



Союз
педиатров
России

История
Научного центра здоровья детей РАМН

В.Ю. Альбицкий, А.А. Баранов,
С.А. Шер, И.Е. Смирнов

**ИНСТИТУТ ПЕДИАТРИИ
(1940–1998)**

Выпуск VI



Москва
Издательство «Педиатръ»
2013

История Научного центра здоровья детей РАМН

Александр Баранов
Институт педиатрии

«ПедиатрЪ»

2013

УДК 37.018.324(470-25)(091)
ББК 74.24г(2-2Москва)+74.200.6г(2-2Москва)

Баранов А. А.

Институт педиатрии / А. А. Баранов — «ПедиатрЪ»,
2013 — (История Научного центра здоровья детей РАМН)

ISBN 978-5-906332-08-0

Монография посвящена становлению и развитию Института педиатрии в период с 1940 г., когда он был преобразован из Центрального института охраны материнства и младенчества, по 1998 г., когда вошел в состав вновь созданного Научного центра здоровья детей РАМН. В книге освещены причины создания Института, отражены структурные и штатные изменения в процессе его функционирования, показаны организация и формирование первых в стране педиатрических специализированных клинических и лабораторно-диагностических подразделений, отечественных научных школ, роль ученых в создании головного многопрофильного научно-исследовательского учреждения педиатрического профиля. Представленные данные основаны на результатах изучения архивных документов Министерства здравоохранения и Академии медицинских наук, монографий, актовых речей ученых Института, статей из медицинских журналов и научных сборников. Книга предназначена для врачей, а также широкого круга читателей, интересующихся историей отечественной педиатрии.

УДК 37.018.324(470-25)(091)
ББК 74.24г(2-2Москва)+74.200.6г(2-2Москва)

ISBN 978-5-906332-08-0

© Баранов А. А., 2013

© ПедиатрЪ, 2013

Содержание

Список сокращений	7
Введение	8
Глава 1	10
1.1. Структура и штат Института	11
1.2. Научно-практическая деятельность Института	14
Глава 2	19
2.1. Структура и штат Института	19
2.2. Научно-практическая деятельность Института	21
Глава 3	25
3.1. Структура и штат Института	26
3.2. Научные школы Института педиатрии	35
3.2.1. Школа детских кардиологов	35
Конец ознакомительного фрагмента.	37

**В. Ю. Альбицкий,
А. А. Баранов, С. А. Шер
Институт педиатрии**

© Союз педиатров России, 2013

© Научный центр здоровья детей РАМН

© Издательство «ПедиатрЪ», 2013

* * *

Список сокращений

- АГ** – артериальная гипертензия
АМН СССР – Академия медицинских наук Союза Советских Социалистических Республик
АТФ – аденозинтрифосфат
БА – бронхиальная астма
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
ВПР – врожденные пороки развития
ГАРФ – Государственный архив Российской Федерации
ГБ – гипертоническая болезнь
ГН – гломерулонефрит
ГНИОММ – Государственный научный институт охраны материнства и младенчества
ДОМ – Дом охраны младенца
ДЦП – детский церебральный паралич
ЖКТ – желудочно-кишечный тракт
ИВЛ – искусственная вентиляция легких
КДЦ – консультативно-диагностический центр
НЦЗД РАМН – Научный центр здоровья детей Российской академии медицинских наук
ОММ – охрана материнства и младенчества
РААС – ренин-ангиотензин-альдостероновая система
УЗИ – ультразвуковое исследование
ХПН – хроническая почечная недостаточность
ЦНИИОММ – Центральный научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества
ЦНС – центральная нервная система
ЭКГ – электрокардиография
HBV – вирус гепатита В
Ig – иммуноглобулин
IL – интерлейкин
INF – интерферон
Th – Т хелперы
TGF – трансформирующий фактор роста
TNF – фактор некроза опухоли

Введение

Одним из важнейших этапов в развитии отечественной педиатрии и 250-летней истории Научного центра здоровья детей РАМН является деятельность Института педиатрии. Он стал наследником Центрального научно-исследовательского института охраны материнства и младенчества (ЦНИИОММ), преобразованного в Центральный научно-исследовательский педиатрический институт Минздрава СССР, передав охрану здоровья матери в Институт акушерства и гинекологии.

Каковы были причины преобразования Института охраны материнства и младенчества в Институт педиатрии? Дело в том, что цели и задачи, поставленные после гражданской войны перед институтом ОММ, в основном были достигнуты и решены: прежде всего, была создана весьма эффективная государственная система охраны здоровья матери и младенца. Ее успешное функционирование обеспечивалось следующими достижениями.

Во-первых, была обоснована и воплощена в жизнь организационная структура системы – сеть женских и детских консультаций, молочных кухонь, яслей, домов матери и ребенка. Во-вторых, проведен комплекс научно-исследовательских работ по изучению особенностей морфофункционального и нервно-психического состояния и развития организма здорового и больного ребенка раннего возраста. В-третьих, организована система подготовки педиатрических кадров, в том числе и по проблемам физиологии и патологии детей раннего возраста.

Вместе с тем становилось все более очевидным, что за интенсивной работой в области раннего детства как бы забывались проблемы здоровья детей более старших возрастов. Условное подразделение на микро- и макropедиатров явно нарушало генетически обусловленную связь между ранним и дошкольным, а затем и школьным периодом развития ребенка. Возникло понимание того, что необходимо объединить детские консультации с пунктами охраны здоровья детей и подростков в детские поликлиники. Об этом, например, говорится в автобиографии Ф. И. Зборовской, личное дело которой хранится в отделе социальной педиатрии НЦЗД РАМН. Она пишет, что в отделе гигиены и организации детских учреждений института ОММ начал проводиться организационный эксперимент по такому объединению, но начавшаяся Великая Отечественная война сорвала его завершение. О том же свидетельствуют данные из доклада Т. Е. Гронковской [1].

С другой стороны, как констатировал М. Я. Студеникин, «целесообразно было начинать изучение вопросов физиологии и патологии дошкольного и школьного возраста, которые серьезно почти не разрабатывались»¹.

Итак, резюмируя вышеизложенное, можно сделать следующий вывод: ЦНИИОММ решил задачи научного обоснования новой государственной системы ОММ; снижения детской смертности и подготовки квалифицированных кадров в области охраны здоровья матери и ребенка. Перед Институтом же педиатрии встали другие задачи: обоснование теоретических основ этиологии, патогенеза и клинической диагностики различных заболеваний, оказания специализированной терапевтической помощи и разработка профилактических мероприятий с учетом новых научных достижений.

В годы Великой Отечественной войны сотрудники Института педиатрии вели напряженную работу и в Москве, и в эвакуации, по возвращении из которой в 1943 г. возобновили прерванные исследования².

¹ Студеникин М. Я. 50 лет Институту педиатрии АМН СССР. Актуальные вопросы педиатрии. Сборник научных работ, посвященный 50-летию института. Москва: Медицина. 1973. С. 3–14.

² Деятельность Института педиатрии в годы Великой Отечественной войны подробно представлена нами в монографии

В целях дальнейшего развития отечественной медицинской науки 30 июня 1944 г. Совнарком СССР принял Постановление об учреждении при Наркомздраве СССР Академии медицинских наук (АМН) СССР. В феврале 1945 г. Институт педиатрии вошел в число учреждений отделения клинической медицины АМН СССР.

Периодизация истории Института педиатрии АМН СССР в рамках современной отечественной педиатрии позволяет выделить три периода, исходя из истории страны и развития отечественной педиатрии.

1. 1946–1950 гг. Послевоенный период.

В первые годы после Великой Отечественной войны, когда страна понесла огромные людские потери, включая детское население, перед работниками педиатрического сектора здравоохранения встали задачи по сохранению жизни и здоровья детей.

2. 1951–1960 гг.

В стране в основном закончено восстановление разрушенных войной различных звеньев народного хозяйства, включая здравоохранение. В 1951 г. происходит смена руководства Института – с поста директора уходит Г. Н. Сперанский. Фактически завершается эпоха великого русского педиатра. Приходит другое поколение директоров в лице М. Н. Казанцевой, а затем О. Д. Соколовой-Пономарёвой. В этот период организуется специализированная клиника для детей старшего возраста, где начинается глубокое изучение ревматизма, патологии сердечно-сосудистой системы, болезней крови, пищеварительного тракта. За непростительное время эта клиника становится одной из ведущих в стране как по размаху проводимых в ней исследований, так и по подготовке научных кадров.

