

# Морфофенотип и адаптация новорожденных в зависимости от степени нарушения кровотока в системе «мать–плацента–плод»

М.И.Джамали, А.А.Яйленко, А.Н.Иванян, Т.В.Грибко

Смоленская государственная медицинская академия

Статья посвящена проблеме развития плода в перинатальном периоде и ранней адаптации новорожденных детей в зависимости от степени нарушения кровотока в системе «мать-плацента-плод». Уточнены факторы риска развития нарушений в этой системе. Выявлена взаимосвязь степени нарушения кровотока с формированием морфофенотипических особенностей новорожденных и состоянием их здоровья.

*Ключевые слова:* нарушение кровотока, фетоплацентарный комплекс, ранняя неонатальная адаптация, морфофенотип, физическое развитие, новорожденные, беременные женщины

## Morphophenotype and adaptation of newborns depending on the stages of circulatory disturbances in «maternal–placental–fetal» system

M.I.Dzhamali, A.A.Yailenko, A.N.Ivanyan, T.V.Gribko

Smolensk State medical academy

This article deals with the problem of fetal development during perinatal period and early adaptation of newborns depending on stages of circulatory disturbance in «maternal-placental-fetal» system. To confirm the risk factors developing the circulatory disturbances. That demonstrates that there is connection between the stages circulatory disturbance and formation of morphophenotype specially in newborns and their health condition.

*Keywords:* circulatory disturbances, fetoplacental complex, early adaptation of newborns, morphophenotype, physical development

**В** последние годы перинатология стала приоритетным направлением как мировой, так и отечественной педиатрии [1]. Завершен переход от стремления снизить перинатальную смертность к главной цели – улучшению здоровья плода и новорожденного ребенка. Однако, несмотря на значительные достижения акушерства и перинатологии по снижению перинатальной смертности, сохраняется тенденция к увеличению заболеваемости новорожденных [2].

Наиболее актуальной представляется такая проблема перинатальной медицины, как фетоплацентарная недостаточность, в силу не только медицинской, но и социальной ее значимости. Число детей, рождающихся с перинатальными повреждениями многих органов, детерминированными функциональными нарушениями в фетоплацентарной системе, по-прежнему остается высоким. Самой частой манифестацией перинатальных расстройств при фетоплацентарной недостаточности являются повреждения ЦНС, как органа, наиболее чувствительного к гипоксии [3–6].

О неповторимой индивидуальности организма каждого человека с большей или меньшей точностью может свидетельствовать ряд морфологических и функциональных признаков. Для характеристики морфологических особенностей организма используется термин морфофенотип или соматотип. Морфофенотип наиболее интегрально обобщает разноплановые свойства организма как в состоянии видимого благополучия, так и в состоянии болезни, и, видимо, представляет собой морфологический компонент конституции. Диапазон различий в сроках окончательного формирования морфофенотипических особенностей организма, по мнению различных авторов, колеблется от периода новорожденности до пубертатного возраста [7–10].

Цель исследования – изучение состояния здоровья и особенностей функционально-приспособительных реакций новорожденного в ранний неонатальный период в зависимости от степени нарушений кровотока в системе «мать-плацента-плод» и морфофенотипических особенностей организма ребенка.

В 2006–2008 гг. было проведено комплексное обследование 164 беременных, которые были разделены на 2 группы. Основную группу составили 120 женщин с фетоплацентарной недостаточностью, которые, в свою очередь, были разделены на три подгруппы в зависимости от степени наруше-

### Для корреспонденции:

Джамали Моиз Исмаил, аспирант кафедры педиатрии ФПК и ППС Смоленской государственной медицинской академии

Адрес: 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28

Телефон: (4812) 61-1301

Статья поступила 24.04.2008 г., принята к печати 18.11.2008 г.

