



VIII КОНГРЕСС ПЕДИАТРОВ СТРАН СНГ

«РЕБЕНОК И ОБЩЕСТВО:
ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ,
РАЗВИТИЯ И ПИТАНИЯ»

22–23 сентября 2016 года

Международная
научно-практическая конференция,
посвященная 55-летию со дня основания
Национального центра охраны материнства и детства

«МАТЕРИНСТВО И ДЕТСТВО –
ДОСТИЖЕНИЯ, ПРОБЛЕМЫ И
ПЕРСПЕКТИВЫ»

ТЕЗИСЫ КОНГРЕССА И КОНФЕРЕНЦИИ

Бишкек, Кыргызская Республика
Отель JANNAT Regency

www.fpcis.org



Организаторы Конгресса

- Федерация педиатров стран СНГ
- Министерство здравоохранения Кыргызской Республики
- Национальный центр охраны материнства и детства (Кыргызская Республика)
- Общество педиатров Кыргызской Республики
- Национальная ассоциация диетологов и нутрициологов (Россия)
- Национальное научное общество инфекционистов (Россия)
- Российская Ассоциация педиатрических центров
- Ассоциация педиатров Узбекистана
- Ассоциация педиатров Украины
- Ассоциация акушеров-гинекологов и неонатологов Республики Беларусь
- Союз педиатров Казахстана
- Ассоциация педиатров Республики Молдова
- Ассоциация педиатров Таджикистана

Международный организационный комитет

Сопредседатели:

Батыралиев Т.А. Министр здравоохранения Кыргызской Республики, профессор
Каганов Б.С. Президент Федерации педиатров стран СНГ, член-корр. РАН
Узакбаев К.А. Директор Национального центра охраны материнства и детства, Вице-президент Федерации педиатров стран СНГ от Кыргызской Республики, профессор

Члены комитета:

Ахмедова Д.И. (Узбекистан)	Гаращенко Т.И. (Россия)	Кованова Н.Н. (Россия)	Ревенко Н.Е. (Молдова)
Болотова Н.В. (Россия)	Горелов А.В. (Россия)	Майданник В.Г. (Украина)	Сафронова А.Н. (Россия)
Боранбаева Р.З. (Казахстан)	Дегтярева М.В. (Россия)	Мизерницкий Ю.Л. (Россия)	Эрдес С.И. (Россия)
Вохидов В.В. (Таджикистан)	Зейгарник М.В. (Россия)	Михайлова Е.В. (Россия)	
Вильчук К.У. (Беларусь)	Ильенко Л.И. (Россия)	Покровский В.И. (Россия)	

Международный научный комитет

Сопредседатели:

Антипкин Ю.Г. (Украина), Геппе Н.А. (Россия), Камилов А.И. (Узбекистан)

Члены комитета:

Бельмер С.В. (Россия)	Диканбаева С.А. (Казахстан)	Палий И.И. (Молдова)	Улезко Е.А. (Беларусь)
Боранбаева Р.З. (Казахстан)	М.Кароли (Италия)	Х. Скаржинский (Польша)	Умарова З.С. (Узбекистан)
А.Валиулис (Литва)	М.Кац (Израиль)	Скрипченко Н.В. (Россия)	Хайтович Н.В. (Украина)
Х.Боа-Очоа (Испания)	Лапшин В.Ф. (Украина)	Строкова Т.В. (Россия)	Шадрин О.Г. (Украина)
Девялтовская М.Г. (Беларусь)	Лобзин Ю.В. (Россия)	Студеникин В.М. (Россия)	Шамсиев Ф.М. (Узбекистан)
Джубатова Р.С. (Узбекистан)	Мещеряков В.В. (Россия)	Балвир С. Томар (Индия)	Щеплягина Л.А. (Россия)

Локальный организационный комитет

Сопредседатели:

Маймерова Г.Ш., Макенжан уулу А., Джанузакова Н.Э.

Члены комитета:

Байзаков М.Т.	Жетибаева С.Ч.	Маткеева А.Т.	Уракеев А.Т.
Бейшеева Ч.К.	Карачев Б.А.	Садыков У.А.	Усманова Б.Ш.
Джумаев А.Т.	Мамыралиев А.Б.	Узакбаев Ч.К.	Тургамбаев Т.Дж.

Локальный научный комитет

Сопредседатели:

Фуртикова А.Б., Саатова Г.М., Эшалиева А.С.

