



# Санкт-Петербургский Педиатр



ГАЗЕТА САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО ПЕДИАТРИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА № 3 (64), 2020



**Студенты СПбГПМУ рассказали о прохождении зарубежной практики**

В 2019 году студенты побывали на практике в 17 странах мира.

**Стр. 2**



**Кардиохирурги СПбГПМУ провели редкую операцию на сердце ребенку**

**Стр. 3**

**В СПбГПМУ начал работу первый Центр подростковой и детской косметологии**



**Стр. 5**



**Алла Кузнецова: «Первичные иммунодефициты — это природная данность, но мы можем ей управлять»**

**Стр. 6**

**Студенты СПбГПМУ отметили Масленицу**

Студенты СПбГПМУ угощались блинами, пели частушки, участвовали в веселых конкурсах и отвечали на вопросы по истории Масленицы.



**Стр. 8**



## Педиатрический университет награжден дипломом на Конгрессе педиатров России

**21–23 февраля в Москве состоялся XXII Конгресс педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» совместно с I Всероссийской конференцией детских дерматологов.**

Церемония награждения прошла в рамках открытия Конгресса педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» совместно с I Всероссийской конференцией детских дерматологов. На мероприятии были подведены итоги профессиональных конкурсов в различных номинациях.

Председатель Исполкома Союза педиатров России, академик РАН Лейла Сеймуровна Намазова-Баранова вручила диплом «Образовательное учреждение высшего образования педиатрического профиля 2019 года» ректору Педиатрического университета Дмитрию Олеговичу Иванову.

Программа конгресса включила вопросы организации медицинской помощи детям, охраны репродуктивного здоровья детей и подростков, питания здорового и больного ребенка, вакцинопрофилактики, высокотехнологичных методов диагностики и лечения болезней детского возраста, школьной медицины, детской хирургии и другие актуальные проблемы. Помимо этого, в рамках секции «Встреча с профессором» выступил с докладом главный специалист по дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Российской Федерации в Северо-Западном федеральном округе РФ, профессор, доктор медицинских наук Денис Владимирович Заславский.

**Дорогие женщины!**

**От всей души поздравляю вас с Международным женским днем!**

**Этот день — прекрасный повод поблагодарить вас за терпение, заботу и любовь, которые всегда живут в ваших сердцах, за вашу улыбку, которая делает мир прекраснее и добрее. За внешней слабостью в вас скрыта великая сила, стремление жить и созидать.**

**В истории Педиатрического университета было множество примеров, когда именно на хрупкие женские плечи возлагалась неподъемная ноша, с которой вы успешно справлялись. И сегодня вы, милые дамы, являетесь продолжателями славных традиций университета, каждый день совершая свой маленький подвиг, заботясь о нашем будущем — о детях, беспомощных перед недугом, но находящихся под вашей надежной защитой.**

**В нашем университете представительницы прекрасного пола занимаются наукой, готовят высококвалифицированных специалистов и занимают административные посты. От всей души благодарю вас за вклад в развитие Педиатрического университета, за высокие достижения в научной, педагогической и врачебной деятельности. Мы ценим и гордимся тем, что вы подаете высокий пример профессиональной этики, служения долгу, верности профессии.**

**Пусть наступающая весна будет для вас началом удачных дел, добрых намерений и счастливых мгновений. Желаю вам, всем вашим родным и близким доброго здоровья, благополучия, всяческих благ, мира, любви, взаимопонимания и спокойствия в доме. Удачи и успехов во всех ваших делах!**

**С праздником, милые дамы!**

**Ректор СПбГПМУ,  
Д.О. Иванов  
и все мужчины  
Педиатрического  
университета**



# Студенты СПбГПМУ рассказали о зарубежной практике

*Педиатрический университет развивает активное международное сотрудничество с университетами других стран.*

*Ежегодно растет количество студентов СПбГПМУ, проходящих зарубежную стажировку в разных странах.*

*В 2019 году студенты побывали на практике в 17 странах мира.*



Так, за 2018/2019 годы студенты посетили Армению, Черногорию, Мексику, Румынию, Грецию, Македонию, Казахстан, Турцию, Таиланд, Литву, Марокко, Боснию и Герцеговину, Германию, Италию, Бразилию, Чехию, Францию. В Педиатрическом университете, в свою очередь, тоже прошли практику иностранные студенты из Армении, Германии, Македонии, Бразилии, Румынии, Франции, Боснии и Герцеговины, Италии, Испании и Кореи.

Мы сделали подборку отзывов студентов, проходивших зарубежную практику летом 2019 года.

*Отзыв нашей студентки Богомоловой Анны о стажировке в Армении:* «Встретили нас хорошо, мы сразу погрузились в работу. В Армении люди очень тонко друг друга чувствуют и понимают, поэтому любые конфликты сведены к минимуму. Местные ординаторы и студенты по собственной инициативе в свободное время организовывали нам культурный досуг, помогали влиться в коллектив. Было очень душевно и хорошо. В профессиональном плане я получила много нового опыта, пройдя стажировку на отделении эндоваскулярной нейрохирургии, получив развернутые ответы на всё, что меня интересует, ассистировала и присутствовала на операциях».

*Отзыв нашей студентки Дарьи Зуевой о стажировке в Мексике:* «Я проходила практику в больнице города Кулиакан. Я влюбилась в Мексику — потрясающая страна: солнечная, добрая,

гостеприимная, а люди здесь очень открытые! Здесь проблемы решаются сами по себе в тот же самый момент, когда возникают. Поэтому я чувствовала себя очень расслабленно и свободно. Месяц пролетел как одна неделя.

Практика в Hospital General проходила на хирургическом отделении. Я все время была в операционной. Меня научили делать интубацию трахеи, спинальную анестезию, накладывать кожные швы, ассистировать на операциях, управлять лапароскопом, устанавливать троакары, вязать узлы, пользоваться скальпелем и коагулятором. Я оставалась в больнице до самого вечера, хотя официально моя практика была до 14 часов. Здесь даётся полная свобода слова и перемещения. Во время операции я могу спросить все, что мне непонятно, попросить помочь что-то сделать. Однажды меня пригласили на ночное дежурство в роддом. Я поучаствовала в двух операциях кесарева сечения и присутствовала на многих родах. А анестезиолог подробно рассказал мне о лекарствах, которые он вводил пациенткам».