ния кровотока в системе «мать-плацента-плод», по данным ультразвуковой доплерометрии. Первую подгруппу составили 50 беременных с нарушением кровотока в фетоплацентарном комплексе 1А степени, вторую – 48 женщин с нарушением кровотока 1Б степени, третью – 22 беременных с фетоплацентарной недостаточностью 2 степени. Контрольную группу представляли 44 будущие матери с нормальным состоянием фетоплацентарного кровотока во время беременности. Для оценки состояния плода и новорожденного использовались: кардиотокограмма (КТГ) плода, морфогистологическое исследование последа, общеклиническая оценка состояния новорожденного с соматотипированием по методу Дорохова Р.Н. (1976, 1985 г), нейросонография.

После родов под динамическим наблюдением в соответствии с современными стандартами находились 164 пары «мать-дети». Возраст большинства женщин был от 20 до 25 лет. Однако в третьей подгруппе было 4 (18,2%) юных первородящих (менее 18 лет), что в 2,5 раза больше, чем в контрольной группе. Беременные старше тридцати пяти лет чаще встречались в первой – у 4 (8%) и в третьей подгруппах – у 2 (9%) женщин, что превышало показатели контроля почти в 4 раза.

От первой беременности и первых родов родилось всего 94 (57,3%) ребенка, причем первородящие женщины преобладали во всех четырех группах. Самый высокий показатель повторнородящих, но первородящих женщин, отмечен в третьей подгруппе. В этой подгруппе первые роды у повторнородящих наблюдались в 7 раз, во второй – почти в 4, а в первой группе – в 2 раза чаще, чем в группе контроля. Изучение акушерско-гинекологического анамнеза показало, что искусственное прерывание беременности зарегистрировано у 5 (22,7%) беременных третьей, у 8 (16,7%) второй и у 6 (12%) беременных первой подгруппы, в контрольной группе – всего у 3 (6,8%) женщин. В третьей подгруппе у каждой четвертой (18,2%) женщины в анамнезе отмечены выкидыши, у 2 (9%) – не развивающаяся беременность. Гинекологический анамнез был отягощен у каждой второй женщины третьей, у каждой третьей – второй и у каждой четвертой – первой подгруппы.

Все женщины основной группы имели отягощенный соматический анамнез. У 13 (59%) из них третьей подгруппы и у 28 (58%) второй – до наступления данной беременности регистрировались частые простудные заболевания. У 4 (18,2%) женщин третьей подгруппы наблюдались повторные ангины, сочетавшиеся с хроническим тонзиллитом. Часто встречался и синдром нейро-циркуляторной дистонии, который, видимо, участвует в формировании фетоплацентарной недостаточности. В третьей подгруппе этот синдром отмечен у 6 (27,2%) женщин ( $p < 0,05$ ), в то время как при менее выраженных нарушениях фетоплацентарного кровотока он наблюдался реже (14,6% – во второй, 14,0% – в первой подгруппе) и достоверно не отличался от частоты в контроле. Дисфункция эндокринной системы (ожирение и эутиреоидная гиперплазия щитовидной железы) встречалась чаще во второй (у 6 (13%) и третьей подгруппах (у 7 – 31,8%).

Течение исследуемой беременности у 22 (46%) женщин второй и у 10 (45,5%) – третьей подгруппы осложнилось угрозой выкидыша, в то время как в первой и контрольной группах это состояние наблюдалось только у каждой третьей беременной (34 и 27,5%, соответственно). Угроза

преждевременных родов также была самой частой в третьей подгруппе – у 14 (63,6%) беременных, что в 2,3 раза чаще, чем во второй, и почти в 10 раз чаще, чем в первой и в контроле. Гестоз второй половины беременности, который всегда сопровождается фетоплацентарной недостаточностью, встречался более чем у 1/3 беременных третьей (у 8 – 36%) и второй подгрупп (у 17 – 35,4%). Частота гестозов была выше и у женщин первой подгруппы (у 18 – 24%) в сравнении с группой контроля (у 4 – 9,1%). Анемия во время беременности была диагностирована у женщин всех обследованных групп, однако чаще она наблюдалась в третьей и второй подгруппах.

У всех беременных основной группы чаще, чем в контрольной, выявлено маловодие: у 10 (48%) в третьей подгруппе и по 32% (16 и 15 пациенток соответственно) в первой и второй подгруппах, против 13,6% (6 человек) в группе контроля.

