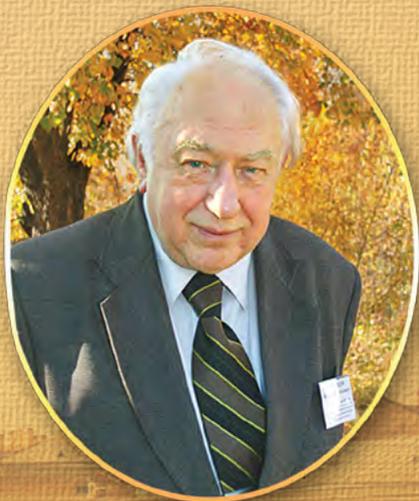




МАТЕРИАЛЫ

IX Научно-практической конференции
«Воронцовские чтения.
Санкт-Петербург - 2016»



3-5 марта 2016

МАТЕРИАЛЫ IX Научно-практической конференции
«Воронцовские чтения. Санкт-Петербург – 2016»
3–5 марта 2016 г. – СПб., 2016., 136 с.

УЧРЕДИТЕЛИ ФОРУМА:

- Правительство Санкт-Петербурга
- Законодательное собрание Санкт-Петербурга
- Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга
- Комитет по здравоохранению Ленинградской области
- Управление социального питания
- Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Санкт-Петербургу
- Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Ленинградской области
- ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ
- Санкт-Петербургское региональное отделение общественной организации «Союз педиатров России»

НАУЧНЫЕ РЕДАКТОРЫ: проф. Булатова Е.М., доц. Барашева О.В.

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», www.pediatrica-spb.ru

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

ISBN 978-5-9906621-3-1



МАТЕРИАЛЫ

IX НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«ВОРОНЦОВСКИЕ ЧТЕНИЯ.
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ – 2016»

ПОСВЯЩАЕТСЯ ПАМЯТИ ПРОФЕССОРА
ИГОРЯ МИХАЙЛОВИЧА ВОРОНЦОВА

3–5 МАРТА

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ 2016

СОДЕРЖАНИЕ

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ МАССИВНОГО АКУШЕРСКОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ У ПАЦИНТОК С ПОЛНЫМ ПРЕДЛЕЖАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ. <i>Агеева У. Ю., Гайдуков С. Н., Комиссаров М. И., Алешин И. Ю.</i>	11
ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ МОНИТОРИНГА СОСТОЯНИЯ ЛЕГКИХ У НОВОРОЖДЕННЫХ <i>Акиншин И. И., Лепенчук А. Ю., Синельникова Е. В.</i>	12
СОДЕРЖАНИЕ ЦИТОКИНОВ В ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ АДЕНОМИОЗЕ <i>Арутюнян А. Ф., Гайдуков С. Н., Костюшов Е. В., Лунева О. М.</i>	13
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОГОРТЫ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЧАСТЫМИ ЭПИЗОДАМИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ <i>Богущая Н. К.</i>	15
ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ КАК ПРЕДШЕСТВЕННИК РАЗВИТИЯ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ <i>Варламова Н. Н., Часнык В. Г., Синельникова Е. В., Солодкова И. В.</i>	22
СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ВНУТРИСЕМЕЙНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ РЕАКТИВНОСТИ <i>Василевский И. В.</i>	24
ИММУНОГЛОБУЛИНЫ В СЛЮНЕ У ЧЛЕНОВ СЕМЕЙ С ОТЯГОЩЕНИЕМ ПО БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ <i>Василевский И. В.</i>	25
ИНФОРМАТИВНОСТЬ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДИК У ДЕТЕЙ-РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ НЕЙРОИНФЕКЦИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ <i>Войтенков В. Б., Скрипченко Н. В., Климкин А. В., Матюнина Н. В., Горелик Е. Ю.</i>	26
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ – ТУБУЛОПАТИЯ: ПОЧЕЧНЫЙ КАНАЛЬЦИЕВЫЙ АЦИДОЗ, ПРОКСИМАЛЬНЫЙ ТИП <i>Вялкова А. А., Дребнева С. А., Устинова О. О., Гайкова Л. А.</i>	29
ТУБУЛОПАТИЯ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО И РАННЕГО ВОЗРАСТА: ПОЧЕЧНЫЙ КАНАЛЬЦИЕВЫЙ АЦИДОЗ, ПРОКСИМАЛЬНЫЙ ТИП <i>Вялкова А. А., Дребнева С. А., Устинова О. О., Гайкова Л. А.</i>	30