3. 1961–1998 гг.

Этот период знаменуется началом деятельности нового руководства в лице М. Я. Студеникина и характеризуется интенсивным продолжением создания специализированных лабораторно-диагностических и терапевтических подразделений. НИИ педиатрии АМН СССР становится головным педиатрическим учреждением в СССР, в нем получают значимое развитие международные связи. Этот период можно охарактеризовать как эпоху академика М. Я. Студеникина.

Глава 1

Институт педиатрии в послевоенное время (1946–1950 гг.)

В первые послевоенные годы важнейшими задачами, стоявшими перед органами детского здравоохранения, являлись:

- организация медико-санитарного обслуживания как эвакуированного, так и всего детского населения;
- сохранение эпидемического благополучия, т. е. пресечение распространения инфекционных заболеваний – неизбежного спутника массовой эвакуации;
- восстановление детских лечебно-профилактических учреждений;
- усиление аппарата на местах и руководство периферией.

Ситуация осложнялась значительным снижением количества педиатров: из 16,7 тысяч врачей, насчитывавшихся до войны, 6 тысяч ушли на фронт или в военные госпитали [2].

Основная проблематика, по которой в Институте педиатрии велась научная работа в первые послевоенные годы, включала в себя такие темы, как острые детские инфекции; расстройства желудочно-кишечного тракта, в том числе дизентерия, и борьба с ними; дистрофия у детей; вопросы питания и роль витаминов; физическое развитие детей; участвовавшие в военные годы рахит, туберкулез, тяжелые формы пневмонии, нервные болезни и психопатические состояния; мероприятия по снижению детской заболеваемости и смертности [2].

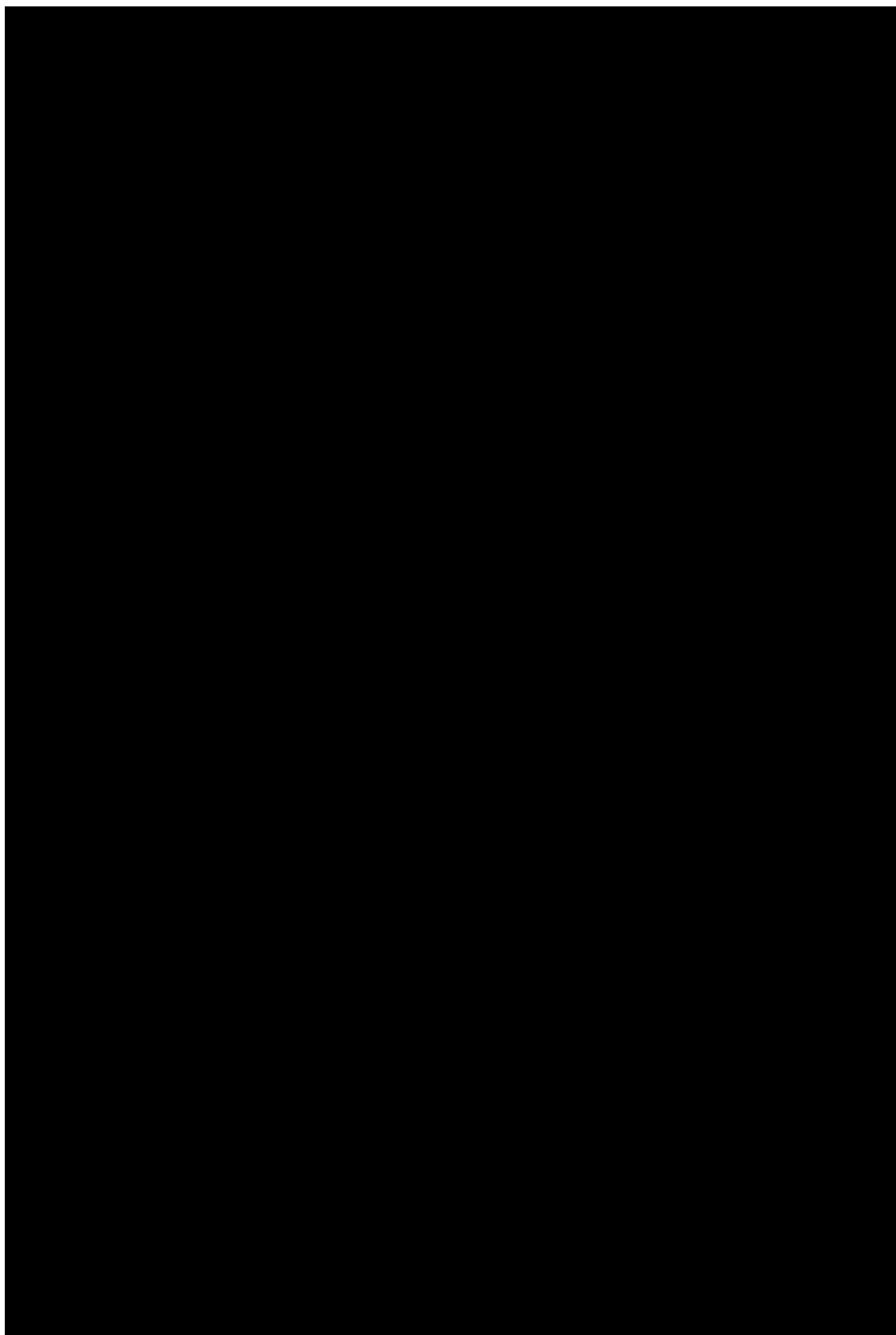
В послевоенные годы Институт развивается как научно-исследовательское клиническое педиатрическое учреждение.

Институт педиатрии в первые послевоенные годы (1945–1948 гг.) возглавляла Ф. И. Зборовская, которую сменил на этом посту академик Г. Н. Сперанский (1948–1951 гг.).

1.1. Структура и штат Института

В феврале 1946 г., согласно принятому Приказу № 27, Президиум АМН СССР объявляет структуру и штатное расписание Института, утверждает его руководство: директор – Ф. И. Зборовская, заместитель директора по научной части – Г. Н. Сперанский, Ученый секретарь – старший научный сотрудник М. Я. Турецкий, главный врач – М. А. Виннер.

Весь Институт был разделен на несколько секторов, представленных на рис. 1.



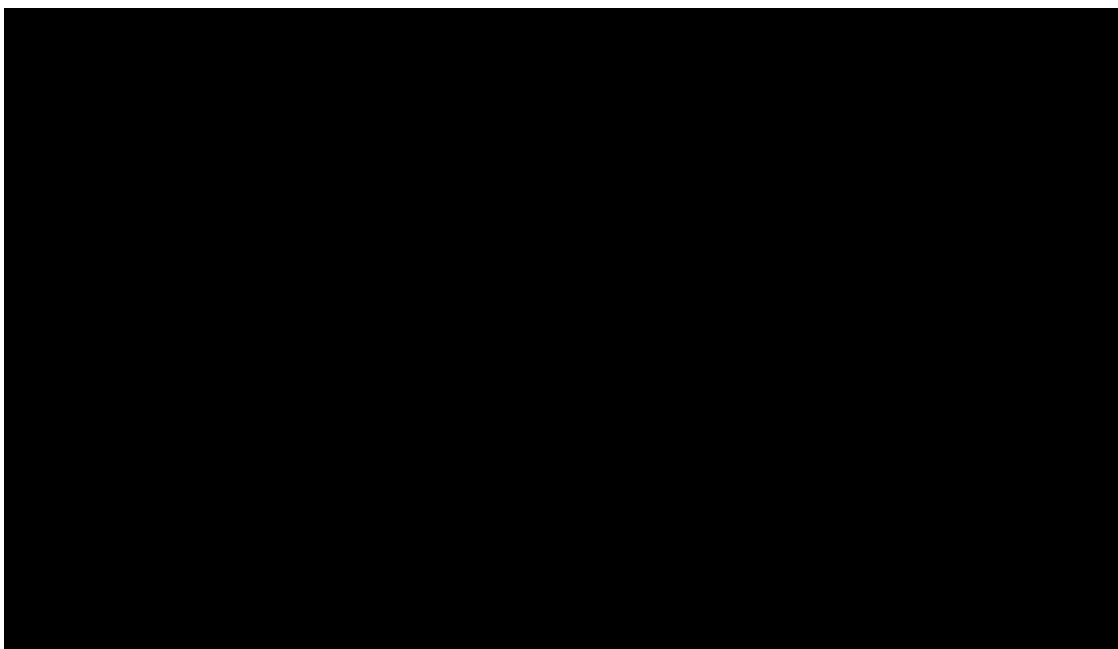


Рис. 1. Структура Института педиатрии АМН СССР (1946)

В Институте работали также научно-вспомогательные подразделения: аптека, молочная кухня, цех питания, виварий, научная библиотека.