Все изложенное выше, особенно в сочетании, может рассматриваться как высокая степень риска развития декомпенсированной фетоплацентарной недостаточности, хронической внутриутробной гипоксии плода, дезадаптации новорожденного в раннем неонатальном периоде.

Фетометрические показатели УЗИ соответствовали гестационному возрасту плода у 42 (95,5%) беременных контрольной группы и у 46 (92%) женщин первой подгруппы, в то время как во второй и третьей подгруппах соответствие составило 66,7 и 68,2% (12 и 15 чел.). Задержка внутриутробного развития плода (ЗВУР) чаще выявлялась в третьей и второй подгруппах – у 7 (33,3%) и 15 (31,8%) беременных, соответственно, в контрольной группе в 7 раз реже. Отставание степени зрелости плаценты от гестационного срока зарегистрировано у 10 (45,5%) беременных с нарушением фетоплацентарного кровотока 2 степени и у 15 (31,1%) – 1Б степени. При нарушении кровотока 1А степени несоответствие зрелости плаценты гестационному сроку отмечено у 8 (16%), а в контрольной группе – у 14 (2,3%) женщин.

Функциональное состояние плода по данным комплексной оценки кардиотокограммы (КТГ) соответствовало норме у 88,6% (39 женщин) контрольной группы. В первой подгруппе этот показатель был равен 84% (42 беременные) и не имел достоверных различий с группой контроля. Во второй подгруппе только у 24 женщин (50,0%) КТГ плода не имела отклонений от нормальных показателей. При второй степени нарушения фетоплацентарного кровотока (3 подгруппа) только в 45,4% (10 беременных) функциональное состояние плода по данным КТГ можно было расценить как удовлетворительное. Снижение адаптационных возможностей плода выявлено у 31 (64,5%) второй и у 16 (72,7%) беременных третьей подгруппы. Так, при оценке нестрессового теста плода отмечено, что ареактивный его тип отсутствовал в группе контроля и в подгруппе беременных с нарушением кровотока в фетоплацентарном комплексе 1А степени. В то же время во второй подгруппе этот тип реакции плода регистрировался в 8,3% случаев (4 чел.), а в третьей – в 9,1% (2 чел.). Монотонный базальный ритм был зарегистрирован в 4,5% (2 чел.) случаев в контрольной группе, в 6% (3 чел.) – в первой, в 16,6% (8 чел.) – во второй и в 36,6% (8 чел.) – в третьей подгруппе. Спонтанные децелерации отмечены у 3 (14,5%) плодов третьей и у 9 (18,2%) плодов второй подгрупп.

У всех женщин после родов проводилось морфогистологическое исследование последа, которое сопоставлялось со степенью нарушения кровотока в фетоплацентарном комплексе. Масса последов женщин контрольной и первой подгруппы составила в среднем  $546,0 \pm 99,0$  г и  $512,0 \pm 91,0$  г, соответственно, и не имела достоверных различий. В то же время последы женщин второй и третьей подгрупп были по массе достоверно меньше и составили в среднем  $479,0 \pm 104,0$  г и  $475,0 \pm 81,0$  г, соответственно. Объем последа был уменьшен и достоверно отличался от такового контрольной группы только у женщин со второй степенью нарушения кровотока в системе «мать—плацента—плод» и составил в среднем  $540,3 \pm 184,0$  см<sup>3</sup> против  $715,0 \pm 234,0$  см<sup>3</sup> в контроле. Хроническая фетоплацентарная недостаточность (ХФПН) диагностирована у 9 (40,9%) женщин третьей и у 18 (37,5%) второй подгруппы и достоверно отличалась от ее частоты у женщин первой подгруппы и контроля. У подавляющего большинства женщин ХФПН была морфологически компенсированной. Все последы матерей с декомпенсированной плацентарной недостаточностью имели морфологические признаки воспалительного процесса.