45,3 ± 2,5 года. Длительность клинических проявлений заболевания была от нескольких месяцев до 10 лет. Материалом для иммунологического исследования являлась перитонеальная жидкость (ПЖ), полученная в ходе оперативного вмешательства при лапароскопии или лапаротомии. Полученные пробы перитонеальной жидкости подвергались исследованию с помощью мультиплексного определения цитокинов на аппарате Bio-Plex («Bio-Rad», США). Использовалась стандартная Th1/Th2-панель, состоящая из 9 показателей: IL-2, IL-4, IL-5, IL-10, IL-12, IL-13, GM-CSF, IFN- γ и TNF- α .

Результаты исследования: Результаты проведенного исследования показали достоверное повышение уровня IL-10 у пациенток с аденомиозом при сопоставлении с группой сравнения ($p = 0,016$). При дальнейшей статистической обработке уровень цитокинов у пациенток с аденомиозом был проанализирован в зависимости от клинических вариантов течения заболевания. Были выявлены достоверно повышенные уровни IL-10, GM-CSF, IFN- γ и TNF- α у пациенток с длительностью течения заболевания более 5 лет по сравнению с пациентками, у которых аденомиоз существовал менее 5 лет ($p < 0,05$). Обнаружен повышенный уровень IL-10 у пациенток с прогрессированием аденомиоза и при сочетании с миомой матки ($p < 0,05$) по сравнению с группой контроля. У пациенток с размером матки, соответствовавшим величине менее 8 недель беременности, уровень IFN- γ был достоверно выше, чем в группе больных размером аденомиоза более 8 недель ($p = 0,002$).

Выводы: Таким образом, наблюдаемая при аденомиозе обратная корреляция содержания IFN- γ в перитонеальной жидкости с размером матки, возможно, является фактором, замедляющим развитие заболевания. Очевидно, что недостаточность клеточного звена иммунного ответа является одной из предпосылок прогрессирования аденомиоза. Увеличение экспрессии IL-10, отмеченное при прогрессирующем аденомиозе, может свидетельствовать о неблагоприятной роли Th2-типа иммунного ответа в развитии опухоли.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОГОРТЫ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЧАСТЫМИ ЭПИЗОДАМИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Богущая Н. К.

Высшее государственное учебное заведение Украины

«Буковинский государственный медицинский университет». г.Черновцы

Респираторные инфекции ежегодно обуславливают более половины всех случаев острых заболеваний среди детей. Наиболее частое среди этих заболеваний — острое респираторное заболевание (ОРЗ) верхних дыхательных путей, преимущественно вирусной этиологии, обычная «простуда» [1,6,9]. Дети особенно восприимчивы к этим заболеваниям вследствие отсутствия приобретенного иммунитета против многих возбудителей, недостаточных гигиенических навыков и часто тесного контакта с окружающими — больными или носителями инфекционных возбудителей [2,3]. ОРЗ наблюдаются круглогодично, но чаще в осенне-весенний период, у детей младшего возраста за год обычно констатируют 6–7 эпизодов ОРЗ, однако у 10–15% детей — не менее 12 инфекционных заболеваний в год [1,3]. С каждым годом взросления частота заболеваний уменьшается на 2–3 эпизода. Первый пик заболеваемости у детей наблюдается в возрасте 6–12 мес., значительно возрастает заболеваемость после начала посещения дошкольных учреждений (ДДУ). В ДДУ в первый год посещения дети болеют вдвое чаще по сравнению с теми, которые воспитываются только дома, но со временем эти показатели выравниваются [4]. Более высокая заболеваемость воспитанников ДДУ по сравнению с их неорганизованными сверстниками и отсутствие ее существенного снижения в течении последних лет свидетельствуют об актуальности этой педиатрической проблемы. Среди экзогенных факторов, определяющих формирование частой заболеваемости ОРЗ у воспитанников ДДУ, несомненно медико-биологические, микросоциальные и гигиенические [1,5,7].

