

Проблемные вопросы диагностики и лечения детей с соматической патологией

14–15 марта 2017 г. в Харькове состоялась Украинская научно-практическая конференция врачей-педиатров с международным участием «Проблемные вопросы диагностики и лечения детей с соматической патологией». Во время мероприятия ведущие украинские специалисты особое внимание уделили актуальным вопросам неонатологии, педиатрии, детской гастроэнтерологии, неонатальной кардиологии, детской аллергологии, детской нефропатии, поделились опытом лечения распространенных заболеваний у детей, представив результаты собственных исследований.



Открывая работу конференции, профессор **Наталья Макеева**, заведующая кафедрой педиатрии № 2 Харьковского национального медицинского университета, пожелала всем участникам мероприятия плодотворной работы и приобретения новых знаний в области педиатрии.

Слова приветствия также прозвучали от представителей Харьковского национального медицинского университета, Департаментов здравоохранения Харьковского городского совета и Харьковской областной государственной администрации, Харьковской областной ассоциации педиатров.



Юрий Сороколат, директор Департамента здравоохранения Харьковского городского совета, поделился опытом организации системы катamnестического наблюдения преждевременно родившихся детей с перинатальной патологией в городе Харькове. Представлено научно обоснованное новое решение проблемы — усовершенствование и повышение качества лечебно-профилактической помощи в мегаполисе детям, рожденным преждевременно с перина-

тальной патологией, на основе разработки и внедрения эффективных программ катamnестического наблюдения пациентов в возрасте до 3 лет как с изолированной, так и сочетанной патологией. На основании определения диагностического коэффициента и информативной значимости факторов, детерминирующих течение и исход бронхолегочной дисплазии (БЛД), созданы маршруты наблюдения. Использование установленных предиктивных свойств постнатальных факторов позволяет проводить повозрастное прогнозирование течения и исхода БЛД в системе катamnестического наблюдения до 3-летнего возраста ребенка.

Представлена патогенетическая значимость пороговых значений факторов, влияющих на течение, тяжесть, латеризацию и исходы тугоухости у детей разных возрастных периодов (6 мес, 1 года, 3 лет). Установлено, что в формировании характера, течения и исходов ретинопатии у недоношенных имеет значение информативность, прогностические пороги и вероятность реализации факторов. Это является основой индивидуальных маршрутов наблюдения детей с нарушением зрения, исходов и эффективности лазерокоррекции у детей с сочетанной перинатальной патологией. Получила дальнейшее развитие разработка мероприятий по снижению инвалидности и укрепления здоровья детей в условиях внедрения современных принципов перинатальной помощи на основании научно обоснованных взаимосвязей между организационными, нозологическими, антропометрическими, гендерными аспектами и состоянием здоровья детей первых лет жизни, родившихся с перинатальной патологией, определения роли качества выхаживания новорожденных и катamnестического наблюдения.

Ю. Сороколат отметил, что полученные результаты работы стали основой эффективной программы катamnестического наблюдения за детьми с перинатальной патологией в мегаполисе, позволяющей улучшить лечебно-профилактическую помощь пациентам данной возрастной категории с учетом современных форм организации в специализированной службе по охране материнства и детства. Эффективный мониторинг оценки состояния здоровья детей, родившихся преждевременно, и у которых сформировалась БЛД, ретинопатия, тугоухость, на основе разработанных прогностических сценариев является новым направлением в педиатрии.



Профессор **Галина Бекетова**, главный внештатный специалист Министерства здравоохранения (МЗ) Украины по специальности «Педиатрия», заведующая кафедрой детских и подростковых заболеваний Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, обратила внимание на проблему рационального использования антибиотиков в педиатрической практике. Она напомнила, что группу высокого риска респираторных заболеваний составляют дети с хроническими инфекциями ЛОР-органов, отягощенными аллергологическим анамнезом, иммунодефицитными состояниями, рекуррентными инфекциями, а также дети, проживающие в экологически неблагоприятных районах. У детей первых 6 лет жизни каждый рекуррентный (повторный) эпизод респираторной инфекции сопровождается повышением риска формирования вирусно-бактериальных ассоциаций, в частности бактериально-ассоциированных отитов, тонзиллитов, риносинуситов и пневмоний.