Осложнения в родах имели место у большинства рожениц, наиболее часто это была первичная слабость родовой деятельности. Однако в первой и третьей подгруппах она встречалась достоверно чаще и составила соответственно 38 и 27,3%. Дiskoординированная родовая деятельность выявлена у женщин первой и третьей подгрупп – в 10 и в 4,6% случаев (5 и 1 роженица); во второй подгруппе она наблюдалась всего у 1 женщины (2,1%), а в контроле вообще не встречалась.

Послеродовой период протекал без осложнений у 43 (88,6%) родильниц контрольной группы. Осложнения наблюдались у 7 (14%) женщин первой подгруппы и у 10 (20%) второй подгруппы и были примерно одинаковыми (эндометрит, гематометра, остатки плацентарной ткани). У женщин со 2-й степенью нарушения фетоплацентарного кровотока (3 подгруппа) осложнения послеродового периода встречались – в 72,7% (у 16) случаев, как правило, это был эндометрит – у 8 (36,4%) родильниц.

Неблагоприятные данные анамнеза, осложненное течение беременности на фоне недостаточности фетоплацентарного кровотока не могли не сказаться на раннем неонатальном периоде младенцев.

Оценка по шкале Апгар на первой минуте жизни (самый ранний показатель состояния новорожденных) у младенцев контрольной группы составила  $7,8 \pm 0,69$  балла, и не имела существенных различий с таковой новорожденных первой и второй подгрупп ( $7,68 \pm 0,91$  и  $7,94 \pm 0,32$  балла, соответственно). Новорожденные третьей подгруппы на первой минуте получили в среднем  $7,11 \pm 0,28$  балла, что значительно ниже оценки в предыдущих подгруппах, причем она не имела отчетливой тенденции к увеличению на пятой минуте жизни.

Средняя масса новорожденных контрольной группы соответствовала  $3682,3 \pm 567,3$  г и практически не отличалась от таковой в первой подгруппе ( $3594,2 \pm 477,9$  г). Во второй и третьей подгруппах средняя масса тела новорожденных была ниже ( $3324,4 \pm 426,5$  г и  $3277 \pm 429,4$  г, соответственно), и значительное количество младенцев родилось с массой тела 3000 г и менее (17, 34%, соответственно).

Длина тела большинства новорожденных был в пределах 52–54 см, и только в третьей подгруппе она была ниже ( $51,0 \pm 1,6$  см). Отставание младенцев третьей подгруппы не только в массе, но и в длине тела указывало на длительное внутриутробное страдание плодов.

ЗВУР имела место у детей всех обследованных групп. Однако, в контрольной группе был всего 1 (2,3%) с диагнозом ЗВУР легкой степени (гипотрофический вариант), в первой подгруппе также 1 (2%), во второй – 9 (18,7%) младенцев. У большинства детей обеих подгрупп диагностирован легкий вариант ЗВУР, однако во второй подгруппе было 4 (8,3%) детей со средне-тяжелым и 1 (2,1%) младенец с диспластическим вариантом задержки развития. В третьей подгруппе половина (11) младенцев страдала задержкой внутриутробного развития, причем 4 (18,2%) из них в гипопластическом и 3 (13,6%) – в диспластическом варианте.

Дети матерей всех основных подгрупп отличались от контроля не только по параметрам физического развития, но и по степени зрелости. Клинические проявления морфологической незрелости имели 14,2% (17) детей основной и 6,8% (3) – детей контрольной группы. Соответственно нарастающую степень нарушения кровотока в фетоплацентарной системе, увеличивалось и количество морфологически незрелых новорожденных. Так, в первой и второй подгруппах таких детей было 12% (6) и 10,4% (5), соответственно, а в третьей – 27% (6).

Биологическую зрелость оценивали по индексу зрелости, вычисляемому по специальной формуле с учетом дополнительных соматометрических показателей (длина верхних и нижних конечностей и туловища, обхватные размеры плеча и таза). Индекс зрелости новорожденных также был тесно связан со степенью нарушения кровотока в системе «мать—плацента—плод» (рис. 1). Так, в контроле и при нарушении кровотока 1А степени индекс зрелости практически не имел различий (0,058 и 0,057, соответственно), в то время как в подгруппе с нарушением кровотока 1Б и 2 степени он был значительно ниже ( $0,053 \pm 0,008$  и  $0,052 \pm 0,007$ , соответственно).