С целью комплексного анализа полифакторного феномена частых эпизодов острых респираторных заболеваний изучены медико-биологические особенности когорты детей дошкольного возраста с кратностью ОРЗ, превышающей 4 эпизода за год, предшествующий обследованию, в сравнении с эпизодически болеющими детьми.

Материалы и методы. Для формирования клинических групп сравнения предварительный отбор дошкольников 4–7 лет проводили среди воспитанников старших групп 24 ДДУ города, что позволило сгладить влияние группы «условно часто болеющих детей», повышение острой респираторной заболеваемости у которых является временным и наблюдается только на первом году посещения ДДУ, что связано с периодом адаптации. Группы наблюдения были сформированы методом «случай-контроль». Первую (I), основную группу составили 112 часто болеющих детей, формирующим признаком была частота эпизодов ОРЗ у детей более четырех раз в год, предшествовавший обследованию. Вторую (II) группу сравнения сформировали 88 эпизодически болеющих детей, ОРЗ у которых наблюдались четыре и менее раз в год, предшествовавший обследованию. Средняя продолжительность посещения ДДУ составила $3,4 \pm 0,1$ года, а средний возраст детей — 5,4 года в обеих группах по частоте ОРЗ и в подгруппах по полу. Доля детей, посещающих ДДУ в течении менее одного года, была незначительной и составила $3,6 \pm 1,8\%$ и $4,5 \pm 2,2\%$ ($p > 0,05$) соответственно среди детей I и II клинических групп. По полу, среднему возрасту и продолжительности посещения ДДУ группы сравнения были сопоставимы. У детей I и II групп наблюдения изучена заболеваемость в течении всего периода посещения ДДУ с ретроспективным анализом до поступления в соответствующие учреждения на основании данных медицинских форм. Дошкольникам был проведен комплекс общепринятых и специальных методов параклинического обследования. С целью более углубленного изучения семейно-аллергологического анамнеза, особенностей течения перинатального периода, заболеваемости детей до поступления и во время посещения ДДУ методом анкетирования в присутствии медицинского работника был проведен опрос родителей обследованных детей. Достоверность различий полученных величин изучалась с помощью t-критерия Стьюдента и считалась достоверной при $p < 0,05$.

Результаты исследований. Подробная характеристика кратности и структуры заболеваемости обследованных детей свидетельствовала о значительной клинической гетерогенности контингента детей с частыми эпизодами ОРЗ. Кратность ОРЗ у детей групп наблюдения в течении года, предшествовавшего обследованию, составила: среди детей с эпизодическими ОРЗ 0–1 эпизод имели $44,2 \pm 7,6$ и $35,5 \pm 7,1\%$, 2–4 эпизода ОРЗ — $55,8 \pm 7,6$ и $64,5 \pm 7,1\%$ мальчиков и девочек соответственно, а среди дошкольников с частыми ОРЗ 5–6 эпизодов отмечено у $69,1 \pm 6,2$ и $68,4 \pm 6,27\%$ и более 6 ОРЗ — у $30,9 \pm 6,2$ и $31,6 \pm 6,2\%$ мальчиков и девочек соответственно. Треть детей I группы

наблюдения относилась к так называемой группе непрерывно болеющих, а кратность ОРЗ остальных дошкольников этой группы составляла 5–6 эпизодов в год. Около двух третей детей II клинической группы переносили 2–3 острых эпизода респираторных заболеваний в год. Достоверных различий по распределению кратности острых заболеваний в зависимости от пола в обеих клинических группах не выявлено. В среднем на каждого ребенка из группы часто болеющих приходилось $5,96 \pm 0,21$ эпизода ОРЗ, а в группе эпизодически болеющих дошкольников — $1,56 \pm 0,10$ эпизода ОРЗ ($p < 0,001$). Данные о структуре и уровне заболеваемости, обусловившей формирование контингента детей с частыми ОРЗ, представлены в таблице.