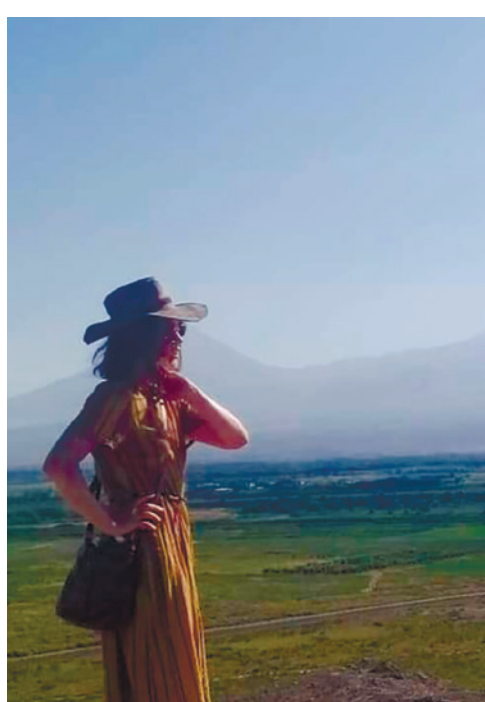
*Отзыв о практике в Бразилии (Куричиба) ординатора первого года Ольги Оценковой:* «Организация учебного процесса и оказания помощи пациентам мне очень понравились. В первую очередь бросается в глаза разница в отношении профессор-студент, врач-пациент. Дистанция и уважение, конечно, есть, но между профессором и студентами нет пропасти — они будущие кол-

леги; пациенты внимательно слушают врача и не ругаются под дверью. Основная часть моей стажировки была в амбулатории, практику я проходила вместе с резидентом-психиатром. Особенно хочу отметить то, как построены консультации: приходит группа студентов старших курсов, распределяется по кабинетам, и каждый из ребят работает с одним пациентом (собирает подробный анамнез, проводит осмотр, заносит всю информацию в историю приема и, только потом, приглашается доктор, которому докладывается о пациенте). Доктор уже по ситуации что-то спрашивает, уточняет, делает назначения и ... уходит, а все бумажки заполняют резиденты и студенты. Так врач успевает проконсультировать всех пациентов и не сойти при этом с ума от бесконечного потока лишней информации, студенты и резиденты получают хорошую практику в проведении осмотра, сборе анамнеза и оформлении документов».

*Отзыв студентки Жени Шармановой о стажировке в Марокко:* «Я проходила практику на отделении сердечно-сосудистой хирургии. Взрослые и дети не разделяются. Основным медицинским языком в Марокко — французский, поэтому я столкнулась с некоторыми трудностями. Хотя я всегда говорю, и повторяю это снова, если вы о чем-то спросите, врачи найдут способ объяснить. Если вы будете тихо сидеть в углу — никто не вспомнит о вас и не предложит вам ничего. Подойди и скажи: «Я хочу учиться,

я хочу знать, я хочу делать». На моем отделении даже ординаторы редко ассистировали на операциях, что можно говорить о студентах. Но, несмотря на это, мне удалось пару раз помочь, наложить несколько швов и даже участвовать в операции в качестве медсестры, потому что медсестры бастовали (забастовки довольно распространены в Марокко). А если у вас нет опыта хирургических операций, но вы хотите узнать что-то, вы всегда можете обратиться в отделение неотложной помощи. В каждой больнице в любой стране вы можете научиться делать хотя бы кожные швы. Марокко подойдет вам, если вы говорите по-французски (справедливо для южной части, включая Марракеш), или по-испански (справедливо для северной части), или, конечно, по-арабски, но я думаю, это редкость. Я так счастлива, что встретила так много невероятных людей, которых я с гордостью могу назвать друзьями. Этот месяц стал незабываемым для меня!»

2020 год обещает быть не менее насыщенным для обучающихся в Педиатрическом университете. На период летних каникул у студентов уже запланированы стажировки в Армении, Узбекистане, Боснии и Герцеговине, Тайване, Марокко, Хорватии, Перу, Мальте, Германии, Италии, Бразилии, Мексике, Индонезии и Франции. Желаем нашим студентам получить полезный практический опыт в интересующих их областях и незабываемые впечатления от посещения новой страны!





## Состоялась рабочая поездка делегации Минздрава России в Узбекистан

18-19 февраля делегация Минздрава России посетила с рабочим визитом Узбекистан.



Заместитель Министра здравоохранения России Татьяна Владимировна Семенова возглавила делегацию Министерства в Республику Узбекистан. От Педиатрического университета в состав делегации вошли ректор СПбГПМУ, главный внештатный неонатолог Минздрава России Дмитрий Олегович Иванов, Главный внештатный неонатолог Минздрава России по Ленинградской области Алексей Владимирович Яковлев, а также проректор по административному и оперативному управлению Иван Дмитриевич Ляхов.

В ходе консультаций с первым заместителем Министра здравоохранения Республики Узбекистан Баходиром Кахрамоновичем Юсупалиевым подробно обсуждался ход реализации Дорожной карты сотрудничества в сфере здравоохранения на 2020 г. и перспективы развития двустороннего взаимодействия. 19 февраля делегация Минздрава России посетила город

Джизак и ознакомилась с медицинской инфраструктурой Джизакской области.

Также в ходе рабочей программы 20 февраля ректор СПбГПМУ Дмитрий Олегович Иванов и ректор ТашПМИ Ботир Тургунпулатович Даминов встретились со студентами первого совместного курса в ТашПМИ. Студенты активно задавали вопросы ректору старейшего педиатрического вуза об учебе в Университете.

Педиатрический университет и ТашПМИ ведут активное двустороннее сотрудничество: открыт международный факультет ТашПМИ; студенты участвуют в программах обмена между университетами, что помогает обучающимся повышать уровень своих знаний и подготовки; эксперты СПбГПМУ и ТашПМИ обмениваются опытом в рамках конференций и мастер-классов; кроме этого, ведутся переговоры об открытии в Узбекистане филиала Педиатрического университета.

## Кардиохирурги СПбГПМУ провели редкую операцию на сердце ребенку

21 февраля кардиохирургической службой СПбГПМУ проведена редкая операция на сердце семимесячному ребенку.



На 21-й неделе беременности при плановом УЗИ врачи города Калуги определили врожденный порок развития плода — функционально единственный желудочек сердца. Родители обращались в столичные клиники, но учреждения, где можно родить малыша и сразу оказаться под наблюдением оперирующих кардиохирургов без транспортировки ребенка не нашлось. Когда пришло предложение из Педиатрического университета Санкт-Петербурга, мама сначала испугалась, ведь Северная столица так далеко. Но врачи объяснили, что ребенка не нужно будет куда-то перевозить после рождения. Малыш сразу окажется под наблюдением всех необходимых врачей, в специализированном перинатальном центре с возможностью кардиохирургической помощи.

Сразу после рождения малышка с критическим пороком сердца была переведена в отделение реанимации для стабилизации состояния. На 9-е сутки

жизни прошла первая операция по раздельному суживанию легочных артерий. Это вмешательство позволило ребенку выжить, набрать вес и подготовиться к следующим этапам оперативного лечения. В возрасте одного месяца Полина перенесла операцию по стентированию открытого артериального протока. После первого этапа операций девочка была дома и набиралась здоровья перед вторым плановым вмешательством.

Повторная госпитализация Полины состоялась в январе 2020 года в возрасте полутора для проведения этапа гемодинамической коррекции порока — выполнения Дамус-Кей-Стенсел анастомоза.

На вторые сутки малышка уже самостоятельно дышала, улыбалась врачам и маме, самостоятельно кушала. Сейчас она уже с родителями в Калужской области. Теперь Полина вернется в Педиатрический университет в возрасте 4–6 лет для следующего этапа лечения.

## СПбГПМУ выдает Европейское приложение к диплому (Diploma Supplement)

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет имеет официальное право выдавать Европейское приложение к диплому (Diploma Supplement) выпускникам СПбГПМУ.