Анализируя морфофенотип новорожденных (рис. 2) мы установили его тесную взаимосвязь со степенью нарушения кровотока в системе «мать—плацента—плод». Так, в третьей подгруппе младенцев микросоматотип был диагно-

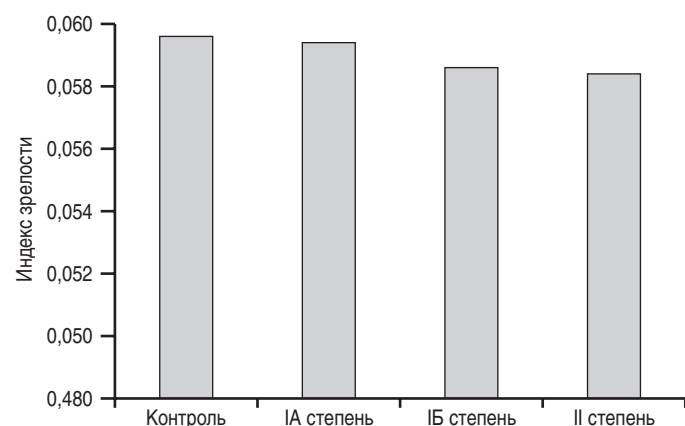


Рис. 1. Индекс зрелости новорожденных в зависимости от степени нарушения кровотока.

стирован в 63,6% (14) случаев, против 15,9% (7) – в контроле. По мере нарастания степени нарушения кровотока в фетоплацентарной системе уменьшалось количество детей с макросоматотипом, и увеличивалось их число с микросоматотипом.

Особое внимание при обследовании детей уделялось порокам развития и малым анатомическим аномалиям. Врожденных пороков развития у новорожденных как основных, так и контрольной групп обнаружено не было. Однако, малые анатомические аномалии были выявлены во всех обследованных группах, но с разной частотой. Так, у новорожденных III подгруппы они установлены у 10 (45,5%) детей, по сравнению с 8 (16,6%) во второй, 10 (18%) – в первой и 7 (15,9%) младенцев в контроле. Первое место занимали аномалии костно-мышечной системы, а именно – варусная и вальгусная деформация стоп, встречавшиеся у каждого третьего ребенка в третьей подгруппе, у каждого пятого во второй, в то время как в первой и в контроле она регистрировалась в 2–3 раза реже. Дисплазия костей черепа была представлена размягчением теменных костей, открытыми черепными швами в среднем у 6,7% детей основных групп и не встречалась в контроле. Кроме того, определялось и закономерное увеличение числа детей с дисплазией костей черепа по мере нарастания тяжести нарушения кровотока. Так, эта дисплазия чаще отмечена в третьей подгруппе, где она составила 13,6% (3), во второй таких новорожденных было 8,3% (4) и в первой – 2% (1).

Малые анатомические аномалии челюстно-лицевой области (прогнатизм, высокое готическое небо, короткая уздечка языка) также чаще встречались у новорожденных при нарушении маточно-плацентарного кровотока, особенно в третьей подгруппе, где они выявлялись у каждого третьего ребенка (27,2%).

Основное внимание у исследованных новорожденных в период ранней неонатальной адаптации привлекало поражение ЦНС. Диагноз хронической внутриутробной гипоксии был установлен у 22 (45,8%) новорожденных второй и у 18 (81,8%) детей третьей подгруппы; в первой подгруппе внутриутробная гипоксия диагностирована в 2 раза реже, а в контроле – только у 6 (13,6%) младенцев. У большинства