17 ноября 1947 г. Указом Президиума Верховного Совета СССР за выдающиеся заслуги в области научно-исследовательской и организационно-методической работы по охране здоровья детей в связи с 25-летним юбилеем Институт педиатрии АМН СССР награждается орденом Трудового Красного Знамени.

1.2. Научно-практическая деятельность Института

В первый послевоенный 1946 г. Бюро отделения клинической медицины АМН СССР утвердило план научно-исследовательской работы Института педиатрии по следующим проблемам:

- физиологическая характеристика органов и систем в различные возрастные периоды;
- физиологические основы питания и расстройства пищеварения у детей;
- развитие нервно-психической деятельности и воспитание детей раннего возраста;
- возрастные особенности течения острых (корь, коклюш и другие) и хронических инфекционных заболеваний (туберкулез, сифилис, ревматизм) у детей;
- санитарное состояние детского населения в послевоенные годы;
- заболеваемость и смертность детей раннего возраста и организация детских учреждений [3].

Реализации плана способствовало значительное улучшение оснащения клиник и лабораторий Института, их расширение и проведение актуальных научных исследований.

Тяжелые условия военного времени, а также первые послевоенные годы, изменившие в значительной степени реактивность организма ребенка, способствовали более тяжелому течению различных заболеваний, особенно пневмонии, развитию осложнений в виде абсцедирования и гнойных плевритов и, как следствие, повышению летальных исходов.

В 1945 и 1946 гг. *терапевтическая клиника* имени профессора Г. Н. Сперанского Института педиатрии совместно с сотрудниками Центрального института эпидемиологии и микробиологии проводила бактериологические исследования, которые выявили, что наряду с более тяжелым и атипичным течением пневмонии у детей до 1 года наблюдалось учащение случаев затяжных и рецидивирующих форм пневмоний, резистентных к сульфаниламидам. Исключительно тяжелое течение воспаления легких отмечалось у новорожденных младенцев в 1945–1946 гг., в связи с чем ученые внесли коррективы в лечение. Было предложено увеличение дозировки сульфопрепаратов, при этом в случае отсутствия эффекта в течение трех дней подключать пенициллин, проведение терапевтических мероприятий по повышению сопротивляемости организма ребенка (уход, рациональное питание, поливитамины, биогенные стимуляторы) [4].

В терапевтическом отделении сектора общих детских болезней проводились исследования по токсико-септическим заболеваниям у новорожденных и грудных детей, частота встречаемости которых увеличилась за годы войны. Своевременная постановка диагноза и активная комбинированная терапия с применением антибактериальных лекарственных средств привели к резкому снижению смертности от сепсиса среди новорожденных и детей раннего возраста [5].

В терапевтическом отделении занимались также изучением ранней диагностики и терапии заболеваний желудочно-кишечного тракта и холецистита у детей старшего возраста. Для дифференциальной диагностики «синдрома боли в животе» и выявления различных нозологических единиц в отделении проводили рентгенодиагностику, исследование желудочного содержимого, дуоденальное зондирование, копрологический анализ для подтверждения глистной инвазии. Интересными были данные терапевтической клиники, согласно которым «язвенная болезнь оказалась столь же частой, как и гастриты, что противоречило общепринятому мнению о том, что гастрит в детском возрасте явление частое, тогда как заболевание язвой встречается редко». Сотрудники отделения направляли внимание своих коллег на значительную трудность при постановке диагноза на ранних стадиях туберкулеза кишечника, мезентериальных узлов и туберкулезного перитонита, также

нередко сопровождавшихся «синдромом боли в животе» и различными диспепсическими расстройствами [6].

В *отделении нервных болезней* проводились экспериментальные и клинические исследования заболеваний периферической нервной системы.

Психиатрическая клиника, «изучая в годы войны нервно-психические заболевания детей, связанные с психической травмой и травмой черепа, установила, что эти психопатологические состояния актуальны и в послевоенные годы» [3].

В *туберкулезном отделении* проводили исследования по тубинфицированности и заболеваемости туберкулезом детей в городе и сельской местности, где процент зараженности детей, особенно раннего возраста, оказался ниже и реже, чем у горожан; встречались активные и внелегочные формы туберкулеза.

Клиника кожно-венерических болезней разработала методику лечения больных сифилисом детей отечественным препаратом Соварсен. У грудных детей с врожденным сифилисом впервые в СССР в отделении использовали пенициллин как для лечения специфических проявлений, так и вторичных заболеваний (отиты, пневмонии).

Сектор острых детских инфекций в послевоенные годы проводил большую работу по изучению новых подходов к вопросам патогенеза коклюша, его рациональной терапии и профилактике осложнений совместно с лабораторией возрастной физиологии, лабораторией по изучению мозга, Институтом микробиологии и кафедрой детских болезней 3-го Московского медицинского института.

В сотрудничестве с коревой лабораторией Института эпидемиологии и микробиологии АМН СССР, возглавляемой действительным членом АМН профессором П. Г. Сергеевым, сотрудниками сектора проводились исследования на наличие вируса кори в организме ребенка при коревом процессе; при введении вакцины кори; у контактировавших с коревыми больными, но не заболевших; у вакцинированных детей, но подвергшихся заражению, а также изучалась динамика антител в разные фазы коревого процесса. В отделениях сектора проводили апробацию ряда новых препаратов: Эритрин, Перацетин, Диафтерм.

В 1946 г. сотрудники *сектора физиологии ребенка* продолжили начатое в 1943 г. исследование у детей раннего возраста состояния гипотрофии, актуального не только в военные, но и в первые послевоенные годы. Первоначальный опыт сводился только к частичной замене молочных смесей, но в дальнейшем была поставлена задача почти полной замены коровьего молока соевым и дрожжевым. Дети получали в сутки 40–50 % соевого и дрожжевого белка, 15–20 % животного белка, включая белок коровьего молока, и 35–40 % растительного белка другого происхождения. Почти полная замена коровьего молока соевым продолжалась в течение 10 месяцев, а дрожжевым – до 1,5 лет. Дополнительно дети получали витамин С и рыбий жир. В результате у детей-гипотрофиков, особенно находившихся на дрожжевом питании, отмечались хорошие прибавки в весе и росте, улучшались тургор и цвет кожных покровов, статические и моторные функции, нормализовывались уровень гемоглобина и число эритроцитов, а также фосфорно-кальциевый обмен [7]. Изучение данной темы позволило ученым Института выявить, что соевые бобы и пекарские дрожжи «оправдали себя в диететике ребенка раннего возраста не только для частичной замены, но и в условиях почти полной и длительной замены ими коровьего молока»³.

Заведующий лабораторией обмена веществ и питания ребенка А. А. Титаев изучал солодовый сахар как источник углеводов в диететике детей раннего возраста при расстройствах питания и пищеварения. Ученый разработал технологически простой метод его получения из крахмала картофеля при одновременном использовании всей питательной цен-

³ ГАРФ. Фонд 8009, опись 21, дело 95, лист 8. Отчет о деятельности Управления лечебно-профилактической помощи за период Великой Отечественной войны. 1945.

ности продукта. Он представил также результаты исследования желудей, которые после предварительной сушки и специальной технической обработки по удалению горечи и вредных веществ могли бы использоваться в виде желудевой муки и крупы как хороший источник углеводов в условиях дефицита продуктов.

Кроме того, А. А. Титаев предложил использовать не обычную кулинарную обработку, дававшую много балластных веществ, а особую технологию приготовления листовых овощей – шпината, щавеля, салата, богатых растительным белком, витаминами и минералами, являющихся дополнительным и корригирующим видом питания для детей раннего возраста [8].

В лаборатории обмена веществ и питания ребенка исследовали гиповитаминоз В₁, характерный для гипотрофии, и роль витамина В₁ в окислительно-восстановительных процессах [9].