Европейское приложение к диплому (Diploma Supplement) — это официальный документ, разработанный для выпускников европейских вузов в рамках реализации положений Болонской декларации, положившей начало европейскому интеграционному процессу в сфере высшего образования.

В нашей стране внедрение Приложения к диплому началось после ратификации Лиссабонской конвенции в 2000 году и присоединения к Болонскому процессу в 2003 году.

Данное приложение является принятой во всех европейских странах унифицированной формой, отражающей содержание пройденной программы обучения в формате зачетных единиц (ECTS) и присвоенную

квалификацию. Приложение к диплому оформляется на английском языке, носит статус официального перевода и не требует дальнейшего нотариального заверения. Бланки Приложений имеют единую форму, защищены от подделок и изготовлены в Европе.

Модель Приложения была разработана рабочей группой Европейской Комиссии, Совета Европы и ЮНЕСКО.

DIPLOMA SUPPLEMENT

Приложение заполняется на английском языке и содержит описание характера, уровня, объема, содержания и статуса полученного образования, данные о степени усвоения материала программы, информацию о системе оценивания результатов обучения.

В соответствии с рекомендациями ЮНЕСКО и Европейской ассоциации университетов, данное приложение состоит из разделов:

- владелец диплома,
- полученная им квалификация,
- уровень этой квалификации,
- содержание и результаты обучения,
- профессиональная характеристика квалификации,
- успеваемость с учетом рейтинговой системы российской системы образования.

Учебная нагрузка переводится в кредиты ECTS — (European Credit Transfer System).





**Насколько актуальна тема ожирения в отечественной педиатрии?**



*Отвечает в.н.с. лаборатории медико-социальных проблем в педиатрии НИЦ СПбГПМУ, д.м.н., профессор Вера Людвиговна Грицинская*

В последние десятилетия во всём мире отмечается значительное увеличение распространённости неинфекционных заболеваний, связанных с питанием, что побудило ВОЗ объявить одной из глобальных задач на 2013–2020 годы противодействие росту детского ожирения. По данным последнего межнационального исследования ВОЗ (HBSC, 2017 г.), проведенного в 42 странах Европы, распространённость ожирения у подростков 11–15 лет составляет 5–10%. Особо отмечено, что Россия находится в числе стран с высоким уровнем прироста числа подростков с ожирением. Результаты многоцентрового исследования нарушений питания у подростков в Российской Федерации (2018г.) показали, что распространённость ожирения по различным регионам страны составляет от 10 до 25%. По данным института питания РАМН, в России избыточная масса тела выявляется у 22% детей 1–2 лет. По данным А.В. Карелишева, А.Г. Румянцев, ежегодный прирост детей с ожирением в России составляет 1–3%. Чаще от ожирения страдают городские жители (8,5% против 5,5% в сельской местности).

Проведенное сотрудниками нашей лаборатории (Грицинская В.Л., Новикова В.П.) исследование школьников в г. Санкт-Петербурге также выявило высокую частоту встречаемости избыточной массы тела (12%) и ожирения (13,8%). Среди мальчиков во всех возрастных группах частота ожирения была выше, чем у девочек. Самый высокий уровень ожирения у мальчиков начальной школы (17,4%), ниже — у старшеклассников (8,7%). У девочек выше уровень ожирения в возрасте 12–15 лет (15,1%), самый низкий — у старшеклассниц (3,6%).

Особую актуальность проблема детского ожирения приобретает в связи с тем, что, во-первых, дети с излишним весом, достигнув зрелого возраста, вероятно, будут продолжать страдать от ожирения. Кроме того, у них с большей вероятностью, чем у детей, не имеющих лишнего веса, и в более молодом возрасте могут развиваться диабет и сердечно-сосудистые заболевания, что, в свою очередь, связано с повышенной вероятностью преждевременной смерти и инвалидности (Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью. ВОЗ).

**Кто должен заниматься диагностикой и лечением ожирения у детей?**



*Отвечает заведующая лабораторией медико-социальных проблем в педиатрии НИЦ СПбГПМУ, д.м.н., профессор Валерия Павловна Новикова*

Ожирение традиционно лечится эндокринологами, однако эндокринные причины

увеличения веса выявляются менее чем у 1% детей и подростков с ожирением. В основе таких нарушений лежит либо эндогенный, либо экзогенный избыток глюкокортикоидов, связанный с использованием кортикостероидных препаратов или синдромом Кушинга, гипотиреозом, дефицитом гормона роста и наследственной остеодистрофией Олбрайта.

По современным представлениям, ожирение ассоциировано с поражением целого ряда органов и систем. Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по ведению детей с эндокринными заболеваниями 2014 г. вводят в классификацию ожирения (Петеркова В.А., Васюкова О.В., 2013) целый раздел, включающий наличие коморбидных состояний и осложнений ожирения у детей:

- нарушения углеводного обмена (нарушение толерантности к глюкозе, нарушение гликемии натощак, инсулинорезистентность),
- неалкогольная жировая болезнь печени (жировой гепатоз и стеатогепатит как наиболее часто встречающиеся у детей состояния),
- дислипидемия,
- артериальная гипертензия,
- сахарный диабет 2 типа
- задержка полового развития (и относительный андрогеновый дефицит),
- ускоренное половое развитие,
- гинекомастия,
- синдром гиперандрогении,
- синдром апноэ,
- нарушения опорно-двигательной системы (болезнь Блаунта, остеоартрит, спондилолистез и др.),
- желчно-каменная болезнь

К связанным с ожирением заболеваниям и состояниям у взрослых отнесены: метаболический синдром, предиабет, СД 2-го типа, дислипидемия, артериальная гипертензия, неалкогольная жировая дистрофия печени, синдром поликистоза яичников, ночное апноэ, остеоартрит, гастроинтестинальный рефлюкс, затруднение/неспособность активно двигаться.

Все это позволяет рассматривать ожирение у детей и взрослых, как мультидисциплинарную проблему, решать которую необходимо в условиях специализированного многопрофильного центра.

Услуги реабилитации в данном случае не рассматриваются в виде отдельных мероприятий, а лишь в структуре комплексной работы группы специалистов, с возможностью долгосрочной поддержки пациентов, организации кружков взаимопомощи (детский клуб, подростковые группы «анонимных обжор») с возможностью интеграции в социальные сети (вконтакте, фейсбук, инстаграмм). Психологическая поддержка подростков с ожирением должна учитывать гендерные различия психологического статуса. Когнитивно-поведенческая терапия для снятия тревожности и депрессии в большей степени показана девочкам; у мальчиков в большей степени необходимо развитие стрессоустойчивости и навыков самоконтроля. Рекомендации должны строиться с учетом выявленных комбинаций нарушений пищевого поведения.

Старший научный сотрудник лаборатории медико-социальных проблем в педиатрии НИЦ Комиссарова М.Ю. разработала бизнес-проект такого центра, ведущими специалистами которого будут педиатры, психологи, специалисты по реабилитации, диетологи, коучеры. При наличии осложнений ожирения больному может понадобиться консультация кардиолога, нефролога, эндокринолога, ортопеда, дерматолога гастроэнтеролога и др. специалистов. Почти треть подростков с ожи-

рением нуждаются в консультации психиатра для исключения булимии.