детей, перенесших хроническую гипоксию, в периоде ранней адаптации отмечалась неврологическая симптоматика. Гипоксическое поражение ЦНС наблюдалось почти у каждого второго ребенка третьей подгруппы (40,9%) и у каждого пятого во второй (18,8%). В первой подгруппе этот диагноз был установлен у 6 (12%) новорожденных, а в группе контроля – только у 1 (3,1%) младенца. У половины детей третьей подгруппы преобладал синдром угнетения ЦНС, который у каждого второго из них сменился в дальнейшем синдромом внутречерепной гипертензии, подтвержденной не только клинически, но и данными нейросонографии. Вторым по частоте встречаемости неврологическим синдромом в этой подгруппе была повышенная нервно-рефлекторная возбудимость, которая регистрировалась у каждого третьего ребенка (36,3%). Кроме того, у 3 (13,6%) новорожденных этой подгруппы выявлен гипертензионно-гидроцефальный синдром, а еще у 2 (9,1%) – синдром вегето-висцеральных дисфункций. Во второй подгруппе синдром повышенной возбудимости регистрировался у 25% (12) детей, синдром угнетения ЦНС – у каждого шестого (16,7%), гипертензионно-гидроцефальный – в 6,2% (3), вегето-висцеральных расстройств – в 1 (2,1%) случае.

Кроме того, у детей, рожденных от матерей с нарушенным кровотоком во всех звеньях фетоплацентарной системы (3-я подгруппа), в 9,1% (2) случаев имели место внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК), несмотря на самое частое оперативное родоразрешение. В контрольной группе ВЖК вообще не были обнаружены, а в первой и второй подгруппах встречались в 2 раза реже.

Таким образом, фактором высокого риска нарушения кровотока в системе «мать-плацента-плод» следует считать прежде всего отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (аборты, самопроизвольные выкидыши, воспалительные заболевания мочеполовой системы), а также здоровье матери (частые острые респираторные инфекции, ангины, нейроциркуляторная дистония, эндокринная дисфункция).

Гестационные изменения последа (уменьшение площади, отставание фетометрических показателей от гестационного возраста, маловодие), а также морфологические признаки воспалительного процесса (мембранит, хорионит, хориоамнионит) позволяют оценить степень нарушения кровотока в фетоплацентарной системе, определяющую формирование морфофенотипа новорожденного и его адаптационные возможности.

Профилактику возможных нарушений фетоплацентарного кровотока необходимо начинать задолго до зачатия и продолжать на протяжении всей беременности с учетом имеющихся у женщины факторов риска и результатов динамического наблюдения, доплерографического и ультразвукового исследования, доступного для практических врачей метода.

## Литература

1. Ангаева Е.Н. Возможности улучшения состояния плода и новорожденного при ранней диагностике плацентарной недостаточности. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Воронеж, 1997; 21.
2. Баркова С.Н., Медведев М.В. Допплеровское исследование гемодинамики в венах плода. Ультразвуковая диагностика 1998; 1: 24–34.

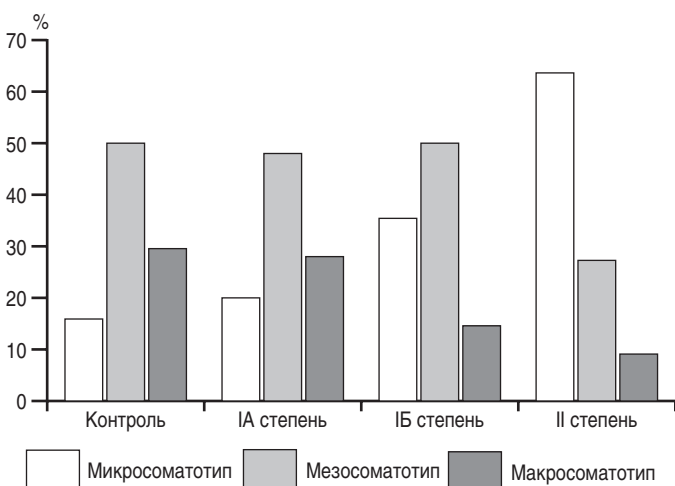


Рис. 2. Морфофенотипы новорожденных в зависимости от степени нарушения кровотока.