В отделении недоношенных сектора физиологии ребенка в 1943–1946 гг. проводились исследования двух форм воспаления легких: пневмонии как осложнения гриппа и при токсико-септических состояниях. С 1945 г. отмечалось значительное снижение летальности от гриппозной формы пневмонии в результате комбинированного лечения с использованием сульфаниламидов и пенициллина при почти 100 % летальности от токсико-септической пневмонии при тех же методах терапии. Был сделан вывод, что для снижения летальности необходима борьба с токсико-инфекционными заболеваниями у недоношенных детей с соблюдением комплекса профилактических мер [10].

Заведующий лабораторией возрастной физиологии профессор И. А. Аршавский изучал механизм возникновения первичного и вторичного ателектаза легких у новорожденных и эмфизему легких как частый симптом при различных видах интоксикации (кишечная, септическая) у детей раннего возраста.

Заведующий *сектором развития и воспитания ребенка раннего и младшего возраста* профессор Н. М. Щелованов с сотрудниками, изучая актуальную для военного и послевоенного времени проблему дефицита питания, показал, что развитие гипотрофии у детей раннего возраста приводит не только к большой задержке физического развития организма ребенка, но и существенным нервно-психическим отклонениям.

В послевоенные годы сотрудники сектора развития и воспитания ребенка продолжали исследование развития высшей нервной деятельности и поведения детей с момента их рождения, а также вопросов их воспитания в яслях и домах ребенка.

Изучение онтогенетического развития ребенка в клиниках Москвы и Ленинграда показало, что первые три года жизни являются периодом быстрого роста организма и развития всех функций, в том числе сложных психических (в частности движений, речи); сложные нервные процессы, определяющие нервно-психическое развитие ребенка, начинают организовываться очень рано – с первых месяцев жизни; развитие ребенка не есть самораскрытие врожденных качеств, имеющихся при рождении, и происходит не только путем одного лишь органического созревания соответствующих центров нервной системы, а является результатом взаимодействия с окружающей средой. Анализ условий воспитания ребенка в семье и яслях приводит к выводу, что они отличаются, имеют свои специфические особенности [11].

Разработанную систему воспитания детей на первом году жизни с эффективностью применили на детях более старшего возраста, а также внедрили в практику детских учреждений систему воспитания детей-дистрофиков, часто встречавшихся в первые послевоенные годы.

В *лаборатории по изучению развития мозга* ее заведующий профессор Б. Н. Клосовский, исследуя этапы прогрессивного развития полушарий головного мозга в филогенезе, открыл не известную ранее проводящую систему из заднего двухолмия к красному ядру среднего мозга, а также выявил «критические сроки аноксемии для эмбрионов и происходя-

щие при этом изменения в мозгу, которые задерживают развитие мозга и мешают ему оформиться до возможных высших пределов» [3].

Проведенный в лаборатории *«experimentum crucis»* с удалением у щенков всех сосудистых сплетений мозга показал, что отсутствие ликвора, выделяемого сосудистыми сплетениями, не влияет заметным образом на деятельность мозга». На основании этих данных был сделан вывод о том, что «у взрослого млекопитающего животного ликвор не играет никакой существенной роли в жизнедеятельности мозга, которая зависит только от кровеносной системы... и питание мозга происходит исключительно через кровь» [12].

Лаборатория онтогенетической биохимии сектора развития и воспитания ребенка в результате применения онтогенетического метода исследования показала, что «на протяжении первого года развития человека имеется чрезвычайно важный узловый и переломный период, совпадающий во времени со вторым кварталом жизни младенца», когда «происходит перестройка функций ряда органов и систем, а также перестройка его биохимических функций». Весь первый год жизни человека характеризуется «постепенным изживанием эмбрионального характера существования, но переломным моментом в этом отношении является второй квартал» [13].

Продолжая исследования военного времени, сотрудники *сектора общей патологии детского возраста*, возглавляемого профессором Н. М. Николаевым, проводили изучение обмена холестерина и нейтрального жира в эксперименте на животных и в клинических исследованиях на группе детей в возрасте от 1 года до 7 лет, страдавших алиментарной дистрофией. У этих детей наблюдалось нарушение холестеринового и жирового обмена, сопровождавшегося гиперхолестеринемией. Аналогичные явления отмечали в экспериментах у лабораторных кроликов при их относительном голодании. Исследователи сделали предположение, что механизм этих явлений обусловлен переходом липоидов из депо в кровь при голодании и дистрофии.

Заведующий патологоанатомической лабораторией сектора общей патологии И. С. Дергачёв с сотрудниками изучал патоморфологические возрастные особенности токсико-септических состояний у детей грудного и раннего возраста, летальность от которых хотя и снизилась, но сохранялась достаточно высокой в первые послевоенные годы. Они проводили гистологические исследования тканевой воспалительной реакции в очаге первичной локализации инфекции, состояния мезенхимальных барьеров (селезенки, лимфатических узлов), сосудистой системы и паренхиматозных органов, одновременно дифференцируя токсические состояния от истинных септицемий [14].

Н. М. Николаев и его ученики разработали комплекс лабораторных показателей, которые давали возможность оценивать динамику гемолитических процессов и представляли картину периферической крови, характерную для токсико-септических состояний у детей разного возраста [3].

Работы Н. М. Николаева по изучению порфиринов, являясь единственными в педиатрической литературе, помогли разрешению ряда важных проблем детской патологии. Они доказали, что порфинурия у детей обусловлена усилением и качественным изменением гемолитического процесса, протекающего весьма интенсивно при инфекциях и интоксикациях, и вызывающего морфологические отклонения различных органов и систем [15].

В первые годы после окончания Великой Отечественной войны работа *сектора гигиены и организации детского возраста* под руководством Ф. И. Зборовской была направлена на ускорение темпов ликвидации медико-санитарных последствий войны среди детского населения. Сотрудники проводили сравнительный анализ ранней детской смертности в СССР и за рубежом и сигнализировали органам здравоохранения о недочетах в работе родильных домов с целью их устранения [3].

С конца 1945 г. сотрудники вернулись к изучению особенностей здравоохранения на селе, что позволило подойти к разработке новых стандартов физического развития детей в городе и на селе. Придавая большое значение особенностям патологии военного времени и разработке мероприятий по устранению последствий войны, отдел проводил углубленное изучение физического развития с учетом возрастной структуры в военные и послевоенные годы (С. Ю. Романовская, Шапиро, Броцкая, Калугина), заболеваемости и летальности детей, воспитывавшихся в яслях и домах ребенка (Р. Б. Коган, Н. С. Назарова, О. П. Ногина). На основании этих научно-обоснованных данных о здоровье детей были разработаны важные организационные мероприятия по улучшению оздоровления среди детей. Отдел оказал значительную помощь Министерству здравоохранения в планировании лечебно-профилактической помощи детям в послевоенные годы и создании новых проектов строительства детских учреждений (Н. С. Назарова). Кроме того, сразу после окончания войны в течение трех лет отдел сумел организовать три научные экспедиции в сельские районы Тамбовской и Владимирской областей, где были изучены особенности физического развития детей, заболеваемость рахитом и туберкулезом, организована лечебно-профилактическая помощь сельским детям [16].

В послевоенные годы заведующей *отделением по изучению истории педиатрии* Э. М. Конюс были заложены основы исследований в области истории медицины: «Истоки русской педиатрии» (1946), «А. А. Кисель и его школа» (1949), «Пути развития советской охраны материнства и младенчества, 1917–1940 гг.» (1954), а также очерки и брошюры по историко-медицинской тематике [17].

Таким образом, в первые послевоенные годы Институт педиатрии АМН СССР углубил научные изыскания по важнейшим проблемам педиатрии.