Такой подход описан в новой монографии Мультидисциплинарные проблемы ожирения у детей под редакцией Новиковой В.П. и Гуровой М.М. и в других изданиях сотрудников лаборатории.

Хотя проблема ожирения касается всех слоев населения, активно ищут решения этой проблемы в основном женщины от 20 до 45 лет. Мужчины чаще не проявляют большой активности для коррекции веса. Если же ожирением страдают родители ребенка, то они, как правило, не обеспокоены избыточным весом своего сына или дочери, списывая проблему ожирения на наследственность, с которой «ничего нельзя сделать».

Именно поэтому возрастает роль педиатров в ранней диагностике детского ожирения, направлении пациентов на обследование, а также в коррекции образа жизни, питания, пищевого поведения и двигательной активности семьи ребенка с ожирением и избыточным весом.

**Какие достижения в лечении ожирения наиболее существенны для эндокринолога?**



*Отвечает с.н.с. лаборатории медико-социальных проблем в педиатрии НИЦ СПбГПМУ, д.м.н. Струков Евгений Леонидович*

Установилась точка зрения о высокой метаболической активности жировой ткани, тенденции к ее «самосохранению». Изучение неразлучной пары ожирения и диабета привело к использованию новых лекарств, помогающих в борьбе с ожирением, и одно из них, широко известный метформин, испытывается сейчас и как геропротектор — лекарство от старости. Большое значение приобретают молекулярно-биологические и молекулярно-генетические методы диагностики и прогнозирования течения и планирования лечения ожирения у детей и подростков по стандартам «точной» медицины.

**Эффективно ли лечение ожирения у детей?**



*Отвечает в.н.с. лаборатории медико-социальных проблем в педиатрии НИЦ СПбГПМУ, д.м.н., профессор Маргарита Михайловна Гурова*

На сегодняшний день международные и российские рекомендации по работе с детьми с ожирением предполагают когнитивно-поведенческую терапию, помощь в изменении образа жизни, включая дозированные физические нагрузки и коррекцию режима питания, постоянное наблюдение у специалиста и контроль потенциальных осложнений. Однако зачастую подобные вмешательства не приносят результатов и оказываются неэффективными. В этом случае, при наличии показаний, некоторые специалисты рекомендуют прибегать к бариатрическим операциям.

Такой подход уже показал себя эффективным при работе со взрослыми пациентами с ожирением — бариатрические операции привели к существенному и продолжительному снижению индекса массы тела (ИМТ), а так-



же к снижению заболеваемости и смертности у пациентов. Хотя количество проводимых бариатрических операций для подростков значительно увеличилось с 2000 года, их доля не превышает 1%, а в России они практически не проводятся. Поиск новых и эффективных средств борьбы с избыточной массой тела среди детей и подростков является актуальным для РФ. Не менее важна и разработка профилактических мероприятий, направленных на нормализацию массы тела и поддержание здорового образа жизни (ЗОЖ).

**Возможна ли профилактика ожирения в семьях с наследственной отягощенностью по данному заболеванию?**

*Отвечает заведующая лабораторией медико-социальных проблем в педиатрии НИЦ СПбГПМУ, д.м.н., профессор Валерия Павловна Новикова*

Наследственные факторы оказывают сильное влияние на распространённость ожирения у детей. Ожирение у одного из родителей увеличивает риск ожирения у ребенка в 2–3 раза и до 15 раз, если у обоих родителей ожирение.

На сегодня проведено масштабное исследование, посвященное изучению генетического влияния на ИМТ. Было выявлено 97 хромосомных участков, ассоциированных с развитием ожирения. Тем не менее, аллели данных генов объясняют только 2,5–20% общей вариабельности ИМТ. В настоящее время нет молекулярно-генетической теории, которая бы в полной мере объясняла специфику развития ожирения. Также не объясняется тенденция к росту заболеваемости ожирением, которая усилилась в последние 30 лет. Кроме того, не было выявлено различий в аллелях данных генов у подростков европейского и восточно-азиатского происхождения. Соответственно, с позиций молекулярно-генетического подхода не объясняется стремительный рост ожирения среди подростков именно европейских регионов. Все это позволяет сформулировать вывод о том, что в основе развития ожирения лежат не столько генетические факторы, сколько образ жизни населения. В качестве основных факторов риска и причин развития ожирения можно выделить несбалансированное питание, гиподинамию, низкий уровень физических нагрузок, а также влияние образования, культурных и семейных традиций, роль обесогенного окружения.

*Отвечает в.н.с. лаборатории медико-социальных проблем в педиатрии НИЦ СПбГПМУ, д.м.н., профессор Маргарита Михайловна Гурова*

В настоящее время широкое распространение получает объяснение механизмов развития ожирения с позиций метаболических нарушений. В детской популяции отчетливо выявляются фенотипы ожирения с разной степенью выраженности метаболических расстройств. При метаболи-

Окончание на стр. 5





► Начало на стр. 4

чески активном ожирении уже в детском и подростковом возрасте возможно формирование комбинированного комплекса атерогенных клинко-метаболических дисфункций (дислипидемии, нарушенной гликемии натощак, высокого артериального давления), которые могут быть сопряжены с хроническим воспалением, а значит, выступать первым этапом развития атеросклероза, метаболического синдрома и сердечно-сосудистых заболеваний. Показана высокая частота регистрации метаболического синдрома среди детей 10-17 лет — 33,80%. Установлено прогрессирование метаболического синдрома с возрастом ребенка.

Именно поэтому основной темой научной работы лаборатории является проблема ожирения, метаболического синдрома и их формирования от рождения до взрослого возраста; влияние материнского ожирения на здоровье детей и изучение механизмов этого влияния.

**Чем занимается лаборатория?**

Отвечает  
заведующая лабораторией медико-

социальных проблем в педиатрии  
НИЦ СПбГПМУ, д.м.н., профессор  
Валерия Павловна Новикова

За последний год сотрудниками лаборатории (Гурина О.П., Блинов А.Е., Варламова О.Н., Прокопьева Н.Э.) совместно с неонатологами (Д.О. Иванов, Ю.В. Петренко) выявлено повышение уровней TGF $\alpha$  и IFN $\gamma$  в плазме пуповинной крови детей, рожденных от матерей с ожирением, что подтверждает гипотезу о влиянии материнского ожирения на программирование иммунной системы новорожденных, обеспечивая потенциальную связь с увеличением частоты хронических воспалительных заболеваний и ожирения у потомства. Показано, что беременность у женщин с ожирением связана с хронической активацией эндотелия, вторичной к увеличению продукции молекулы 1 адгезии сосудистых клеток (sVCAM-1). У детей, рожденных от матерей с ожирением, выявлены изменения в оси СТГ — ИФР-1, которые могут лежать в основе формирования метаболического синдрома в будущем. Продemonстрировано, что к возрасту 1 года, дети от матерей с ожирением имеют значимо более высокие показатели массы тела на фоне более высокого уровня

СТГ, ИФР-1 и более низкого уровня адипонектина, адипоцитарного и преадипоцитарного факторов роста, чем дети, рожденные от матерей с нормальным ИМТ. Необходимы дальнейшие лонгитюдные исследования для оценки роли генетических и эпигенетических факторов в развитии ожирения у детей, матерей которых страдают этим заболеванием.