Последствиями рекуррентных инфекций могут быть осложнения в виде бактериально-ассоциированных заболеваний (пневмония, средний отит, риносинусит, тонзиллит), хронизация процесса, а также отдаленные последствия, которые могут проявляться задержкой речевого развития, замедлением психосоциальной адаптации, отставанием в физическом развитии.

В этиологической структуре респираторной патологии 80% занимают вирусы, 20% — бактерии. При бактериальных респираторных заболеваниях у детей доминируют такие патогены, как *Streptococcus pneumoniae* (*S. pneumoniae*), *Haemophilus influenzae* (*H. influenzae*), *Moraxella catarrhalis* (*M. catarrhalis*) и др. Так, при внебольничных, так называемых типичных пневмониях, в около 60% случаев возбудителем является *S. pneumoniae* (*H. influenzae* — в 15–18%). У детей в возрасте старше 5 лет атипичная внебольничная пневмония в 10–15% случаев может быть вызвана *Chlamydia pneumoniae* (*Chl. pneumoniae*), *Mycoplasma pneumoniae* (*M. pneumoniae*), *Legionella*.

Г. Бекетова отметила, что при лечении бактериально-ассоциированной патологии важна эрадикация возбудителя (рациональная антибиотикотерапия). Роль антибиотиков переоценить сложно, на их долю приходится до 25% всех назначений в мире, затраты на них составляют 30–50% расходов стационаров на лекарственные средства, однако до 50% назначений антибиотиков являются нерациональными или необоснованными. Все это при-

водит к снижению их эффективности и развитию резистентности (причины >2,5 тыс. смертей в странах Европейского Союза за год и >1,5 млрд евро материального ущерба).

Нерациональное применение антибиотиков приводит к ухудшению состояния пациентов, развитию побочных патологических процессов, возникновению устойчивости к лекарственным средствам, глобальной антибиотикорезистентности и летальности.

Докладчик подчеркнула, что необходимо остановить неправильное использование антибиотиков, в частности, не назначать их при вирусных заболеваниях (острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ), остром бронхите, остром тонзиллите, фарингите, ларингите, трахеите).

Важная роль в этиотропной антимикробной терапии бактериальных респираторных инфекций у детей принадлежит макролидам, аминопеницилинам. Согласно рекомендациям Британского торакального общества по рациональной антибиотикотерапии у детей (British Thoracic Society Community Acquired Pneumonia in Children), амоксициллин является препаратом 1-го выбора для перорального применения у всех детей. Макролиды могут быть добавлены в любом возрасте, если нет ответа на препарат 1-й линии эмпирической терапии. Макролид — препарат 1-го выбора в случае подозрения на внутриклеточный возбудитель. При вирусно-бактериальных ассоциациях препаратом выбора является амоксициллина клавуланат.

Согласно украинским протоколам этиотропного лечения бактериально-ассоциированных респираторных заболеваний, препаратами выбора являются амоксициллин, амоксициллина клавуланат, макролиды.

При выборе необходимой дозы антибиотика врач должен руководствоваться не указанным в инструкции интервалом дозирования (20–90 мг/кг), а рекомендациями протоколов лечения (40–50 мг/кг/сут для амоксициллина). Учитывая то, что в Украине частота резистентных к амоксициллину и амоксициллина клавуланату *S. pneumoniae* не превышает 10%, нет основания для широкого использования высоких доз амоксициллина и форм амоксициллина клавуланата с высоким содержанием амоксициллина. У детей раннего возраста предпочтительно использование антибиотиков в форме суспензии.



О современных подходах к лечению пациентов с ОРВИ и их осложнениями шла речь в выступлении **Елены Усачовой**, профессора кафедры детских инфекционных болезней Запорожского государственного медицинского университета. Она отметила, что в период эпидемического повышения заболеваемости гриппом болеют 5–20% населения, при пандемиях — практически каждый второй. Периодические пандемии и эпидемии связаны с вирусом гриппа А, реже — В, при этом способность вируса гриппа А быстро мутировать создает проблемы для проведения эффективной терапии и профилактики.

На сегодня проблемными вопросами, касающимися гриппа и ОРВИ в Украине, остаются высокий уровень заболеваемости в целом, ограниченные возможности вирусологической диагностики, низкая доступность и сложность подбора этиотропной терапии, особенно у детей раннего возраста, повышение резистентности вирусов к базовым препаратам, акцент на симптоматическую терапию, самолечение, проблемы профилактики.