№ п/п	Нозологические единицы	Структура, %		Уровень, %	
		мальчики	всего	мальчики	всего
I	ОРЗ верхних дыхательных путей				
1.	Острые респираторные вирусные инфекции	79,9±2,3	80,5±1,5	4563,6	4741,1
2.	Тонзиллиты	3,5±1,0	4,2±0,8	200,0	250,0
3.	Ларингиты	0,6±0,5	1,2±0,4	36,4	71,4
4.	Аденоидиты, синуситы	1,6±0,7	1,7±0,5	90,9	98,2
II	ОРЗ нижних дыхательных путей				
1.	Эпизоды бронхита	10,5±1,8	8,9±1,1	600,0	526,8
2.	Эпизоды пневмонии	1,0±0,6	0,8±0,3	54,6	44,6
III	Другие ОРЗ	2,9±0,9	2,7±0,6	163,6	160,7

Таблица. Структура и уровень заболеваемости детей с частыми эпизодами ОРЗ

Формирование феномена частой заболеваемости детей в значительной степени определяет комплекс медико-биологических факторов, а именно генетическое детерминирование, состояние здоровья родителей, заболеваемость матери во время беременности, степень зрелости плода, нарушение перинатального периода, вид вскармливания, преморбидные фоновые состояния. Приблизительно этиологическую причину каждого эпизода ОРЗ можно установить, оценивая такие факторы, как возраст ребенка, сезон, предшествующие заболевания. Факторы, которые повышают восприимчивость к ОРЗ: пассивное курение, общественный транспорт, иммуносупрессия различного генеза, хронический стресс, муковисцидоз, аллергическое воспаление, назальный полипоз, цилиарная дискинезия, носительство стрептококка группы А, интраверсия и т.д. [1].

При анализе данных генеалогического анамнеза у $28,8 \pm 4,3\%$ случаев хотя бы у одного из близких родственников часто болеющих пробандов было отмечено наличие рецидивной бронхолегочной патологии и/или хронических очагов инфекции, тогда как среди родственников детей с эпизодическими ОРЗ это отмечалось лишь в $16,5 \pm 4,0\%$ случаев ($pt < 0,05$). Было отмечено тенденцию к большей частоте отягощенности аллергологического анамнеза у часто болеющих ОРЗ детей по сравнению с детьми II клинической группы. В семьях детей I группы наблюдения было выявлено одновременно двух и более родственников с клиническими признаками аллергии в $8,0 \pm 2,7\%$ случаев, тогда как среди дошкольников с эпизодическими ОРЗ — в $1,2 \pm 1,1\%$ случаев ($pt < 0,05$). Генеалогический индекс отягощенности наследственного анамнеза, то есть число хронических заболеваний в пересчете на одного кровного родственника с известным состоянием заболеваемости, исключая пробанда, в родословных детей с частыми ОРЗ в среднем составил $0,53 \pm 0,04$, а во II клинической группе — $0,47 \pm 0,04$ ($pt > 0,05$). Однако генеалогический индекс превышал высокий показатель в семьях детей с частыми ОРЗ чаще (в $21,6 \pm 3,9\%$), чем у дошкольников с эпизодическими ОРЗ (в $10,6 \pm 3,3\%$ случаев, $pt < 0,05$). Наследственный анамнез был отягощенным как со стороны матери, так и отца пробанда в $17,9 \pm 3,6\%$ случаев у детей I клинической группы и у $10,7 \pm 3,4\%$ детей с эпизодическими ОРЗ ($pt > 0,05$).

При анализе данных акушерского анамнеза, указания на патологическое течение беременности (токсикозы первой и/или второй половины беременности, угроза выкидыша, предшествующие спонтанные или медицинские аборт) было отмечено у $37,5 \pm 4,5\%$ матерей детей с частыми ОРЗ и в $45,5 \pm 5,3\%$ ($pt > 0,05$) случаев во второй клинической

группе. Наличие любого из проявлений патологического течения родов (патология плаценты, оболочек и положения плода в родах; затяжные, стимулированные или стремительные роды; длительный безводный период; многоплодие; кесарево сечение) было отмечено у матерей с эпизодическими ОРЗ в $18,2 \pm 4,1\%$ случаев и у $16,1 \pm 3,5\%$ матерей детей I клинической группы ($pt > 0,05$). В $49,0 \pm 1,7\%$ и $41,9 \pm 5,3\%$ случаев ($pt > 0,05$) дети соответственно I и II групп наблюдения рождались от первой беременности, и в $8,7 \pm 2,8\%$ и $8,1 \pm 3,0\%$ случаев ($pt > 0,05$) — от четвертой и более по счету беременности.