Проводятся исследования у подростков с ожирением, в том числе, с морбидным (ИМТ более 40) ожирением. Продemonстрировано, что уровень эритропоэтина у детей с ожирением ниже, чем у здоровых детей, несмотря на то, что у детей с ожирением отсутствовали признаки анемии. Снижение уровня эритропоэтина у детей с ожирением, по сравнению со здоровыми детьми, может рассматриваться как ранний маркер развития «нефропатии ожирения», что требует дополнительного изучения.

Обнаружено, что ожирение у подростков характеризуется увеличением уровня маркеров эндотелиальной дисфункции sVCAM-1 более, чем в 2 раза, VEGF-A — более чем в 12 раз в сравнении с подростками с нормальным ИМТ, что является предиктором сердечно-сосудистых осложнений в будущем.

Изменения состава кишечной микробиоты выявлены нами у всех детей с нарушением

энергетического обмена (избыточная масса тела и ожирение). Эти изменения усугубляются с увеличением степени ожирения и характеризуются снижением уровня представителей нормальной темной микрофлоры и повышением уровня условно-патогенной микрофлоры и грибов. Выявлены бактерии, наиболее тесно связанные с нарушенным углеводным и липидным обменом (проатерогенные бактерии) — *Str. mutans*, *Actinobacteria*, *Clostridium ramosum*.

Разработан новый неинвазивный способ диагностики НАЖБП у детей с ожирением, использующий учет следующих доступных параметров: значение ИМТ, длительность ожирения, ультразвуковые данные (повышение эхогенности печени и обеднение сосудистого рисунка), данные полигепатографии (наличие органических изменений на ПГГ и нарушение гемодинамики за счет венозного притока) с последующим расчетом дискриминантной функции.

В наших планах продолжить эти исследования, изучить проблемы лечения морбидного ожирения у детей, внедрить в практику разработанные алгоритмы наблюдения и обследования детей с ожирением в условиях нашего КДЦ.

## В Педиатрическом университете начал работу Центр подростковой и детской косметологии

*Несколько лет назад ректор СПбГПМУ Дмитрий Олегович Иванов предложил создать Северо-Западный центр подростковой и детской косметологии на базе Педиатрического университета, основной задачей которого стала бы коррекция изменений кожи именно у детей и подростков. Центр открыл свои двери для пациентов в Консультативно-Диагностическом Центре.*



Д.В. Заславский

Сейчас в косметологии и дерматологии много предложений для взрослых пациентов, но центра, который специализируется на проблемах кожи пациентов детского и подросткового возраста, нет не только в Санкт-Петербурге, но и во всей стране. В Педиатрическом университете накоплен большой опыт работы с маленькими пациентами, имеется самое современное оборудование, детские врачи смежных специальностей. Все это позволит ставить верные диагнозы и эффективно лечить кожу, учитывая особенности детского организма.

В центре подростковой и детской косметологии врачи работают на новейшем многопрофильном лазере Magic Super. Это твердотельный Nd:YAG лазер. Его возможности позволяют предложить пациентам полный комплекс эстетических процедур, а врачу — целый набор уникальных методик. Четыре лазерных генератора, работающих синхронно, обеспечивают сверхмощную энергию единичной вспышки, что дает очень широкий диапазон применения его в детской, а также взрослой косметологии и дерматологии.

Куратором центра подростковой и детской косметологии является главный специалист по дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Российской Федерации в Северо-Западном федеральном округе РФ, член совета директоров Европейской Академии Дерматологии и Венерологии (EADV) от России, профессор, доктор медицинских наук Денис Владимирович Заславский.

«Особенностью заболеваний детской кожи является то, что с возрастом проявления могут как уходить, так и усиливаться, поэтому важно вовремя начать корректировать некоторые образования на коже ребенка. Центр будет специализироваться в том числе и на терапии поверхностных сосудистых образований. На современном оборудовании будет возможность проводить лазеросклерозирование капиллярных гемангиом и капиллярных ангиодисплазий с телеангиоэктазией («винное пятно», «пятно аиста» или пламенеющий невус, невус Унны и т.д.). Такая терапия безопасна даже у маленьких детей и показывает хорошие результаты. Согласно европейским протоколам лечения образований кожи, в том числе гемангиом, необходи-

мо применять именно лазерную коррекцию. И такую помощь дети до 18 лет смогут получить бесплатно, по программе ОМС», — рассказывает профессор Заславский.

Любые образования кожи несут не только косметические и психологические проблемы, но и риски недоброкачественных изменений. По этой причине в центре будут консультировать детский онколог и детский сосудистый хирург. И только после консультации этих специалистов ребенок будет направлен на коррекцию. Аппаратура центра также позволяет успешно корректировать гиперпигментацию кожи, веснушки, которые с взрослением превращаются в лентиго, солнечные пятна.

Кроме того, по данным мировой статистики 80% детей страдают от заболевания акне. Лечение детей с жирной кожей, себореи, подразумевает не только обработку кожи антисептическими растворами и применение антибиотиков, но и лечение первопричины появления акне. Данное заболевание требует правильного ведения этих пациентов, поэтому в центре детской и подростковой косметологии Педиатрического университета будет принимать детский врач дерматолог, который после снятия воспаления будет работать над предотвращением формирования постакне элементов: атрофических рубцов, поствоспалительной гиперпигментации. Для этого специалисты в своей работе будут применять новейший многопрофильный лазер Magic Super.

Еще одной проблемой подросткового периода, с которой сталкиваются подростки, родители и врачи дерматологи — это нежелательные татуировки. Лазер позволяет делать полное удаление даже полноцветных татуировок.

Аппарат убирает любые папилломы и бородавки быстро и безболезненно. Кроме того, имеется режим лечения грибковых и сосудистых поражений.

Ну и конечно, взрослые смогут решить все вышеперечисленные проблемы кожи, а также пройти процедуры по омоложению лица и тела.

Список процедур, доступных в Центре:

- удаление гиперпигментаций и пигментных образований
- удаление сосудистых образований;
- лечение грибковых поражений;
- коррекция рубцовых изменений;
- карбоновый пилинг, лечение акне;
- лазерная эпиляция;
- лечение вирусных бородавок;
- удаление полноцветных татуировок и коррекция перманентного макияжа.

В дальнейшем в Центре планируется вести наблюдение за развитием невусов у детей в динамике. Составлять так называемый «Паспорт кожи». Это поможет исключить вероятность злокачественного перерождения новообразований. Планируется по показаниям и при необходимости проведение биопсии кожи для дальнейшего проведения гистологического и иммуногистохимического исследования.





# Алла Кузнецова: «Первичные иммунодефициты — природная данность, но мы можем ей управлять»

О том, что это за заболевание и как его лечат в Педиатрическом университете, рассказали д.м.н., профессор кафедры факультетской педиатрии СПбГПМУ Алла Александровна Кузнецова и врач-педиатр, аллерголог-иммунолог 2-го Педиатрического отделения СПбГПМУ Евгения Алексеевна Гольцман.