Глава 2

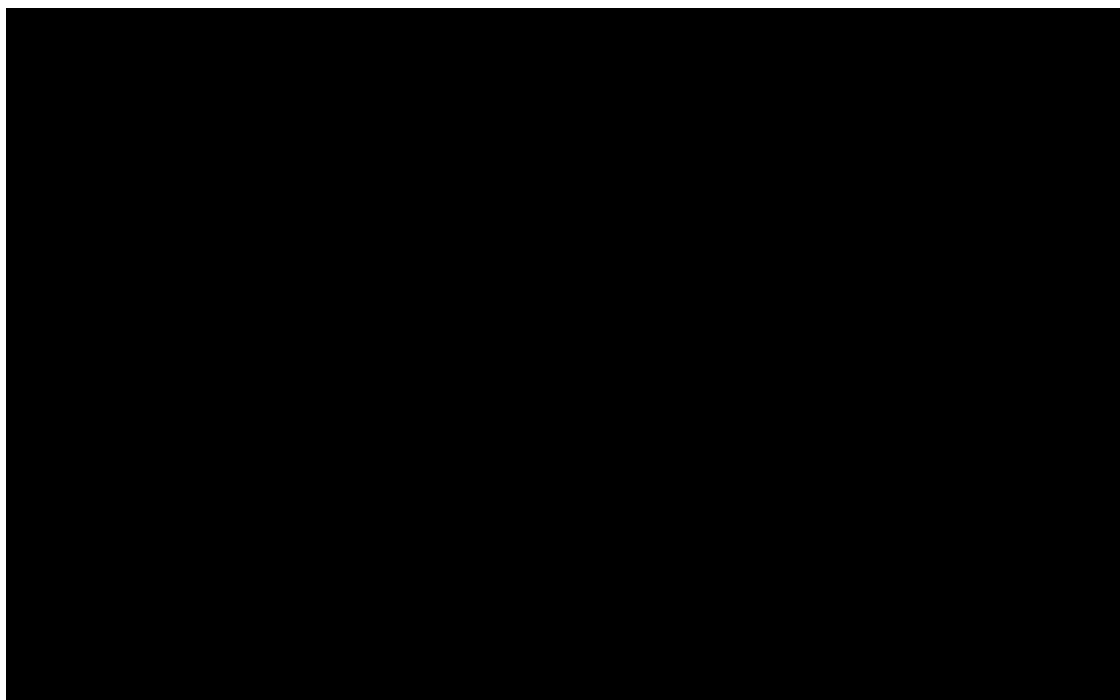
Завершение эпохи Г. Н. Сперанского (1951–1960 гг.)

2.1. Структура и штат Института

До 1951 г. директором Института педиатрии АМН СССР был Г. Н. Сперанский. 19 февраля 1951 г. он подал заявление на имя Президента АМН СССР академика Н. Н. Аничкова с просьбой об освобождении от занимаемой должности директора Института по состоянию здоровья. Георгию Несторовичу тогда исполнилось 78 лет. Его просьба была удовлетворена, и он покинул пост директора [18]. Несмотря на то, что Г. Н. Сперанский остался в Институте в качестве научного консультанта и руководителя отделения старшего детского возраста, его эпоха, к сожалению, подошла к своему завершению. В Институт пришли новые поколения врачей и ученых.

В 1951 г. пост директора Института педиатрии заняла профессор М. Н. Казанцева (1951–1954), а в 1954 г. – академик АМН СССР, профессор О. Д. Соколова-Пономарёва (1954–1960).

В 1956 г. были внесены изменения в структуру Института. Секторы упразднили и заменили на три отдела: клинический, физиологический и научно-организационно-методический, представленные на рис. 2.



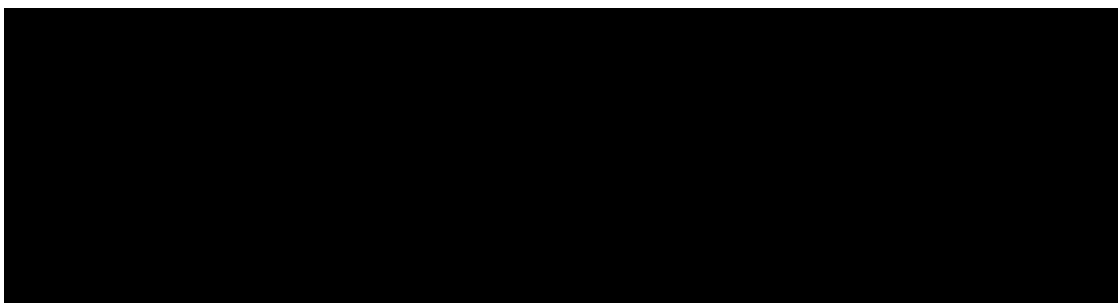


Рис. 2. Структура Института педиатрии АМН СССР в 1956 г.

В Институте по-прежнему продолжали работать научно-вспомогательные подразделения (аптека, молочная кухня, цех питания, виварий, научная библиотека).

В соответствии с постановлением Президиума АМН СССР № 20 от 30.05.1956 г. в Институте педиатрии было введено новое штатное расписание. Так, из архивных документов Института педиатрии известно, что отделением раннего детского возраста заведовал И. В. Цимблер, отделением старшего детского возраста – Г. Н. Сперанский (фактически О. Д. Соколова-Пономарёва), отделением недоношенных детей – Э. М. Кравец (до 1 апреля 1953 г.), затем Л. Е. Пробатова; отделением детского туберкулеза – И. В. Цимблер, отделением острых детских инфекций – А. И. Доброхотова (до 1958 г.), С. Д. Носов (с 1959 г.).

2.2. Научно-практическая деятельность Института

В 50#е гг. Институт педиатрии продолжил активную научно-практическую и организационно-методическую деятельность, которая проводилась по ряду проблем педиатрии, утвержденных Министерством здравоохранения СССР и Академией медицинских наук СССР.

В 1956 г. АМН СССР составила проблемный план научных исследований, над которым работал Институт педиатрии АМН СССР до 1960 г. и который включал следующие темы:

- Основные закономерности физиологии и патологии высшей нервной деятельности у детей.
- Острые детские инфекции.
- Эпидемиология, профилактика и терапия желудочно-кишечных заболеваний в детском возрасте.
- Туберкулез в раннем детском возрасте.
- Ревматизм у детей.
- Пути и перспективы развития советского здравоохранения детей.

На базе Института педиатрии АМН СССР функционировал специальный Комитет по детству, который, с одной стороны, объединял по исследуемым проблемам работу всех научных учреждений по изучению детского возраста, и в первую очередь Центрального института педиатрии; с другой стороны – деятельность соответствующих проблемных комиссий АМН СССР. Кроме того, в Институте проводились исследования и по внепрограммным темам: лейкозу в детском возрасте, инфекциям верхних дыхательных путей, включая грипп; рахиту и другим заболеваниям [19].

В июне-июле 1950 г. в связи с решением объединенной сессии АН СССР и АМН СССР, посвященной физиологическому учению И. П. Павлова, работы по педиатрии, как и во всей медицине, «стали проводиться с учетом целостности организма ребенка и первенствующего значения нервной системы. Вопросы патогенеза заболеваний стали выступать на первый план, строже стало различаться значение регулирующей функции коры головного мозга и влияние подкорковых образований»⁴.

Клиника старшего детского возраста Института стала праматерью ряда новых отделений нашего Института – кардиологического, ревматологического, гастроэнтерологического.

В 1952 г. в отделении старшего детского возраста Института педиатрии открылись койки для больных ревматизмом детей, которые в дальнейшем послужили базой для создания ревматологического отделения. Его возглавила директор учреждения, профессор М. Н. Казанцева. С сентября 1954 г. руководство отделением было возложено на директора Института педиатрии академика АМН СССР, профессора О. Д. Соколову-Пономарёву.

В 50#е гг. в отделении была организована большая научно-исследовательская работа по ревматизму – достаточно распространенному среди детей школьного возраста заболеванию, требовавшему серьезного изучения и проведения настойчивых лечебных мероприятий. Проблемой изучения ревматизма у детей занялись научные сотрудники клинического отделения старшего возраста и лабораторно-диагностических подразделений.

М. Н. Казанцева уделяла особое внимание изучению высшей нервной деятельности при ревматизме у детей. Результаты этих исследований были доложены на выездной сессии Президиума АМН СССР в г. Томске и «получили высокую оценку и особенно отмечены

⁴ Сперанский Г. Н. Вопросы педиатрии и роль Центрального института ОММ в развитии физиологии и патологии раннего детского возраста. *Педиатрия. Москва: Медицина. 1957. С. 18.*

действительным членом АМН СССР профессором Н. И. Красногорским, как применение учения И. П. Павлова в клинике»⁵.