Е. Усачева отметила, что этиотропная расшифровка вируса, вызвавшего заболевание, не всегда возможна (отсутствие тест-систем) и экономически нецелесообразна, поскольку существуют трудности специфической терапии, большинство больных ОРВИ демонстрируют сходные симптомы.

Возникновение и прогрессирование заболевания зависят от количества патогенов, патогенного потенциала агента, состояния и способности иммунной системы реагировать.

Для укрепления сопротивляемости организма как поддерживающую терапию при комплексном лечении ОРВИ целесообразно применение растительных препаратов с доказанной эффективностью.



Марина Бирюкова, главный внештатный специалист Департамента здравоохранения Харьковского городского совета по специальности «Детская пульмонология», рассказала о применении ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС) в педиатрической практике. Основными причинами острых обструктивных состояний дыхательных путей, развившихся на фоне ОРВИ, у детей являются ложный круп (стенозирующий ларинготрахеит), острый обструктивный бронхит, бронхиальная астма (БА), бронхиолит.

В современных стандартах терапии обструктивных состояний респираторного тракта, таких как БА, обострения БА, ложный круп, препаратами первого выбора являются ИГКС, а оптимальным средством доставки — небулайзер.

Преимуществами небулайзерной терапии являются:

- применение у лиц любого возраста;
- количество поступившего в легкие препарата не зависит от скорости вдоха;
- обеспечение проникновения даже в плохо вентилируемые участки дыхательных путей;
- не требует координации дыхания/задержки выдоха;
- в одной камере небулайзера можно сочетать препараты, предназначенные для небулизации (муколитики, бронхолитики и ИГКС);
- легкость выполнения ингаляции (в том числе и у детей первых месяцев жизни).

ИГКС должен обеспечивать быстрый противовоспалительный эффект, иметь минимум системного действия, не влиять на функцию надпочечников и линейный рост (обеспечивать безопасность), обеспечивать возможность применения с раннего возраста, быть удобным в применении, иметь большую доказательную базу. По мнению докладчика, всем этим требованиям отвечает будесонид — единственный ИГКС, разрешенный к применению у детей в возрасте с 6 мес. Это один из наиболее изученных препаратов, применяемых при БА у детей, и единственный ИГКС с зарегистрированным показанием к лечению крупа.

Будесонид обеспечивает быстрый терапевтический эффект за счет сосудосуживающего действия, уменьшения экссудации плазмы и продукции мокроты в дыхательных путях, имеет высокий профиль безопасности благодаря уникальному сочетанию свойств. Противовоспалительный эффект 1 мг будесонида сопоставим с 58 мг преднизолона, вводимого внутривенно или внутримышечно.

Показано, что будесонид не уступает по эффективности системным ГКС: длительность госпитализации детей, получавших ИГКС, сопоставима с длительностью госпитализации детей, получавших системные ГКС. При лечении детей с БА при использовании будесонида в виде ингаляций с помощью доставки через небулайзер риск повторных обострений и госпитализаций снижается на 30%, что позволяет применять данный препарат не только для купирования обострений БА, но в качестве длительной противовоспалительной базисной терапии у детей.



Профессор **Ольга Цодикова**, заведующая кафедрой поликлинической педиатрии Харьковской медицинской академии последипломного образования, обратила внимание на то, что изучение назоцитогрaмм, косвенно отражающих состояние респираторного тракта, может служить неинвазивным методом диагностики иммунной защиты организма. В частности, данное исследование целесообразно проводить у детей с ЛОР-патологией, рекуррентными заболеваниями (риносинуситы, аденоидиты и др.).

Показано, что у детей с рекуррентными респираторными инфекциями выявленные нарушения морфологии цитоларного аппарата слизистой оболочки носа и изменения цитокинового статуса назального секрета свидетельствуют о снижении противомикробной защиты организма. Таким пациентам необходимо

проводить терапію, направлену на нормалізацію місцевого імунітету, зниження запалення і регенерацію слизової оболонки епітелія. Включення в склад комплексного лікування дітей з рекуррентними респіраторними інфекціями коллоїдного розчину наносрібра сприяє забезпеченню захисту слизових оболонок носа від патогенних возбудителів, удосконалює мікроекіологію носоглотки, регенерації слизової оболонки.