Ю.В. Пешехонова и Н.М. Соломатина

Что представляют собой первичные иммунодефициты у детей?

Е.А. Гольцман: Первичные иммунодефициты — это врожденные состояния, обусловленные генетическими дефектами иммунной системы. Существует более 300 форм ПИД от легких видов, не требующих лечения, до тяжелых жизнеугрожающих заболеваний.

Насколько часто встречается это заболевание?

Е.А. Гольцман: Частота зависит от вида иммунодефицита — есть редкие, а есть более распространенные виды. Наиболее часто встречается селективный дефицит иммуноглобулина А (1:500) — это самый легкий, если можно так сказать, вид иммунодефицита, который, как правило, не требует лечения. В отличие, например, от трудно диагностируемого и редкого первичного иммунодефицита: синдром активированной фосфоинозитид 3-киназы δ — в мире всего описано 180 случаев.

А.А. Кузнецова: Частота зависит также от страны. Здесь наблюдаются две особенности. Первая связана с настороженностью врачей и ранней диагностикой иммунодефицита. В России частота регистрации наиболее распространенного первичного иммунодефицита общей вариабельной иммунной недостаточности в сто раз меньше, чем в Нидерландах и Великобритании. Это не связано с тем, что у нас его нет. К сожалению, довольно часто врачи не диагностируют первичные иммунодефициты у детей, в связи с недостаточной осведомленностью об этих заболеваниях, поэтому порой пациенты часто лечатся у многих специалистов от разных заболеваний и сроки постановки диагноза задерживаются на несколько лет.

Е.А. Гольцман: Вторая особенность заключается в том, что частота иммунодефицита зависит от мутации генов и есть такие виды иммунодефицитов, которые связаны с мутацией именно в славянской популяции, к примеру, у них чаще встречается синдром Ниймеген.

Известны ли причины, по которым дети болеют первичными иммунодефицитами?

Е.А. Гольцман: Причины — это всегда генетическая поломка, мутация в гене, который отвечает за ту или иную функцию иммунной системы. Это могут быть наследственные проблемы (ребенок рождается с генетической мутацией, которую унаследовал от родителей), или мутации, которые возникают спонтанно, в связи с какими-то неблагоприятными факторами.

Всегда ли иммунодефициты проявляются в детском возрасте?

А.А. Кузнецова: Первичные иммунодефициты могут дебютировать в любом возрасте. У нас на отделении проходит лечение девочка с общей вариабельной иммунной недостаточностью, дебют заболевания в 15 лет начался с тяжелого поражения легких, диагноз был поставлен и подтвержден в течение нескольких месяцев, если сравнивать с данными зарубежных авторов, постановка этого диагноза в течение первого года болезни составляет 16%.

Чем проявляются первичные иммунодефициты?

Е.А. Гольцман: В 2012 году компания Jeffrey Modell Foundation сформировала списокстораживающихся признаков первичных иммунодефицитов, Российская Ассоциация Аллергологов и Клинических Иммунологов адаптировала этот список к русскому языку:

1. Положительные данные о наследственном анамнезе по первичному иммунодефициту.
2. Восемь или более заболеваний гнойным отитом в течение года.
3. Два или более заболеваний тяжелым синуситом в течение года.
4. Два или более заболеваний пневмонией в течение года.
5. Антибактериальная терапия, проводимая более 2 месяцев без эффекта.
6. Осложнения при проведении вакцинации ослабленными живыми вакцинами (БЦЖ, вакцина от полиомиелита).
7. Нарушения переваривания в период грудного возраста, сопровождающимися хроническими поносами или без них.
8. Рецидивирующие абсцессы кожи и мягких тканей с формированием глубоких абсцессов.

9. Два или более заболевания висцеральными или генерализованными инфекциями (менингит, остеомиелит, септический артрит, эмпиема плевры, сепсис).

10. Персистирующая кандидозная инфекция кожи и слизистых оболочек у детей старше 1 года жизни.

11. Хроническая реакция организма — трансплантат-против хозяина (например, неясные эритемы у детей грудного возраста).

12. Рецидивирующая системная инфекция, вызванная атипичными микобактериями.

А.А. Кузнецова: Все эти признаки должен хорошо знать каждый врач-педиатр. С самого рождения он должен оценивать иммунный статус ребенка: чем болеет ребенок, как часто он болеет, какая продолжительность болезни, как он переносит прививки, было ли у него БЦЖ, есть ли какие-то осложнения, формируется ли поствакцинальный иммунитет?

Как диагностируются первичные иммунодефициты?

Е.А. Гольцман: При подозрении на первичный иммунодефицит для окончательного установления диагноза проводят ряд иммунологических и генетических обследований. В то же время, следует констатировать, что в 90% случаев иммунограммы выполняются без обоснованных показаний.

А.А. Кузнецова: В случаях, когда ребенок наблюдается у разных специалистов (пульмонологов, гастроэнтерологов, ревматологов), и заболевание не поддается привычной терапии, протекает нестандартно — специалисты должны задуматься: а нет ли здесь иммунодефицита? Когда дети попадают в многопрофильную специализированную клинику Педиатрического университета, в которой работают опытные специалисты практически всех профилей и в интересах которой работают научно-исследовательские лаборатории Университета — правильный и своевременный диагноз первичного иммунодефицита, а, соответственно, и рациональное лечение детей может быть гарантировано на 100%.

На самом деле, первичные иммунодефициты можно диагностировать и при рождении. Так, например, в США проводится скрининг всех новорожденных на первичные иммунодефициты. Чем раньше начнется лечение, тем более благоприятные прогнозы выживаемости ожидаются при тяжелых формах иммунодефицитов. В то же время, при поздней диагностике первичных иммунодефицитов часто развиваются тяжелые осложнения заболевания, и летальность становится очень высокой. Правильная диагностика иммунодефицита при рождении ребенка, ранняя рациональная терапия заболевания либо выполнение трансплантации костного мозга яв-

ляется правильным подходом к решению проблемы, оправданным и с этической, и с экономической точки зрения. Хочется верить, что в нашей стране в ближайшем будущем тоже будет применяться скрининг всех новорожденных по выявлению первичных иммунодефицитов. Стоимость лечения осложнений у пациентов с первичными иммунодефицитами в США была в 5 раз выше, чем у больных, которые получали ежемесячную заместительную терапию внутривенными иммуноглобулинами.

Это заболевание накладывает какие-то ограничения на жизнь ребенка? Он может, например, ходить в школу как все дети?

А.А. Кузнецова: Да, конечно. Наша цель — чтобы ребенок мог жить нормальной жизнью и мог социализироваться. Это очень важно, потому что дальше могут начаться психологические проблемы, в частности, возрастает риск депрессии у больных детей. Конечно, у такого ребенка риски больше получить осложнения высокие, поэтому мы их бережем как «хрустальные вазы». Назначение правильной заместительной терапии значительно меняет качество жизни, продлевает жизнь. Очень важно популяризировать эти знания. Еще 20–30 лет назад в медицинских вузах даже не рассказывали о первичных иммунодефицитах. Раньше такие дети просто погибали. Во время обучения еще в Ленинградском Педиатрическом Медицинском институте я помню обход, во время которого выдающийся педиатр, 85-летие которого мы сейчас отмечаем, профессор Игорь Михайлович Воронцов, консультируя больного агаммаглобулинемией Брутона, сказал маме мальчика такие слова: «У одного ребенка сформировалось такое ушко, у другого — такие глазки, а у вашего ребенка так сформировалась иммунная система». К сожалению, ребенка тогда не удалось спасти. Это природная данность, но сейчас мы можем ей управлять.