Члены комитета:

Абдувалиева С.Т.	Бабаджанов Н.Дж.	Кабеева Д.Дж.	Назаралиева С.Б.
Алымбаев Э.Ш.	Бейшебаева Н.А.	Кучербаев А.А.	Омурзаков Б.А.
Ашералиев М.Е.	Жекшенова А.А.	Кочкунов Д.С.	Юлдашев И.М.

Технический организатор

Медицинское Маркетинговое Агентство

VIII Конгресс педиатров стран СНГ

*«Ребенок и общество:
проблемы здоровья, развития и питания»*

**Международная научно-практическая конференция,
посвященная 55-летию со дня основания
Национального центра охраны материнства и детства**

*«Материнство и детство – достижения,
проблемы и перспективы»*

ТЕЗИСЫ КОНГРЕССА И КОНФЕРЕНЦИИ

22-23 сентября 2016 года
г. Бишкек, Кыргызская Республика
Отель JANNAT Regency,
www.fpcis.org

Мы проанализировали 15 историй болезни детей, которые перенесли аллотрансплантацию почки и получали лечение в УК «Аксай» г. Алматы. По этиологическому фактору причина тХПН: у 5 детей (33,3%) – гломерулярные заболевания, у 10 (66,7%) — аномалии развития мочеполовой системы. Средний возраст обследованных - $13,8 \pm 0,6$ года (от 4 до 18 лет), средняя масса тела — $34,2 \pm 1,8$ кг, при распределении по полу девочек 9 (60%), мальчиков – 6 (40%). По характеру донорского материала - 15 пациентам выполнена трансплантация родственной почки. Причинами ХБП были: гломерулярные заболевания у 89 (64,9%), врожденные аномалии развития мочевыделительной системы – у 48 (35,1%). 12 детей получали программный гемодиализ (4 ч x 3 р в неделю), время нахождения на хроническом гемодиализе колебалось от 1 мес до 2 лет, в среднем $11,9 \pm 1,3$ месяца. Гемодиализ проводился на аппаратах фирмы «Фрезениус», доза гемодиализа (Kt/V) в среднем составляла $1,0 \pm 0,2$, состав диализирующего раствора определялся состоянием пациента. Сеансы перитонеального диализа получали 2 пациента, использовали растворы Физионил 1,36% и 2,27%, проводили 4 обмена в сутки, объем залива 700,0 мл, экспозиция 6 часов. 1 ребенку трансплантация выполнена в додиализном периоде.

Объем диуреза был наибольшим в первые послеоперационные сутки. Концентрация калия и натрия в сыворотке крови, а также их экскреция мочой на этапах наблюдения были нормальными. Концентрация креатинина в сыворотке крови у реципиентов в первые сутки составила в среднем $262,3 \pm 30,1$ мкмоль/л, постепенно снижаясь до $189,2 \pm 7,6$ мкмоль/л к концу 1 месяца послеоперационного периода. Скорость клубочковой фильтрации у реципиентов на протяжении раннего послеоперационного периода была достаточно высокой, с последующей нормализацией к концу второго месяца после операции.

Стандартная иммуносупрессия, включала: 1) Преднизолон per os в дозе $60 \text{ мг/м}^2/\text{сут}$ с постепенным снижением; 2) Циклоспорин А (CsA) — 6 мг/кг/сут , в последующем дозу адаптировали в зависимости от концентрации препарата в плазме крови (целевая концентрация в период 0-6 мес – 150-200 мг/л, далее – 100-150 мг/л), Такролимус – $2 \times 0,15 \text{ мг/кг/сут}$ (концентрация 5-10 мг/л); 3) Микофенолат мофетил (ММФ) – $2 \times 600 \text{ мг/м}^2/\text{сут}$ с обязательным контролем над лейкоцитами крови.

Таким образом, успешно проведенная операция по трансплантации почки у детей и подростков приводит к ускорению роста, увеличению массы тела, показатели качества жизни у детей с нормальной функцией трансплантата становятся намного выше.

СОСУЩЕСТВОВАНИЕ ЛЕГОЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА И CLOSTRIDIUM DIFFICILE-КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ И СПОСОБЫ ЕГО КОНТРОЛЯ

Пацера М.В.