В своєму виступі професор **Геннадій Леженко**, завідувач кафедри госпітальної педіатрії Запорізького державного медичного університету, зупинився на проблемі лікування головного болю у дітей, відзначив, що серед пацієнтів у віці 3–5 років поширеність головного болю становить близько 3%, 6 років — 15%, шкільного віку — до 82%.

Показано, що 90% всіх видів головного болю становить головний біль напруження (ГБН). Її тривалість варіює від 30 хвилин до 7 днів, мінімум 10 епізодів головного болю в анамнезі. Головний біль має по крайній мірі дві з наступних характеристик:

- стягивающий, сдавливающий, сжимающий, монотонный характер боли;
- головная боль диффузная, двусторонняя;
- слабая или средняя интенсивность, не исключающая повседневной активности, хотя качество учебы, несомненно, ухудшается;
- при повседневной физической деятельности головная боль не усиливается.

При ГБН такі симптоми, як тошнота, анорексія, фотіофобія, виражені слабо, може присутувати один з них і рідше всі одночасно.

Хронічна ГБН має симптоми, аналогічні епізодичному варіанту, однак середня частота епізодів головного болю значно вище — до 15 «болевих» днів в місяць (або >180 днів в рік) при тривалості захворювання не менше 6 міс.

Причинами ГБН можуть служити психосоціальний стрес, депресія, тривога, тривале напруження м'язів при антифізіологічних позах, надмірний, тривалий прийом анальгетиків. Крім того, провокуючими факторами можуть виступати перемена погоди, вимушене голодування, робота в душному приміщенні, фізичне і умствене перенапруження.

Говорячи про лікування ГБН, Г. Леженко відзначив, що згідно рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВОЗ), найбільш безпечним анальгетиком вважається парацетамол, однак передозування цього препарату може викликати велику кількість ускладнень, при підвищенні порогового значення дози парацетамолу кількість побічних ефектів зростає. На сьогодні немає абсолютно безпечного анальгетика серед нестероїдних протизапальних препаратів (НПВП). Тому при лікуванні головного болю у дітей пріоритетом слід надавати препаратам рослинного походження.



Професор **Валерій Похилько**, завідувач кафедри педіатрії №1 з перинатологією та неонатологією ВГУЗУ «Українська медична стоматологічна академія», зупинився на циркуляторних механізмах компенсації плода/новонародженого при гіпоксії/асфіксії. Він відзначив, що, незважаючи на освідженість про асфіксію, по-прежнему залишається ряд нерешених питань, пов'язаних з механізмами розвитку порушень органів і систем при асфіксії, індивідуалізованого прогнозування розвитку органних дисфункцій у новонароджених, відсутності стандартних діагностичних критеріїв і чуйливих біомаркерів точного прогнозу тяжкості ураження, вкладу генетичної детермінанти в розвиток органних дисфункцій.

В. Похилько представив результати дослідження, метою якого було удосконалення алгоритму спостереження за новонародженими з асфіксією в першому неонатальному

періоді шляхом ідентифікації клініко-метаболических предикторів розвитку органних дисфункцій у новонароджених з асфіксією і аналіз вкладу генетичної детермінанти генів ренин-ангіотензійної системи в розвиток вказаних станів. Ідентифіковані достовірні фактори ризику розвитку органних дисфункцій у новонароджених з асфіксією, що стало основою для розробки прогностичних моделей їх прогресування і алгоритму спостереження за дітьми. Доведено, що 4aa або 4ba генотип гена eNOS достовірно підвищує у дитини ризик розвитку асфіксії, а CA або CC генотип AG2TR1 гена — гострого ураження нирок.



Професор **Маргарита Гончар**, завідувача кафедри педіатрії №1 і неонатології Харківського національного медичного університету, представила доповідь, присвячену проблемам і перспективам неонатальної кардіології, поділившись перспективними напрямками досліджень по стратифікації серцево-судинних факторів ризику у новонароджених і дітей раннього віку в Харківській області. На сьогодні наукові дослідження в області дитячої кардіології передбачають проведення популяційних досліджень стану серцево-судинної системи у дітей Харківського регіону, стратифікацію кардіоваскулярного ризику в дитячій популяції, удосконалення ранньої діагностики і лікування захворювань серцево-судинної системи, удосконалення профілактики на основі сучасного представлення факторів кардіоваскулярного ризику в дитячій популяції від народження до підліткового віку з урахуванням сучасних технологій.



