНИЯ, ПРОДУКТАМИ ПРИКОРМА С ПРЕБИОТИКАМИ

*Богданова Н.М.*

22

### ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФЕНОТИПИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

*Богуцкая Н.К.*

25

### ОСТРЫЙ БРОНХИОЛИТ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

*Бойцова Е.В., Овсянников Д.Ю., Кршеминская И.В.*

26

### ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УЧЕБНЫХ ВИДЕОФИЛЬМОВ ПО МЕТОДИКЕ НЕПОСРЕДСТВЕННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ЗДОРОВОГО И БОЛЬНОГО РЕБЕНКА КАК ОДНОЙ ИЗ ФОРМ ВНЕАУДИТОРНОЙ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ СПБГПМУ

*Булатова Е.М., Шабалов А.М., Пучкова А.Я., Алешина Е.И.,  
Новикова В.П., Власова Т.М., Воронович Н.Н., Цех О.М.*

34

### ВОЗМОЖНОСТИ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ И ПУТИ ЭЛИМИНАЦИИ ИНФЕКЦИИ

*Галькевич Н.В., Буйлина О.Д., Сидорович П.П.*

37

### ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АНАЛОГОВ КОРОВЬЕГО МОЛОКА НА ОСНОВЕ МИНДАЛЯ И СОИ В ПИТАНИИ ДЕТЕЙ С ЦЕЛИАКИЕЙ И ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

*Гапонова Л.В., Полежаева Т.А., Матвеева Г.А.*

42

### АНАЛИЗ ПРОФИЛАКТИКИ РАХИТА В Г. ИРКУТСКЕ И Г. УЛАН-УДЭ

*Гармаева С.Б., Решетник Л.А., Попова А.Д.,  
Корешников Е.И., Барлукова К.В.*

44

### ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА РАХИТА И СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ У ДЕТЕЙ ДОМА РЕБЕНКА И ДЕТЕЙ ИЗ СЕМЕЙ

*Гармаева С.Б., Маркова Ф.В., Лутфлаева А.И.,  
Гладышева М.А., Артюх Л.В.*

45

### ПРОБЛЕМА РЕДКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПЕДИАТРИИ: КТО И КОГДА ДОЛЖЕН ПЛАТИТЬ

*Герасимов А.П., Балашов А.Л.*

46

### КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ: СЛУЧАЙ ДУПЛИКАЦИИ ФРАГМЕНТА КОРОТКОГО ПЛЕЧА 8 ХРОМОСОМЫ У НОВОРОЖДЕННОГО

*Герасимов А.П., Олина О.С.*

48

### ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА НОВООБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

*Гостимский А.В., Передереев С.С.*

49

Положительное влияние пребиотиков на устранение функциональных нарушений пищеварения у детей установлено в ряде исследований. Первые работы по нормализации микробиоты и моторной функции пищеварительного тракта касались адаптированных молочных смесей, обогащенных галакто- и фруктоолигосахаридами.

В работе Е.М. Булатовой с соавт. (2008) исследовались эффекты применения у детей первого года жизни адаптированной молочной смеси «Нестожен» («Nestle», Швейцария), обогащенной пребиотиками (галакто- и фруктоолигосахаридами) в дозе 0,4 г на 100 мл готового продукта. В исследовании принимали участие 42 ребенка. Основная группа – дети, получавшие смесь с пребиотиками (n=22), контрольная группа – дети, находившиеся на стандартной молочной смеси без пре- или пробиотиков (n=20). В результате исследования было установлено, что средняя частота стула и титры бифидобактерий у детей основной группы достоверно выше, чем в группе контроля. Причем, среди бифидобактерий у детей основной группы, доминировали младенческие виды, близкие к таковым у детей на грудном вскармливании. Частота таких симптомов, как метеоризм, колики, срыгивания на фоне приема апробируемого продукта встречалась реже, чем у детей контрольной группы.

В последние годы доказано, что внесение в состав молочных смесей и продуктов прикорма инулина и олигофруктозы оказывает благоприятное действие на спектр кишечной микробиоты и улучшение процессов пищеварения.

В мультицентровом исследовании, проведенном в 7 городах России, приняли участие 156 детей в возрасте от 1 до 4 месяцев. В основную группу вошли 94 ребенка, получавшие адаптированную молочную смесь с инулином, в группу сравнения – 62 ребенка на стандартной молочной смеси. У детей основной группы на фоне приема продукта, обогащенного инулином, было установлено достоверное увеличение количества бифидобактерий и лактобацилл и тенденция к снижению уровня кишечной палочки со слабовыраженными ферментативными свойствами и лактозонегативной.

В исследовании, выполненном в отделе детского питания НИИ питания РАМН, было показано, что ежедневный прием детьми второго полугодия жизни каши с олигофруктозой (0,4 г в одной порции) оказывает позитивное влияние на состояние микробиоты кишечника и нормализацию стула.

Примером продуктов прикорма, обогащенных природным пребиотиком растительного происхождения (высокомолекулярным инулином и олигосахаридом), могут служить низкоаллергенные, безмолочные и молочные каши, фруктовые и овощные пюре, соки с мякотью, печенье, производимые транснациональной компанией Heinz. Количество пребиотика, вносимого в продукты прикорма, широко варьирует. Это позволяет индивидуально подобрать продукт прикорма и добиться неплохих результатов в профилактике и лечении функциональных нарушений. И все-таки необходимо помнить, что клиническая оценка таких эффектов требует дальнейшего тщательного изучения для каждого конкретного продукта.

### **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФЕНОТИПИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

*Богуцкая Н.К.*

*Буковинский государственный медицинский университет,  
Черновцы, Украина*

**Цель исследования.** Оценить диагностическую ценность клинико-параclinical характеристик атопической бронхиальной астмы (аБА).