Государственный медицинский университет
Запорожье, Украина

В условиях эпидемии туберкулеза в мире и в Украине в частности остро стоит проблема непрерывного, комплексного лечения туберкулеза легких. Вследствие перерыва в лечении или его прекращения формируются резистентные штаммы *Mycobacterium tuberculosis*. Развитие нежелательных реакций со стороны пищеварительной и других систем организма в результате воздействия противотуберкулезных препаратов приводит к отказу больных от лечения и, возможно, формированию устойчивых штаммов микобактерий, то есть развитию резистентного туберкулеза. Длительное, многокомпонентное лечение антимикробными препаратами вызывает гибель нормальной микробиоты в толстом кишечнике, происходит активация вирулентных штаммов *Clostridium difficile*. У больных возникают жалобы на тошноту, боли в животе, диарею. Опираясь на современную концепцию пробиотиков, нормальных симбионтов кишечника,

было предложено лечение побочных эффектов со стороны кишечника с помощью пробиотических штаммов *Lactobacillus acidophilus* Rosell-0052 and *Lactobacillus rhamnosus* Rosell-0011, институт Розель, Канада.

Как показали наши исследования, у 21 подростка из 55 (58,3% детей) в возрасте 13-18 лет, получавших противотуберкулезное лечение по поводу легочного туберкулеза, обнаруживали с помощью метода ELISA, Canada, токсины *Clostridium difficile* более 1 нг/мл в кале. Достоверно эффективной терапией в отношении *C. difficile*-кишечной инфекции оказалось использование пробиотических штаммов Rosell в дозе 1,2 x 10¹⁰ колониеобразующих единиц в день в течение 1 месяца на фоне противотуберкулезных препаратов. При этом у пациентов исчезал гастроинтестинальный синдром, и уровень токсинов *C. difficile* в кале становился ниже диагностического, менее 1 нг/мл. Изучая катанез детей, больных легочным туберкулезом, пришли к выводу, что в ходе длительного, более 6 месяцев лечения противотуберкулезными препаратами с одновременным использованием пробиотических штаммов Rosell не отмечалось ухудшения результатов терапии туберкулеза легких.

Таким образом, одним из способов контроля легочного туберкулеза у детей и сопутствующей *Clostridium difficile*-кишечной инфекции, является дополнение режимов терапии туберкулеза терапевтическими дозами пробиотических штаммов.

ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАПОРАХ У МЛАДЕНЦЕВ

Пащенко И.В., Круть А.С., Пидкова В.Я.

Запорожский государственный медицинский университет

Запорожье, Украина

Запор является одним из распространенных проявлений функциональных гастроинтестинальных нарушений у детей. При раннем появлении и прогрессирующем течении запора у младенца необходимо исключить аномалию развития кишечника. Но чаще на практике встречаются функциональные нарушения моторно-эвакуаторной работы кишечника. В раннем возрасте переход на искусственное вскармливание может сопровождаться появлением запоров, связанных с высоким содержанием казеина в коровьем молоке.

Диета при запорах имеет особое значение. Для профилактики и лечения функциональных запоров у детей раннего возраста, находящихся на искусственном вскармливании целесообразно использование лечебных смесей с галактоолигосахаридами, имеющими механизм действия сходный с пищевыми волокнами.

Целью исследования было изучение эффективности вскармливания лечебной смесью с лактулозой детей первого года жизни при функциональных запорах.

Для лечебного питания 32 детей от 1 до 6 месяцев, страдающих запорами, использовалась смесь, содержащая 0,9 г лактулозы в 100 мл (12,5% в составе углеводов), которая вводилась перед основным кормлением в отдельной бутылочке начиная с 30 мл в первый день, с постепенным увеличением объема до достижения эффекта. Подбирался такой суточный объем смеси, при котором стул у ребенка становился нормальной консистенции 1-3 раза в сутки.

Эффективность использования лечебной смеси оценивали по изменению частоты и консистенции стула у детей. Макро- и микроскопическое исследование каловых масс позволяло исключить осложнения - наличие слизи, крови.

Результаты исследования показали, что клинический эффект наблюдался при оптимальном объеме смеси 500-600 мл у 25% детей на 2 сутки от начала диетотерапии, у 57% - на 3 сутки, у 2 детей улучшение дефекации отмечено на 5-6 сутки. При достижении позитивного результата объем смеси в рационе ребенка уменьшали до 150-300 мл в сутки.