Какие существуют методы лечения первичных иммунодефицитов?

Е.А. Гольцман: Методы лечения зависят от вида иммунодефицита. При недостатке иммуноглобулинов требуется пожизненная заместительная терапия внутривенными иммуноглобулинами. Существуют иммунодефициты, которые требуют длительной профилактической терапии антибиотиками и противогрибковыми препаратами. Важно понимать, что полное формирование «новой» и здоровой иммунной системы возможно только после трансплантации костного мозга.

Чем опасны первичные иммунодефициты?

А.А. Кузнецова: Это опять же зависит от вида иммунодефицита. При некоторых иммунодефици-

тах поражаются верхние и нижние дыхательные пути до 100%. Бывают такие ПИД, когда поражаются только кожные покровы или нервная система. При агаммаглобулинемии Брутона в 95% случаев развиваются инфекции различных органов и систем, с преимущественным поражением респираторного тракта, при общей вариабельной иммунной недостаточности возникают неинфекционные осложнения, интерстициальные заболевания легких, гепатиты, аутоиммунные заболевания, которые протекают порой тяжелее, чем инфекционные.

Е.А. Гольцман: На фоне первичных иммунодефицитов формируются инфекционные осложнения, которые могут приводить к необратимым изменениям в организме, например, к бронхоэктатической болезни легких — это необратимые изменения бронхиального дерева легких, которое ведет к хронической дыхательной недостаточности. При наличии неинфекционных осложнений, дети часто наблюдаются у смежных специалистов — например, у гастроэнтерологов при хронических воспалительных заболеваниях кишечника, у ревматологов при ревматоидных артритах, и не всегда вовремя ставится правильный диагноз.

Правда ли, что при первичных иммунодефицитах частота злокачественных новообразований существенно возрастает?

Е.А. Гольцман: Да, иммунодефициты могут приводить к развитию онкологических заболеваний. Существуют иммунодефициты, при которых в 90% случаев рано или поздно развиваются лимфомы.

Возможно ли излечить первичные иммунодефициты?

Е.А. Гольцман: Полное излечение возможно только при помощи трансплантации костного мозга, но она показана не при всех видах первичных иммунодефицитов. При успешно проведенной операции у ребенка формируется «новая» иммунная система, ничем не отличающаяся от иммунной системы здорового ребенка.

Разрабатываются ли какие-то новые методы лечения первичных иммунодефицитов?

Е.А. Гольцман: Одним из перспективных методов лечения некоторых видов ПИД является генная терапия. В России, к сожалению, такая терапия пока недоступна.

А.А. Кузнецова: Важно ввести скрининг всех новорожденных на первичные иммунодефициты, чтобы вовремя предотвратить тяжелые осложнения, или после трансплантации сформировать правильно функционирующую иммунную систему.

Что бы вы посоветовали родителям, чьи дети болеют первичными иммунодефицитами?

Найти хорошего доктора, которому они бы доверяли.



# 85 лет со дня рождения Игоря Михайловича Воронцова

*11 апреля 2020 года исполняется 85 лет со дня рождения выдающегося ученого-педиатра, талантливого педагога, заведующего кафедрой ФПК и ПП с курсом кардиологии, ревматологии и нефрологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета Игоря Михайловича Воронцова.*



И.М. Воронцов

Игорь Михайлович Воронцов родился 11 апреля 1935 г. в Ленинграде. В 1959 г. получил диплом врача-педиатра в Ленинградском педиатрическом медицинском институте, в стенах которого прошла вся его научная и педагогическая деятельность.

Игорю Михайловичу чрезвычайно повезло с учителями. Его студенческие годы совпали с пиком творчества таких корифеев педиатрии, как академик Михаил Степанович Маслов. Воронцову посчастливилось услышать его знаменитые лекции по факультетской педиатрии, изданные позже отдельным тиражом. Здесь преподавали профессора: Александр Моисеевич Абезгауз, Эммануил Иосифович Фридман, Аркадий Борисович Воловик, Михаил Георгиевич Данилевич. Главным же учителем Воронцова на многие годы стал академик Александр Фёдорович Тур. В 1959 г., после окончания института именно на его кафедру госпитальной педиатрии Игорь Михайлович пришёл сначала клиническим ординатором, а затем был оставлен в аспирантуре. Его кандидатская диссертация посвящена клинко-биохимической характеристике острых лейкозов у детей. В эти годы деятельность в клинике он успешно совмещал с работой в детской неотложной помощи.

В 1970 г. Игорь Михайлович стал заведующим кафедрой пропедевтики детских болезней (реорганизованной в дальнейшем в кафедру детских болезней № 3, а затем — в кафедру госпитальной педиатрии). С 2003 г. заведовал вновь созданной кафедрой педиатрии ФПК и ПП с курсами кардиологии, ревматологии и нефрологии.

Доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки России, действительный член Королевской британской медицинской академии, почетный академик Международной академии интегративной антропологии, президент Союза педиатров Санкт-Петербурга, член президиума Союза педиатров России, главный педиатр Северо-Западного региона России — таков далеко не полный перечень званий Игоря Михайловича Воронцова. Но сам о себе он предпочитал говорить просто: «Я — педиатр!».

Научная деятельность И. М. Воронцова была необыкновенно многогранна. Пищевая аллергия, бронхиальная астма, миокардит, сердечные аритмии, ревматические заболевания, генетическая патология, гематология, проблемы питания, нормология, автоматизированные системы медицинского обслуживания, экопатология — вот круг его профессиональных интересов. Игоря Михайловича называют отцом российской аллергологии, детской ревматологии и кардиологии. Профессор — признанная мировая звезда в области питания или, как называл он сам, «диетологии развития».

Игорь Михайлович был не только теоретиком, но и практиком. Он всегда находил время для консультаций самых тяжелых пациентов, приезжая в больницы через весь город на метро. Если дело касалось больного ребенка, он был доступен в любое время суток любому врачу, любой матери. При этом он обладал уникальной способностью выслушивать мнение лечащего врача и обязательно найти повод для того, чтобы похвалить его.

Профессор Воронцов являлся автором более 350 научных публикаций, в числе которых 12 монографий и 2 учебника, он был редактором двух изданий перевода «Руководства по педиатрии Нельсона» — основного зарубежного учебника. Под его руководством выполнены 71 кандидатская и 20 докторских диссертаций. А его книга «Пропедевтика детских болезней» представляет собой уникальный сплав последних медицинских данных, теории эволюции развития

ребенка и элементов философии, художественного осмысления действительности, которые заставляют доктора мыслить, создавать, творить и двигаться вперед.