В течение активной фазы ревматизма были выявлены значительные корковые и подкорковые динамические изменения, патологическое состояние коры головного мозга, выражавшееся в «ослаблении регулирующего влияния коры на нижележащие отделы и в нарушении способности осуществления точной приспособительной реакции... Электроэнцефалографические исследования у детей, больных хореей, показали нарушение биоэлектрической деятельности головного мозга» [20].

Придавая большое значение исследованиям особенностей течения ревматизма у детей, О. Д. Соколова-Пономарёва отмечала, что клинические проявления у них отличались от взрослых «полиморфизмом и вариабельностью, что было связано с возрастной и индивидуальной реактивностью организма ребенка, зависящей от типологических особенностей нервной системы». Чрезвычайно важной являлась «диагностика начальных проявлений ревматизма, а также латентно протекающих форм», являющихся «причиной запоздалого распознавания и лечения болезни» [21].

Изучая патогенез ревматизма у детей, были выявлены отклонения биохимических показателей, в частности белковых фракций в сыворотке крови, морфологической и биохимической структуры соединительной ткани, накопление в моче продуктов нарушенного обмена некоторых аминокислот, что соответствовало тяжести заболевания [22].

В дальнейшем в научно-исследовательской работе отделения старшего детского возраста на первый план вышли заболевания сердечно-сосудистой системы в связи с важной ролью сосудистых поражений, обуславливающих интенсивность воспалительного процесса. При электрокардиографических наблюдениях у детей выявляли очаговые или диффузные изменения сердечной мышцы уже на ранней стадии заболевания. При рентгенокимографических исследованиях обнаруживали функциональные изменения сердечной деятельности, связанные с поражением миокарда, и ранние гемодинамические нарушения, вызванные поражением митрального клапана [20].

В комплексе лечебных мероприятий первостепенная роль принадлежала лекарственной терапии с применением антибиотиков (пенициллина, биомицина) и нового для того времени советского препарата Бутадион, эффективного при острых и подострых формах ревматизма. В 1956–1957 гг. в отделении проводились исследования эффективности применения стероидных гормонов в комплексном лечении больных ревматизмом детей. «Проведенные наблюдения показали, что раннее применение гормональной терапии при остром течении процесса до 15-го дня давало значительно лучшие результаты, чем до ее применения. Меньший терапевтический эффект отмечался при затяжном, непрерывно-рецидивирующем течении ревматического процесса, у больных хореей и при позднем применении гормонов» [23].

В отделении изучали значение скарлатины в развитии ревматологического процесса, вопросы патогенеза и клинических проявлений ревматического кардита и перикардита у детей.

Инфекционная клиника, работавшая под руководством А. М. Доброхотовой, а в дальнейшем С. Д. Носова, посвятила свои исследования актуальным в до- и послевоенные годы инфекциям – дифтерии, кори, коклюшу, скарлатине – и внесла немалый вклад в значительное снижение заболеваемости и смертности от этих болезней. В 50-е гг. в инфекционном отделении было проведено наблюдение за большим числом больных коклюшем, тщательный анализ которого подтвердил известное положение об особой опасности коклюша для детей первого года жизни, его тяжелом течении у ослабленных пациентов, его высокую летальность и частое сохранение остаточных явлений, препятствующих дальнейшему полноцен-

⁵ Архив АМН СССР/РАМН. Фонд 9120, дело 2944. Личное дело М. Н. Казанцевой.

ному развитию ребенка. Проведенные в 50-х гг. в отделении исследования показали, что функциональные и морфологические изменения в центральной нервной системе и органах дыхания способствуют возникновению ателектазов и развитию коклюшной пневмонии — основной причины смерти при коклюше, преимущественно у детей раннего возраста. Наиболее эффективным лечением коклюша был признан комплексный подход с ранним использованием гипериммунной сыворотки или гамма-глобулина совместно с антибиотиками и кислородотерапией [24].

В 1957–1958 гг. инфекционное отделение сфокусировало свое внимание на изучении изменений белой крови и степени сдвига протеинограммы при гриппе в зависимости от фазы инфекционного процесса. В отделении также проводили клинические и серологические исследования детей с поражением центральной нервной системы при гриппозных менингоэнцефалитах [25].

Больших успехов добилось туберкулезное отделение в снижении заболеваемости и смертности от туберкулеза в связи с «применением антибактериальных препаратов и широким внедрением в практику вакцинации и ревакцинации на фоне улучшения благосостояния населения» [26]. Анализ работы отделения «за 1955 г. свидетельствовал о значительных благоприятных сдвигах в структуре заболеваемости и летальности от туберкулеза у детей раннего возраста», при этом на долю тяжелых форм (гематогенно-диссеминированный, милиарный, туберкулезный менингит) приходилось лишь 6,6 % от общего числа больных, на долю более легких форм (ранняя туберкулезная интоксикация) — 30,8 % [27].

В течение 1955 и 1956 гг. в отделении изучения и развития мозга с психоневрологической клиникой проводились исследования, которые продемонстрировали, что «у развивающегося плода и ребенка раннего возраста в мозге протекают сложнейшие формообразовательные процессы, и он легче, чем другие органы, подвергается действию вредных факторов, которые могут прямо или косвенно влиять на него из внешней среды». Среди неблагоприятных факторов пристальное внимание было обращено на изучение влияния асфиксии и ее последствия на развитие головного мозга. «Наиболее чувствительными являются периферические рецепторные аппараты в период их закладки и системы, питающие мозг, особенно размножающиеся капилляры» [28].

Сотрудники лаборатории развития мозга, изучая его особенности у недоношенных детей, пришли к выводу, что при преждевременном рождении нарушаются процессы клеточного деления, имеет место задержка процессов роста, вследствие чего кора полушарий головного мозга и мозжечка у недоношенных детей по своей величине отстает от соответствующих образований у плодов того же возраста [29].

В отделе развития и воспитания Института педиатрии продолжалось изучение онтогенеза высшей нервной деятельности и дальнейшее обоснование воспитания детей раннего возраста. Изучение было направлено на развитие анализаторов, движений и речи. Н. М. Щелованов и его сотрудники показали возрастные изменения в пределах дифференцирования звуков: первые условные рефлексы на звук вырабатываются на 3-й неделе жизни; в 6–7 месяцев слух ребенка почти достигает тонкости слуха взрослого человека. Для целей воспитания особое значение приобрело изучение эффекторной речи, поскольку при групповом воспитании детей не наблюдалось особых отклонений в развитии сенсорной речи. Были выявлены как благоприятные, так и неблагоприятные условия первичных голосовых реакций и подражания звукам у детей на первом году жизни [30].

Монография Н. М. Щелованова и Н. М. Аксариной «Воспитание детей раннего возраста в детских учреждениях» неоднократно переиздавалась и переведена на несколько иностранных языков.

В 1951 г. после вынужденного ухода из Института Ф. И. Зборовской сектор гигиены и организации детских учреждений был преобразован в отдел организации детского здраво-

охранения, которым руководила Р. Б. Коган. В 1956 г. отдел был преобразован в научно-организационно-методический, и возглавила его Н. С. Назарова. Отдел сосредоточил свое внимание на научных исследованиях в области лечебно-профилактического обслуживания детей сельской местности, на улучшении качества их медицинского обслуживания. Отдел занимался научной разработкой рациональных форм профилактического обслуживания детей, научным обоснованием нормативов потребности детей сельского населения в различных видах лечебно-профилактической помощи; изучением сдвигов в состоянии здоровья детей на селе. В связи с плохой организацией диспансерного обслуживания детского сельского населения перед Институтом педиатрии была поставлена задача «установления унифицированного понятия о содержании диспансерного метода в сельских условиях и организации комплексной работы со всеми Институтами». Эта исследовательская работа была определена «как специально поставленный организационный эксперимент» [31].

Таким образом, научно-практическая и организационно-методическая деятельность Института педиатрии АМН СССР в 50-е гг. способствовала его росту, развитию и становлению как одного из самых крупных отечественных научно-исследовательских учреждений педиатрического профиля.

Глава 3

Эпоха академика М. Я. Студеникина (1960–2005 гг.)

В истории Института педиатрии началась новая эпоха, когда его руководителем стал М. Я. Студеникин, возглавлявший учреждение на протяжении 45 лет.

2 ноября 1960 г. на основании Постановления Президиума АМН СССР № 116 на должность директора Института педиатрии АМН СССР был назначен Митрофан Яковлевич Студеникин. Действительный член АМН СССР, профессор Г. Н. Сперанский официально оставался научным консультантом Института педиатрии до 23 марта 1960 г., но фактически – до конца своих дней.