3. Агеева М.И. Допплерометрические исследования в акушерской практике. М.: Издательский дом Видар, 2000; 294.
4. Афанасьева Н.Ф., Стрижаков А.Н. Исходы беременности и родов при фетоплацентарной недостаточности различной степени тяжести. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2004; 2(3): 1–13.
5. Барашнев Ю.И. Перинатальная неврология. М.: Триада-Х, 2001; 325.
6. Володин Н.Н., Медведев М.И., Рогаткин С.О. Перинатальная энцефалопатия и ее последствия – дискуссионные вопросы семиотики, ранней диагностики и терапии. Российский педиатрический журнал 2001; 1: 4–8.
7. Дорохов Р.Н. Алгоритм оценки соматического типа детей и подростков. Смоленск, 1976; 36.
8. Дорохов Р.Н. Соматические типы и варианты развития детей и подростков. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 1985; 30.
9. Зернова Н.И., Асмоловская Л.В., Яйленко А.А., Сушкова В.И., Нефедова Н.К. Соматометрическая оценка физического развития новорожденных детей. Тезисы научн. докладов: «Актуальные вопросы педиатрии и детской хирургии». Смоленск, 1991; 17–8.
10. Яйленко А.А., Зернова Н.И., Старовойтова Н.В. Морфофенотип в оценке уровня здоровья детей. Материалы научно-практической конференции: «Актуальные проблемы клинической медицины». Смоленск, 2004; 230–9.

**Информация об авторах:**

Яйленко Анна Андриановна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой педиатрии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов Смоленской государственной медицинской академии, Заслуженный врач РФ. Адрес: 214019, Смоленск, проезд им. Маршала Конева, 30«в». Телефон: (4812) 55-5494.

Иванян Александр Николаевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов Смоленской государственной медицинской академии. Адрес: 214000, Смоленск, ул. Фрунзе, 40. Телефон: (4812) 61-9549.

Грибко Татьяна Викторовна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов Смоленской государственной медицинской академии. Адрес: 214000, Смоленск, ул. Фрунзе, 40. Телефон: (4812) 61-9549.

**НАУЧНАЯ ЖИЗНЬ**

**Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации  
Российский государственный медицинский университет  
Московский НИИ педиатрии и детской хирургии  
Российская детская клиническая больница**

**XVI Конгресс детских гастроэнтерологов России  
«Актуальные вопросы абдоминальной патологии у детей»**

Москва, 17–19 марта 2009 г.

В марте 2009 года в Москве состоится очередной Конгресс, посвященный актуальным проблемам гастроэнтерологии детского возраста. Оргкомитет приглашает всех желающих принять участие в его работе. На Конгрессе будут обсуждаться научные и практические вопросы, связанные с изучением этиологии и патогенеза, разработкой методов диагностики, консервативного и оперативного лечения заболеваний пищевода, желудка, кишечника, поджелудочной железы и печени у детей. Участие в Конгрессе и публикация тезисов бесплатные!

**Конгресс будет посвящен памяти основателя отечественной детской гастроэнтерологии профессору члену-корреспонденту РАМН Андрею Владимировичу Мазурину (1923–2001).**

В рамках Конгресса будет проходить цикл лекций, посвященный актуальным проблемам современной педиатрии – «**Таболинские чтения**».

**Участие в Конгрессе бесплатное!**

**Место проведение Конгресса:** Москва, Центральный Дом Предпринимателя (бывший кинотеатр «Новороссийск»), ул. Покровка дом 47/24. Ближайшие станции метро: «Красные ворота» и «Курская».

Тезисы для публикации в сборнике принимаются по ВСЕМ темам детской гастроэнтерологии до 15 ЯНВАРЯ 2009 г. ТОЛЬКО в электронном виде в формате Word for Windows или rtf через два интервала объемом до 2 стр машинописного текста каждый (размер шрифта – 12 пунктов) по E-mail: rdcб2000@gmail.com обязательно (!) вложенным документом.

Формат заголовка:

Название

И.О.Фамилия, ...

Учреждение, Город

**Текущая информация о Конгрессе представлена на сайте [www.gastroportal.ru](http://www.gastroportal.ru)**

**Все вопросы** по поводу участия можно согласовать по телефону (495) 936-9474 и E-mail: rdcб2000@gmail.com

**Оргкомитет Конгресса**