Ірина Редько, професор кафедри педіатрії і неонатології з курсом амбулаторної педіатрії ГУ «Запорізька медична академія післядипломного освіти МЗ України», відзначила уважність практичних аспектів діагностики, лікування і профілактики геморагічної хвороби (ГХ) новонароджених. По її словам, найбільш частими причинами геморагічного синдрому в період новонародженості вважають порушення коагуляційних властивостей крові і тромбоцитарного ланцюга гемостазу. Серед геморагічних ускладнень у новонароджених переважають внутрішньочерепні кровоізлияння, кефалогематоми, геморагічний синдром (мелена, кровотеча з місць ін'єкцій), геморагічна хвороба, синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання, тромбоцитопенія, медикаментозна тромбоцитопенія.

Діагностика ГХ ґрунтується на даних анамнезу, клінічній картині, підтверджується лабораторними і інструментальними дослідженнями. По даним анамнезу, необхідно врахувати такі фактори ризику дефіциту вітаміну К, як:

- призначення вагітній перед родами антикоагулянтів, протисудорожних препаратів, НПВП, деяких антибіотиків, сульфаниламідів;
- важкі форми гестозу у жінок;
- захворювання шлунково-кишкового тракту (ентеропатії, дисбактеріоз, захворювання печінки, жовчовивідних шляхів);
- патологія в родах (хронічна гіпоксія і асфіксія плода в родах, народи шляхом кесарева розтину, родові травми);
- недоношеність;
- діабетична фетопатія;
- відсутність або недостатній об'єм грудного вигодовування;
- парентеральне харчування;
- антибіотична терапія.

І. Редько звернула увагу на клінічні прояви ГХ. Так, для ранньої форми (перші 24 години життя) захворювання характерна кровотеча в перші години або перші дні життя в вигляді кровавої рвоти, легочних кровотеч, геморагій на шкірі, кефалогематом, кровоізлиянь в мозок, органи черевної порожнини, а також мелени. Класична форма ГХ виникає у клінічній

здоровых новорожденных на 2–4-е сутки жизни и проявляется такими симптомами, как желудочно-кишечные кровотечения, рвотные массы с примесью крови в виде «кофейной гущи», черный дегтеподобный кал, кожные геморрагии, кровотечения из пупочной ранки, кефалогематомы, внутрижелудочные кровоизлияния, внутренние гематомы, носовые, легочные, почечные кровотечения. Поздняя форма заболевания имеет неспецифические клинические проявления в виде повышения уровня внутричерепного давления, судорог, подкожных кровотечений и синяков, вялого сосания, нарушения усвоения пищи, рвоты, диареи, желтухи, бледности. К специфическим проявлениям относят внутричерепные кровоизлияния, субдуральные гематомы, субарахноидальные и внутрижелудочные кровоизлияния, сочетанные варианты кровоизлияния.

И. Редько акцентировала внимание на важности проведения профилактики как ранней, так и поздней форм ГБ новорожденных. Витамин К назначают всем новорожденным с целью профилактики ранней ГБ, геморрагического синдрома другой этиологии. Витамин К₁ в дозе 1,0 мг вводят внутримышечно в первые сутки жизни после рождения, в дозе 0,015–0,5 мг — внутримышечно новорожденным, находящимся на полном парентеральном питании (1–2 раза в неделю). Актуальной остается и профилактика поздней формы ГБ, несмотря на проведение профилактики ранней и классической форм заболевания, поскольку относительный риск развития поздней ГБ в 81 раз выше среди детей, которые не получают витамин К внутримышечно, по сравнению с детьми, которые его получают. Определена обязательность профилактики поздней ГБ и детей первых 3 мес жизни, находящихся исключительно на грудном вскармливании.



Профессор **Ольга Белоусова**, заведующая кафедрой педиатрической гастроэнтерологии и нутрициологии Харьковской медицинской академии последиplomного образования, поделилась взглядом на проблему функциональных запоров у детей раннего возраста. Она отметила, что, несмотря на столь широкую распространенность данной патологии, до сих пор нет четкого определения, какую кратность дефекаций считать нормальной, а какую — патологической.