3.1. Структура и штат Института

В 1961 г. была утверждена новая структура Института педиатрии со структурными подразделениями, представленными на рис. 3.

Согласно архивным документам, в 1961 г. изменился кадровый состав руководителей подразделений Института. Так, заведующим отделом развития и воспитания здорового ребенка стала доктор медицинских наук А. Я. Гольдфельд, заведующей организационно-методическим отделом – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник Р. А. Калюжная, заведующей отделением недоношенных детей – Е. Ч. Новикова, заведующим хирургическим отделением – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник А. Г. Пугачёв; рентгенологическим отделением заведовала доктор медицинских наук К. А. Москачёва, патофизиологической лабораторией – Н. В. Пучков, микробиологической лабораторией – А. В. Мошков, радиобиологической лабораторией – Л. А. Шпаро. Но многие корифеи науки оставались в строю: Б. Н. Клосовский возглавлял лабораторию по изучению развития мозга, О. Д. Соколова-Пономарёва – отделение старшего детского возраста, С. Д. Носов – инфекционное отделение, И. В. Цимблер – туберкулезное отделение, А. А. Титаев – биохимическую лабораторию, И. С. Дергачёв – патоморфологическую лабораторию с прозектурой.

До 1962 г. почти все отделения Института находились в одном месте – в старом здании окружной больницы на территории бывшего Воспитательного дома, построенном в 80#е гг. XVIII столетия.

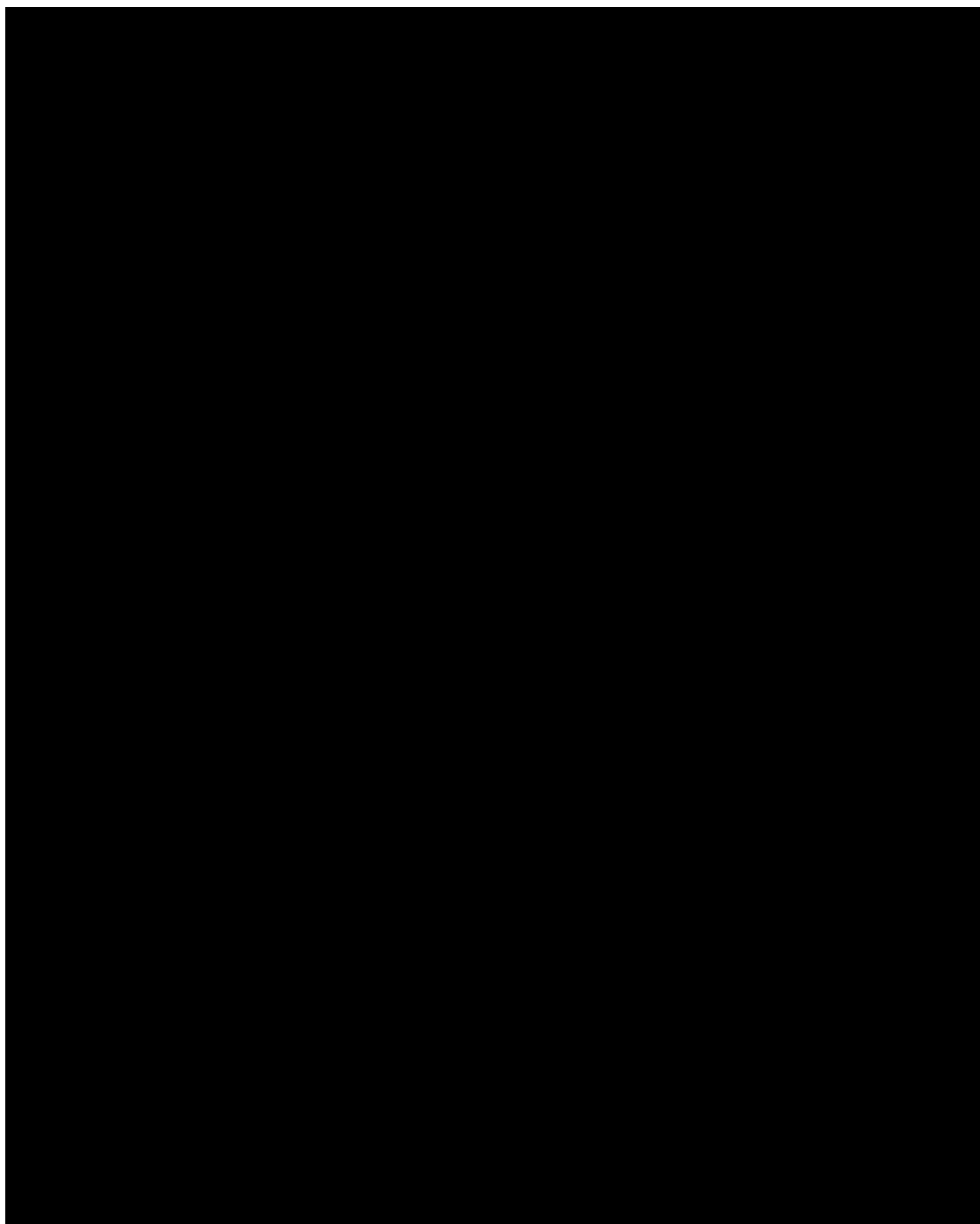


Рис. 3. Структура Института педиатрии АМН СССР в 1961 г.

В 1962 г. завершилось строительство комплекса новых зданий на Ломоносовском проспекте. К 1964 г. окончательно были закончены и введены в эксплуатацию все сооружения, с переездом в которые произошла структурная перестройка Института, изменились его научные приоритеты и основные направления практической деятельности. Впервые в стране были созданы нефрологическое, гематологическое, аллергологическое, артрологическое, хирургическое отделения, гастроэнтерологическая группа, отделение функциональной диагностики, лаборатория клинической вирусологии, цитохимическая лаборатория здоровья детей, отделение лечебной физкультуры и спортивной медицины, отдел планирования и прогнозирования научных исследований.