При анализе особенностей перинатального периода обнаружено, что вес при рождении менее 2800 г имели $6,8 \pm 2,7\%$ эпизодически болеющих детей и $10,7 \pm 2,9\%$ детей основной группы наблюдения ($pt > 0,05$), у $14,8 \pm 3,8\%$ детей II клинической группы и у $10,7 \pm 2,9\%$ часто болеющих ОРЗ детей ($pt > 0,05$) вес при рождении превышал 4000 г. Среди эпизодически болеющих ОРЗ $6,8 \pm 2,7\%$ детей родились недоношенными, а в I клинической группе этот показатель составил $12,5 \pm 3,1\%$ ($pt > 0,05$). Количество детей, гестационный возраст которых при рождении превышал 42 недели, составило $2,7 \pm 1,5\%$ и $3,4 \pm 1,9\%$ в I и II клинической группе соответственно ($pt > 0,05$). В целом, патологические проявления перинатального периода, а именно гипоксия плода и асфиксия новорожденного, родовая травма, проявления конфликта при антигенной несовместимости крови матери и плода, отмечались у $20,5 \pm 4,3\%$ эпизодически и $25,9 \pm 4,1\%$ часто болеющих ОРЗ детей ($pt > 0,05$). На грудном вскармливании в течении первого года жизни находились $57,6 \pm 5,0\%$ часто и $52,6 \pm 5,3\%$ эпизодически болеющих детей. Полное искусственное вскармливание, начатое до 4 месяца жизни, было отмечено у $38,2 \pm 5,6\%$ детей второй клинической группы и в $35,4 \pm 4,8\%$ случаев среди часто болеющих ($pt > 0,05$).

Отсутствие существенного влияния перинатальных факторов риска на формирование у дошкольников феномена частых повторных ОРЗ, возможно, объясняется постепенным уменьшением их долевого участия в дошкольном возрасте по сравнению с их значимостью в период раннего детства [6,8]. Действительно, выявлено существенное влияние перенесенной в перинатальном периоде патологии и искусственного вскармливания у исследуемого контингента детей на рост их острой респираторной заболеваемости только на первом году жизни. А именно, в подгруппах детей, находящихся на искусственном или смешанном и естественном вскармливании контингент часто болеющих ОРЗ детей на 1 году жизни составил соответственно $32,1 \pm 5,3\%$ и $18,6 \pm 4,0\%$ ($pt < 0,05$). Среди детей с наличием и отсутствием

указаний на какую-либо перенесенную патологию в перинатальном периоде доля с частыми повторными респираторными эпизодами на первом году жизни составила $25,4 \pm 3,9\%$ и $13,6 \pm 3,7\%$ соответственно ($p < 0,05$).

Более выраженной была «фоновая» отягощенность у детей, кратность ОРЗ у которых превышала 6 эпизодов в год. Так, среди этих дошкольников проявления рахита I–II степени и атопического дерматита на первом году жизни отмечали в $31,1 \pm 6,9\%$ ($p: II < 0,01$) и $35,6 \pm 7,1\%$ ($p: II < 0,05$) случаев. Частые ОРЗ в возрасте до 1 года отмечены у $23,2 \pm 4,0\%$ и $18,2 \pm 4,1\%$ случаев ($p > 0,05$) соответственно в группах часто и эпизодически болеющих ОРЗ детей. Следует отметить, что этот показатель слабо коррелировал с кратностью острых заболеваний за год, предшествовавший обследованию ($r = 0,18$, $p < 0,05$), с баллом формализованной констеляционной оценки проявлений частой заболеваемости ($r = 0,24$, $p < 0,01$), с продолжительностью проявлений частой заболеваемости в годах ($r = 0,33$, $p < 0,001$).

