

## ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НОРМАТИВОВ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*Ноаг Бэй Сандра Кафуи*

Научный руководитель: к. м. н., доцент Лагно О.В.  
Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом общего ухода за детьми  
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

**Актуальность исследования:** физическое развитие (ФР) — один из основных критериев оценки возрастных норм развития, особенно в период раннего детства. Наиболее распространенными и давно используемыми характеристиками для оценки физического развития, являются параметры роста, массы тела, пропорции отдельных частей тела [1].

**Цель исследования:** провести оценку ФР параметрическим методом и непараметрическим методом стандартным способом и с помощью программы «Antro» и «AntroPlus», предоставленной на сайте ВОЗ: <http://who.int/ru>.

**Материалы и методы:** данные формы 112 у «Карты развития ребенка»: ребенок — девочка (5 лет 4 мес, рост 97 см, масса тела 12,5 кг), с парциальным изолированным дефицитом соматотропного гормона, терапия рекомбинантным гормоном роста (Somatropin). На фоне терапии рост ребенка в 8 лет 11 мес — 123 см, масса тела 24,5 кг.

**Результаты:** программой AntroPlus определено — в 5 лет 4 мес стандартное отклонение  $-2,9$  SDS, Z-scor =  $-2,9$ ; 0,2 перцентиль (проц-ль): на графике — ниже 3 проц-ля, это очень низкий уровень ФР. ИМТ (индекс массы тела) =  $-1,49$  SD, Z-scor =  $-1,49$ ; проц-ль 6,8: на графике — между 15 и 3 проц-лем. У ребенка — гипотрофия. При расчете стандартным способом SDS =  $-2,75$ . Значение роста в 1 центильном коридоре (ц. к.) — уровень ФР очень низкий. Масса по росту во 2 ц. к. — дефицит массы. Через 4 года терапии рост (123 см) — ниже среднего (Z-scor  $-1,48$ ), проц-ль 7,0: на графике — между 15 и 3 проц-лем, 2 ц. к. Масса тела (м. т.) 24,5 кг =  $-0,81$  SDS по возрасту, проц-ль 20,8: на графике — ниже 25 проц-ля. ИМТ = Z-scor 0,07; проц-ль 52,8. У ребенка в 8 лет 11 мес нет дефицита м. т. При расчете значений без использования программы: SDS роста =  $-1,3$ SD и 3 ц. к.. Масса тела SDS  $-1,1$ SD, 3 ц. к., ИМТ = 16,22 кг/м<sup>2</sup>, 5 ц. к. Диапазон от  $-1$ SD до  $+1$  SD по данным таблиц — норма. Масса ребенка соответствует его росту.

**Выводы:** в практической работе, особенно с заполнением электронных историй болезни, метод использования программы «Antro» и «AntroPlus» для оценки ФР по нормативам ВОЗ удобен и нагляден.

### Литература

1. Оценка физического развития детей и подростков: методические рекомендации / Петеркова В.А., Кагаева Е.В., Ширяева Т.Ю.; М., ЭНЦ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии Минздрава России», 2017. 96 с.

## ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА НЕПРЕРЫВНО-РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ

*Обухова А.А.*

Научные руководители: д. м. н., профессор Гайдук И.М., д. м. н., профессор Башкина О.А.  
Кафедра поликлинической педиатрии им. академика А.Ф. Тура  
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

**Актуальность исследования:** среди аллергических заболеваний кожи у детей по распространенности преобладает атопический дерматит (АД) [2,5]. Несмотря на широкое внедрение

терапии местными противовоспалительными средствами, устойчиво сохраняется высокий процент пациентов с непрерывно-рецидивирующим течением заболевания (НРТЗ) [1, 3, 4].

**Цели исследования:** определение ключевых факторов риска формирования тяжелых форм АД у детей с НРТЗ.

**Материалы и методы:** для решения поставленной цели была проведена сравнительная оценка особенностей клинического течения АД у детей в возрасте от 4-х месяцев до 3 лет, находившихся на лечении в отделении аллергологии ГБУЗ АО «ОДКБ имени Н.Н. Силищевой» с 2014 по 2017 гг.

**Результаты:** был проведен статистический анализ с выявлением корреляции ( $r$ ) между факторами риска и формированием НРТЗ. Основную группу составили 36 пациентов раннего возраста с тяжелой формой АД, группу сравнения 43 ребенка с легкой степенью тяжести заболевания. По результатам исследования было выявлено, что в течение 2014–2017 гг. возросла частота госпитализации детей раннего возраста, больных АД с НРТЗ (28%). ИФА и ПЦР-диагностики у 45 из 79 обследованных больных раннего возраста подтвердили наличие бактериальной или микст-инфекции (56,9%). Отягощенный аллергоанамнез имел значение со стороны матери более выраженную связь, чем у отца ( $r=0,48$ ,  $p<0,001$  и  $r=0,34$ ,  $p<0,05$ ). Дополнительные факторы НРТЗ АД: негладкое течение периода новорожденности ( $r=0,32$ ,  $p<0,01$ ); наличие гестоза I и II половины беременности ( $r=0,32$ ,  $p<0,01$ ), постоянная угроза прерывания ( $r=0,49$ ,  $p<0,001$ ), повторные ОРВИ, бронхиты на 1м году у детей ( $r=0,49$ ,  $p<0,01$ ), признаки дисбактериоза кишечника ( $r=0,52$ ,  $p<0,001$ ).

**Выводы:** проведенное исследование показало устойчивый рост частоты госпитализаций детей по поводу НРТЗ АД, с ранней клинической манифестацией. Отсутствие положительной клинической динамики на фоне базисной терапии в связи с наличием вторичного инфицирования бактериальной или микст-флорой. Формирование осложненных форм АД обусловлено комплексом факторов риска (семейная отягощенность по аллергическим и неаллергическим заболеваниям, осложненное течение беременности, повторные инфекционные и неинфекционные заболевания, дисбактериоз кишечника на 1-м году)

#### Литература

1. Аллергология и иммунология. Под редакцией А.А. Баранова и Р.М. Хаитова. Москва: 2008–2009. С. 9–75..
2. Балаболкин И.И., Гребенюк В.Н. Атопический дерматит у детей. Москва, Медицина. 1999. 238 с.
3. Гущин И.С. Антигистаминные препараты (пособие для врачей). М.: «Алмаз-пресс». 2000.

## ОСОБЕННОСТИ СКЕЛЕТНОГО ПОРАЖЕНИЯ У ДЕТЕЙ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ КОСТНОЙ ТКАНИ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ОСТЕОПАТИЯМИ

*Панин И.С., Суворов Н.Р., Силков В.Б., Костик М.М.*

Научные руководители: к. м. н., доцент кафедры госпитальной педиатрии Костик М.М.,  
к. м. н., доцент кафедры онкологии Силков В.Б.  
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

**Актуальность исследования:** различные заболевания скелета, протекающие с синдромом костной деструкции, могут иметь сходные клинические, лабораторные и рентгенологические данные [1].

**Цели исследования:** целью нашего исследования было изучить особенности поражения скелета у детей с различными остеодеструктивными заболеваниями.

**Материалы и методы:** наша выборка ( $n=204$ ) включает в себя 4 основные нозологии: 1. Хронический небактериальный остеомиелит (ХНО,  $n=91$ ); 2. Гематогенный остеомиелит (ГО,  $n=47$ ); 3. Туберкулезный остеомиелит (ТБО,  $n=33$ ); 4. Злокачественные новообразования кости (ЗНОК,  $n = 33$ ) — Остеосаркома и саркома Юинга.