Именно профессор И. М. Воронцов вместе с двумя другими известными учеными детскими врачами — директором Московского НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Леонидом Михайловичем Рошальем и директором Научного центра здоровья детей РАМН Александром Александровичем Барановым — отстаивал существование педиатрии как науки, как отдельной специальности в отечественной медицине. На заре перестройки было много разговоров о том, чтобы «растворить» педиатров во врачах общей практики. И только благодаря авторитету этих трех людей, их человеческому мужеству и гражданской позиции удалось сохранить педиатрию.

Все, кому посчастливилось знать этого удивительного человека, отмечают его интеллигентность, эрудицию, широту интересов. Он прекрасно знал классическую литературу, живопись, историю города, любил музыку, владел пятью иностранными языками.

При этом ничто человеческое ему не было чуждо: он увлекался мотоголками, фотографией, даже собрал радиоприемник и имел свои позывные. Все, кто знал его лично, изучал его труды, признают: это была знаковая личность,

глобальный человек, который определял политику педиатрии, умел предвидеть различные изменения ситуации и предложить методологию, позволяющую решить самую трудную проблему, найти выход из сложной ситуации.

И. М. Воронцов всегда работал на опережение. А то, что он планировал и создавал в течение многих лет, сегодня нашло реальное отражение не только в отечественной, но и в мировой медицине. Именно он заложил фундамент российской педиатрии, на котором она сегодня и строится.

Об Игоре Михайловиче вспоминает профессор, заведующий кафедрой педиатрии им. проф. И.М. Воронцова ФПК и ПП Геннадий Айзикович Новик: «Первая встреча — это далекий 1975 год. Лекции по педиатрии. Легко, воздушно, абсолютно доходчиво преподносился сложнейший материал... Именно на лекциях Воронцова можно было увидеть и преподавателей, и практических врачей-педиатров, которые, несмотря на свою занятость, находили время послушать своего Учителя... Игорь Михайлович всегда расширял горизонты нашего представления проблемы, находил самые необычные решения и ставил тебя прозревать. Это свойство профессора Воронцова видеть дальше покоряло всех, с кем он общался».



Сотрудники кафедры пропедевтики детских болезней ЛПМИ, 1973 г.

## 70 лет Григорию Григорьевичу Коненкову

*К юбилею выпускника Ленинградского педиатрического медицинского института, хирурга Григория Григорьевича Коненкова.*



3 марта празднует свой 70-летний юбилей Председатель Совета муниципального образования городского округа «Ухта». Григорий Григорьевич хирург высшей квалификационной категории, член Ассоциации эндохирургов России, Почётный врач Республики Коми.

Григорий Григорьевич родился в 1950 году в посёлке Вожега Вологодской области. Демобилизовавшись в 1970 году из рядов Советской Армии, поступил на учёбу в Ленинградский педиатрический медицинский институт на факультет педиатрии, окончил ординатуру по детской хирургии. Затем проходил интернатуру в детском хирургическом отделении республиканской больницы в городе Сыктывкаре.

В 1977 году по распределению доктор Коненков попал в Ухту. Два года работал хирургом в детской поликлинике и параллельно в стационаре городской больницы. После чего принял предложение главного врача работать в Ухтинской городской больнице детским хирургом. В этой же больнице он 25 лет проработал заместителем главного врача по хирургии. В 2010 году, в самое непростое для больницы время Григорий Григорьевич принял предложение стать главным врачом. В его подчинении находился коллектив численностью 600 человек. Под непосредственным руководством Григория Григорьевича больница добилась высоких показателей в работе. Особое внимание уделялось внедрению новых технологий диагностики и лечения. В

2013 году Ухтинская городская больница №1 была внесена в Национальный реестр «Ведущие учреждения здравоохранения России».

В 2007–2011 годах Григорий Григорьевич был депутатом Совета МОГО «Ухта» III-го созыва, а 24 сентября 2015 года был избран Главой муниципального образования городского округа «Ухта» — председателем Совета муниципального образования городского округа «Ухта».

За многолетний, добросовестный труд Коненков Г. Г. награждался Почётной грамотой МО ГО «Ухта» в 2005, 2008, 2009 году. В 2012 году Григорию Григорьевичу было присвоено почётное звание «Почётный врач Республики Коми».



# Команда Педиатрического университета выступила на студенческой олимпиаде по хирургии

7–8 февраля студенты Педиатрического университета приняли участие в XXIX Всероссийской студенческой олимпиаде по хирургии.



На базе ПСПбГМУ имени академика Павлова прошёл региональный этап XXIX Всероссийской студенческой олимпиады по хирургии имени академика М.И. Перельмана, в нем приняли участие команды из десяти медицинских вузов Северо-Западного округа и Центрального федерального округа России и команда из Казахстана: Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет; Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова; Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова (г. Санкт-Петербург); Санкт-Петербургский государственный университет им. М.В. Ломоносова; Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова (г. Санкт-Петербург); Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова; Тульский государственный университет; Петрозаводский государственный университет; Новгородский государственный университет им. Яросла-

ва Мудрого (г. Новгород Великий); Северный государственный медицинский университет (г. Архангельск); Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова.

Педиатрический университет в студенческой олимпиаде представляли 32 студента.

Участники были распределены по бригадам. По итогам конкурсов наши студенты заняли несколько призовых мест:

2 место — конкурс «Шов сухожилия».

Бригада: Анна Лесовая, Антон Баклагин, Михаил Забалуев.

3 место — конкурс «Остеосинтез».

Анна Лесовая, Антон Баклагин, Михаил Забалуев.

3 место — конкурс «Урология».

Бригада: Наталья Лукина, Анастасия Куимова, Агнета Есина.

В общекомандном зачете наша сборная стала шестой среди одиннадцати команд.

## Студенты СПбГПМУ отметили Масленицу



28 февраля у входа в 7-ю аудиторию Профком и ассоциация «Покров» организовали настоящие проводы зимы для студентов Педиатрического университета. Масленица — самый вкусный и любимый всеми праздник. Студенты СПбГПМУ угощались блинами, пели частушки, участвовали в веселых конкурсах и отвечали на вопросы волонтеров по истории Масленицы. За победу в конкурсах и правильные ответы ребят ждали вкусные призы. Праздник создал хорошее настроение и ощущение приближающейся весны.



Газета «Санкт-Петербургский педиатр»  
№ 3 (64), 2020. Издаётся с 28 декабря 1991 года.  
**Учредитель:**  
ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.  
Адрес учредителя, редакции и издателя:  
194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2.

Главный редактор: Титова Л.А.  
Газета зарегистрирована Управлением Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций по Санкт-Петербургу и Ленинградской области  
ПИ № ТУ 78-00637 от 08.07.2010.

Дата выхода: 04.03.2020.  
Отпечатано: ООО «Первый издательско-полиграфический холдинг». 194044, Санкт-Петербург, ул. Гельсингфорсская, д. 4, к. 2 лит. У, офис 28.  
Тираж 500 экз.  
Распространяется бесплатно. Заказ № 03624.

Авторы материалов:  
Дина Власова, Мария Гуманенко, Александра Дзанагова, Инга Победимова, Лика Титова.  
Фотографии:  
Дина Власова, Профком студентов, МедТВ и Студенческий совет