Количество детей с физическим развитием выше и ниже среднего у детей обеих групп сравнения было практически одинаковым и соответственно составило среди часто болеющих детей $25,5 \pm 4,2\%$ и $24,5 \pm 4,2\%$ и в группе эпизодически болеющих — $25,6 \pm 4,7\%$ и $24,4 \pm 4,6\%$ ($p > 0,05$). Дисгармоничное физическое развитие выявлено у $24,5 \pm 4,2\%$ детей I клинической группы и у $14,0 \pm 3,7\%$ детей, которые болели эпизодически ($p > 0,05$), причем у $13,2 \pm 3,3\%$ и $7,0 \pm 2,8\%$ детей ($p > 0,05$) соответственно I и II клинических групп физическое развитие было резко дисгармоничным.

Средний балл, представленный в виде суммы баллов по отдельным нозологическим единицам и патологическим состояниям, формализовано отражал выраженность проявлений частой заболеваемости и/или фоновую отягощенность у детей обеих групп наблюдения, а также достоверно коррелировал с частотой ОРЗ на первом году жизни, кратностью острых заболеваний ($r = 0,87$; $p = 0,000$), продолжительностью частой заболеваемости в годах ($r = 0,78$; $p = 0,000$). Отмечена слабая прямая корреляционная связь этого показателя с дискинезией желчевыводящих путей ($r = 0,3$; $p = 0,002$), проявлениями аллергии ($r = 0,26$; $p = 0,006$), анемией ($r = 0,22$; $p = 0,02$), наличием хронических очагов инфекции ($r = 0,19$; $p = 0,05$), диффузным зобом ($r = 0,2$; $p = 0,04$), наличием проявлений бронхообструктивного синдрома ($r = 0,29$; $p = 0,002$). Отдельные исследователи отождествляют клинический синдром повторных острых респираторных заболеваний у детей

с недиагностированной у них бронхиальной гиперреактивностью, другие указывают на то, что умеренная гиперреактивность дыхательных путей, в отличие от атопии, не является фактором риска сохранения респираторных симптомов в анамнезе. При наличии в анамнезе указаний на эпизоды бронхиальной обструкции, у $30,8 \pm 9,1\%$ часто болеющих детей повторные респираторные заболевания наблюдались уже на первом году жизни, тогда как среди эпизодически болеющих детей этого не отмечали. В подгруппах часто болеющих детей без и с наличием эпизодов бронхообструктивного синдрома сопоставимыми с тенденцией к росту среди последних были генеалогическая аллергологическая отягощенность, частота клинических проявлений аллергии, кратность острых респираторных заболеваний за последний год наблюдения. При наличии эпизодов бронхообструкции превышающая 6 кратность ОРЗ за год наблюдалась у $53,9 \pm 9,8\%$ дошкольников, тогда как среди всех часто болеющих детей — только у $31,3 \pm 4,4\%$ ($p < 0,05$). Принимая во внимание отсутствие диагностики бронхиальной астмы в анамнезе обследованных дошкольников, можно предположить, что развитие эпизодов бронхиальной обструкции у детей на фоне частых повторных ОРЗ было связано с изолированной гиперреактивностью дыхательных путей.

Выводы. При изучении медико-биологических факторов риска формирования частой заболеваемости ОРЗ у воспитанников ДДУ, наиболее значимыми среди них оказались факторы генетического детерминирования (наследственная отягощенность по рецидивирующей бронхолегочной патологии и/или хроническим очагам инфекции, аллергологическая отягощенность генеалогического анамнеза, высокая совокупная отягощенность хроническими заболеваниями в родословной), а также наличие частых повторных респираторных эпизодов на первом году жизни. Частые ОРЗ у воспитанников ДДУ дошкольного возраста являются гетерогенным полифакторным клиническим феноменом.

Список литературы

1. Jesenak M, Ciljakova M, Rennerova Z, Babusikova E, Banovcin P. Recurrent respiratory infections in children — definition, diagnostic approach, treatment and prevention. In: Martin-Loeches I, editor. , editor. Bronchitis. Rijeka: InTech. — 2011. — P.119–148.