**Материал и методы.** Комплексно обследованы 64 пациента 7-17 лет с персистирующей БА. У 38 пациентов на основании положительных внутрикожных аллерготестов установлена аБА, 26 детей с неатопической БА сформировали группу сравнения.

**Результаты.** Наиболее существенным было межгрупповое отличие кожной гиперчувствительности к бытовым и эпидермальным аэроаллергенам, менее существенным - к пыльцевым и, особенно, пищевым. Уровень общего IgE сыворотки крови у детей с аБА составил  $701,4 \pm 116,8$  МЕ/мл против  $491,7 \pm 90,6$  ( $p=0,09$ ). Аллергическая отягощенность по родословной матери и цитохимический коэффициент теста с нитросиним тетразолием эозинофильных гранулоцитов крови в спонтанном варианте  $\geq 0,25$  у.е. статистически значимо повышали шансы аБА в 3,6 и 4,3 раза, соответственно. С аБА слабо ассоциировали принадлежность к мужскому полу, аллергологический генеалогический индекс  $>0,2$  и индекс бронходилатации  $>12\%$ . Линейный регрессионный анализ свидетельствовал об ассоциации размера кож-

ной папулы к пыльцевым аллергенам с тяжестью БА (бета-коэффициент=0,4,  $p<0,007$ ), а уровень IgE – с дозой ингаляционных глюкокортикоидов для базисной терапии (бета-коэффициент=0,5,  $p<0,03$ ). Сформированный иерархическим кластерным анализом субфенотип БА (18 детей) характеризовался большей выраженностью сопутствующей аллергической отягощенности, аллергологического индекса семейного анамнеза, сенсibilизации к пыльцевым аллергенам, обострений БА, лабильности бронхов, ранним дебютом и более интенсивной базисной терапией. Кластерным анализом методом К-средних выделена подгруппа из 5 пациентов, характеризовавшаяся, кроме того, большими индексом массы тела, эозинофилией крови, симптоматикой болезни, содержанием CD4-лимфоцитов и ИЛ-4 крови, показателями функциональной активности эозинофилов крови.

**Выводы.** Атопический фенотип может быть представлен разными эндотипами, характеризующимися различными механизмами взаимосвязи с БА. Анализ субфенотипов аБА в сравнении с неатопической свидетельствует о возрастании диагностической ценности маркеров атопии в выявлении особенностей БА в случае сочетанного использования количественных показателей содержания IgE и размеров кожной папулы, а не изолированных качественных характеристик положительности либо отрицательности тестов.

## ОСТРЫЙ БРОНХОЛИТ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

*Бойцова Е.В., Овсянников Д.Ю., Кршеминская И.В.  
НИИ Пульмонологии СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова,  
Санкт-Петербург  
Российский университет дружбы народов, Москва*

Острый бронхит – самое частое заболевание нижних дыхательных путей у детей, первых лет жизни. В разных странах используются различные термины для описания данного заболевания. В России и европейских странах, наряду с термином «бронхит», используются термин «острый обструктивный бронхит», в то же время в США используется термин «бронхит». В современной Российской классификации клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей было дано следующее определение и критерии диагностики данного заболевания. Острый бронхит (J21) определен, как воспалительное заболевание нижних дыхательных путей с преимущественным

поражением мелких бронхов и бронхиол. Клинические критерии диагностики: выраженная одышка экспираторного или смешанного характера, периоральный цианоз, малопродуктивный кашель, диффузные мелкие влажные и крепитирующие хрипы. Рентгенологические критерии диагностики: вздутие легких, усиление сосудистого рисунка. Развивается в основном у детей первого года жизни на фоне острых респираторных инфекций. Данное определение болезни соответствует тяжелому течению, в тоже время известно, что степень тяжести бронхита у младенцев может быть разной. Нередко отмечаются легкие формы болезни, протекающие без интоксикации, выраженной одышки и цианоза. Бронхит встречается не только у детей раннего возраста, описаны случаи у старших детей и взрослых.

Основными этиологическими факторами бронхита считаются респираторные вирусы. В 50-90% случаев возбудителем бронхита является РС-вирус. Все дети инфицируются РС вирусом в первые 2 года жизни, большинство развивает ОРЗ, по данным американских исследователей, примерно у 40% имеют симптомы поражения нижних дыхательных путей и только 1-2 % детей нуждаются в госпитализации. Причиной бронхита может быть вирус гриппа, парагриппа, риновирус, аденовирус и другие вирусы, тропные к эпителию дыхательных путей. У детей старше 5 лет и взрослых бронхит может быть следствием инфекции *M. Pneumonia*. В последнее время выделено 2 новых вируса, вызывающих бронхит – человеческий метапневмовирус (hMPV) и человеческий коронавирусы (HCoV-NL63), с метапневмовирусом связывается с 4-12% эпизодов бронхита в мире, частота коронавирусных бронхитов неизвестна.

Для бронхита характерна сезонность возникновения: в странах с умеренным климатом пик заболеваемости приходится на зиму, а в странах с более теплым климатом – на сезон дождей. Эпидемиологическое исследование, проведенное в России Российской Федерации, продемонстрировало, что РС-вирусная инфекция является основной причиной госпитализации детей раннего возраста с инфекцией нижних дыхательных путей с ноября по апрель. Пик заболеваемости пришелся на март-апрель и совпал в 3 регионах, где проводилось исследование (Москва, Томск, Санкт-Петербург).

Источником болезни являются больные, реже – вирусоносители. Инфекция передается воздушно-капельным путем, возможен и контактно-бытовой. Выделение вируса из верхних дыхательных путей начинается в конце инкубационного периода и продолжается до 7 дня