Согласно рекомендациям экспертов ВОЗ, частота дефекации у детей грудного возраста, находящихся на искусственном вскармливании, составляет 1 раз в сутки, при грудном вскармливании частота стула может совпадать с количеством кормлений (но не более 6 раз в сутки), может составлять 1 раз в 5–7 дней. Однако частота дефекации не может быть единственным и достаточным критерием наличия запора. О запорах говорят даже в случаях ежедневной дефекации, если она сопровождается болезненными ощущениями, натуживанием, изменением характера кала (большой диаметр фекаломы, фрагментированный кал).

Функциональный запор отмечают у 92–95% детей раннего возраста. Принято считать, что по истечении неонатального периода запоры являются функциональными, так как органические причины выявляют только в 2% случаев.

Согласно Римским критериям III, диагноз функционального запора устанавливают при наличии в течение месяца не менее двух из нижеследующих признаков у детей до 4-летнего возраста:

- ≤ 2 опорожнения кишечника в неделю;
- по крайней мере 1 эпизод недержания в неделю (после приобретения гигиенических навыков);
- наличие эпизодов задержки дефекации;
- наличие болезненного опорожнения кишечника или твердых испражнений (тип 1 и 2 по Бристольской шкале);
- наличие большого количества фекальных масс в прямой кишке (пальпация);
- образование каловых камней, которые могут затруднить дефекацию.

Указанные признаки исчезают немедленно после акта дефекации.

Существующее мнение, что дети перерастают проблему запоров, что не подтверждается длительными наблюдениями: у 30–52% детей симптомы сохраняются в течение последующих 5 лет, у около 25% лиц сохраняются запоры во взрослом возрасте.



Согласно рекомендациям Европейского общества педиатрической гастроэнтерологии, гепатологии и нутрициологии (European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition — ESPGHAN), лечение при запорах должно включать: обучение (воспитание культуры гигиенических навыков), освобождение прямой кишки от каловых масс (коррекция), профилактику повторного скопления каловых масс в прямой кишке (диета), поведенческую терапию (психотерапию).

О. Белоусова отметила, что одной из важнейших причин развития запора являются гиподинамия и связанная с ней мышечная гипотония. Для нормализации двигательного режима ребенку необходимо делать общий массаж, способствующий укреплению мышц, легкий массаж живота по часовой стрелке незадолго до кормления, гимнастику (подтягивание ножек к животу), выкладывание на живот и др. При функциональных запорах не рекомендовано применение газоотводных трубок, введение в анус ребенка ватных палочек, мыла и пр.

Медикаментозная терапия должна рассматриваться как вспомогательный, но не основной компонент терапевтических мероприятий. Исследования последних лет свидетельствуют о развитии серьезных побочных эффектов при продолжительном приеме стимулирующих слабительных и токсичности некоторых из этих препаратов. На сегодня наиболее популярными компонентами функционального питания, оказывающими положительное влияние на характеристики дефекации, являются пребиотики, что доказано во многочисленных исследованиях. Эксперты комитета ESPGHAN отмечают, что молочные смеси, обогащенные пребиотиками, снижают pH каловых масс, повышают частоту опорожнения кишечника, смягчают каловые массы, увеличивают количество бифидобактерий и лактобацилл в составе кишечной микрофлоры. Введение пребиотических смесей должно начинаться с рождения.

Профилактика повторного скопления каловых масс в прямой кишке предусматривает длительное грудное вскармливание (если речь идет о ребенке 1-го года жизни, находящемся на грудном вскармливании, его сохранение является обязательным условием), рациональный питьевой режим, своевременное введение прикорма, искусственное вскармливание в случаях, когда нет возможности наладить лактацию (предпочтение отдается продуктам функционального питания).

Во время конференции были представлены и другие, не менее интересные доклады, посвященные современным методам диагностики и лечения острых кишечных инфекций, синдрома циклической рвоты, антибиотикоассоциированной диареи, инфекций мочевыводящих путей, острых лейкозов, расстройства с дефицитом внимания и гиперактивностью, воспалительных заболеваний кишечника, гепатолиенального синдрома, полинозов, бронхообструктивного синдрома у детей.

В рамках конференции также прошли мастер-классы и секционное заседание молодых ученых. Завершилось мероприятие подведением итогов работы и принятием резолюции.

Марина Колесник,
фото автора