2. Pettigrew M. M. Microbial interactions during upper respiratory tract infections / M. M. Pettigrew, J. F. Gent, K. Revai et al. // Emerg. Infect. Dis. — 2008. — Vol. 14, N 10. — P. 1584–1591. doi: 10.3201/eid1410.080119.

3. Snellman L. Diagnosis and treatment of respiratory illness in children and adults/L. Snellman, W. Adams, G. Anderson et al.//Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), 2013. —86 p.

4. Wald E. R. Upper respiratory tract infections in young children: duration of and frequency of complications/E.R. Wald, N. Guerra, C.Byers// Pediatrics. — 1991. — Vol.87, N2. — P.129–133.

5. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. Грип та гострі респіраторні інфекції. — Актуальна інфектологія. — 2014. — № 3 (4). — С. 123–191.

6. Альбицкий В. Ю. Часто болеющие дети/В. Ю. Альбицкий, И. А. Камаев, М. Л. Огнева. — Нижний Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2003. — 180 с.

7. Воробьева В. А. Новые подходы в профилактике и лечении острых респираторных вирусных заболеваний у детей/В. А. Воробьева, Е. А. Азова. — «Ремедиум Приволжье», 2010. — № 5. — С. 28-29.

8. Маркова Т. П. Длительно и часто болеющие дети/Т. П. Маркова, Д. Г. Чувилов//Рус. мед. журн. — 2002. — №3. — С.125-127.

9. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика/Научно-практическая программа. Союз педиатров России. — М., 2004. — 73 с.

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ КАК ПРЕДШЕСТВЕННИК РАЗВИТИЯ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

*Варламова Н. Н., Часнык В. Г., Синельникова Е. В., Солодкова И. В.
ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ,
Санкт-Петербург*

Оценка эндотелиальной дисфункции (ЭД) у детей с гепатостеатозом, как проявлением начальной стадии неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБ), имеет важное прогностическое значение для профилактической педиатрии. В настоящий момент все более актуальна теория, о том, что ЭД первична по отношению к инсулинорезистентности,

которая по-прежнему является одним из ведущих патогенетических факторов, запускающих процесс формирования НАЖБ.

Цель

Исследовать функцию эндотелия у детей с гепатостеатозом с различной массой тела при рождении.

Материалы и методы

Нами было обследовано 97 пациента. Средний возраст детей составил 9–11 лет. Все исследуемые были разделены на 2 группы. I группу составили 46 пациентов (23 мальчиков и 23 девочек) с гепатостеатозом, рожденных с нормальной массой тела, II группу составили 47 пациентов (22 мальчиков и 25 девочек) с гепатостеатозом, рожденных с низкой массой тела (1,5–2,5 кг).

Всем пациентам проводился комплекс стандартных методов исследования с включением биохимического анализа крови. Оценка эндотелиальной дисфункции проводилось неинвазивным методом тестирования реактивности плечевой артерии (ПЛА) (по методике D. S. Celermajer, K. E. Sorenson, 1992), с применением УЗ-сканера GE Logiq S8 путем стандартной оценки функции эндотелия по параметрам эндотелий-зависимой опосредованной вазодилатации (ЭЗВД) в ПЛА. Снижение ЭЗВД отражает эндотелиальную дисфункцию, которая ассоциируется с прогрессированием НАЖБ.

Результаты

Достоверных значимых отклонений от нормы в биохимическом анализе крови не выявлялось. При оценке ЭЗВД у пациентов II группы было обнаружено нарушение прироста диаметра ПЛА (< 10%). Снижение прироста вазодилатации было выявлено у пациентов с гепатостеатозом и низкой массой тела при рождении по сравнению с пациентами с гепатостеатозом и нормальной массой тела при рождении ($5,9 \pm 3,1$ против $9,6 \pm 2,7\%$, в $P < 0.001$).

Выводы

Выявленную дисфункцию эндотелия у детей с гепатостеатозом и низкой массой тела при рождении можно рассматривать как фактор риска прогрессирования НАЖБ. У детей с гепатостеатозом и с нормальной массой тела при рождении дисфункция эндотелия не выявлена.