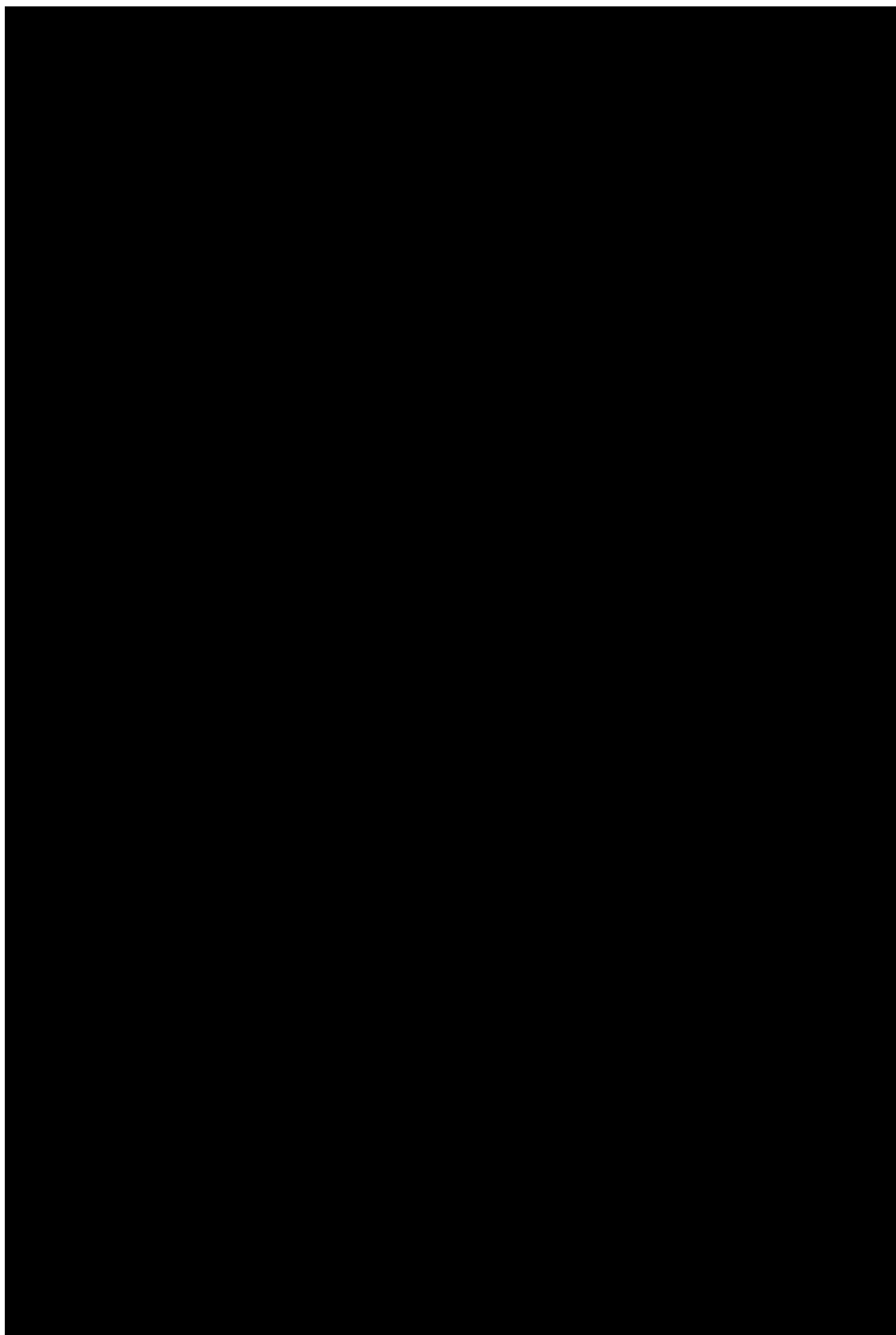


Рис. 4. Структура и штат Института педиатрии АМН СССР в 1969 г.

В 1969 г. структура Института педиатрии заметно изменилась, увеличилось количество отделений и лабораторий, а штат, соответственно, расширился (рис. 4).

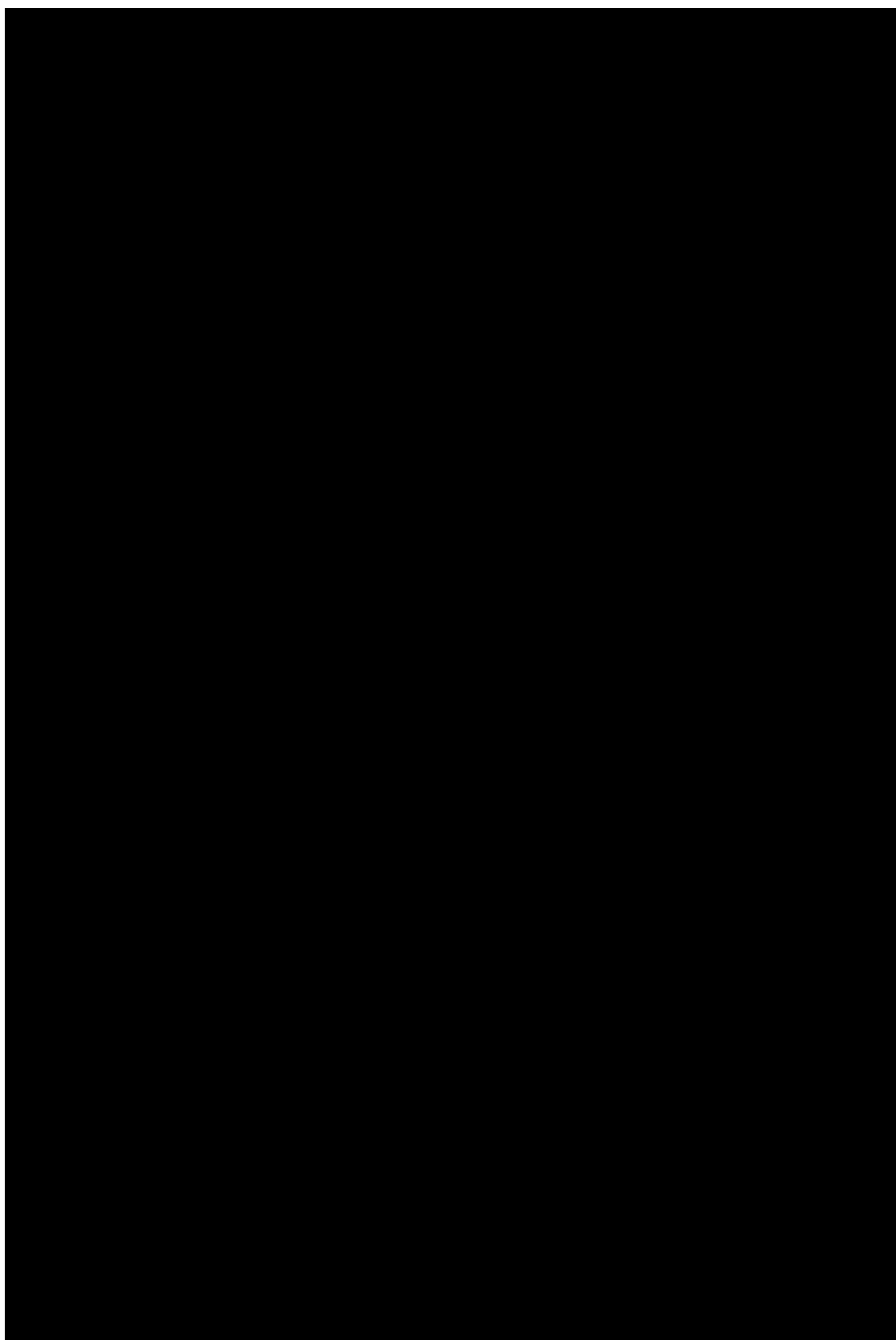
В Институте также работала академическая группа действительного члена РАМН, профессора Н. И. Нисевич, занимавшаяся проблемами детских инфекционных болезней.

В 1970 г. в Институте открыли еще одну лабораторию – цитохимическую, и возглавил ее Р. П. Нарциссов. Произошли небольшие структурные изменения в отделении физиотерапии и лечебной физкультуры и отделении функциональной диагностики, которые, соответственно, стали называться отделением лечебной физкультуры и врачебного контроля и отделением функциональной диагностики и терапии.

В соответствии со штатным расписанием, утвержденным 10 мая 1977 г. президентом АМН СССР В. Д. Тимаковым, в Институте педиатрии создали отделение детской артрологии; 2-е отделение раннего детского возраста для больных туберкулезом стало называться пульмонологическим, хирургическое – отделением детской хирургии с группой анестезиологии-реанимации и интенсивной терапии и отоларингологической группой. В отношении артрологического отделения следует отметить, что больные данного профиля уже получали лечение в Институте в клинике старшего возраста, где еще в начале 1950-х гг. были открыты койки для ревматологических пациентов. В дальнейшем в зависимости от преобладания той или иной симптоматики их дифференцировали на кардиологических и артрологических больных. Следует подчеркнуть, что в 1970 г. отдел развития и воспитания здорового ребенка фигурировал как лаборатория возрастной физиологии со стационаром для здоровых детей, который два года спустя реорганизовали в отделение здорового ребенка. В 1977 г. в Институте открыли лабораторию социальной педиатрии, которую организовал Е. А. Лепарский. В начале 1980-х гг. в штат Института были введены отдел бронхолегочных болезней, аллергологическое, кардиологическое, урологическое, гематологическое отделение с гастроэнтерологической группой, хотя фактически они уже работали на базе других отделений.

В 1986 г. в соответствии со штатным расписанием, утвержденным 21.07.1986 г. президентом АМН СССР академиком Н. Н. Блохиным, в структуру Института педиатрии входило 7 отделов, 6 самостоятельных лабораторий и 7 самостоятельных отделений (рис. 5).

В 1989 г. в структуре Института вновь произошли небольшие изменения. Так, пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и патологией суставов объединили в одно кардиологическое отделение с артрологической группой. В связи с внедрением в практику ультразвуковых методов исследования (УЗИ) появилось новое отделение УЗИ и рентгеновской диагностики. В отделе детской хирургии создали отделение анестезиологии и реанимации, операционный блок, отоларингологическую группу. В отделе бронхолегочных заболеваний организовали группу хронических бронхолегочных заболеваний. В начале 1990-х гг. в Институте был создан отдел восстановительного лечения для детей с церебральными параличами (ДЦП) с отделением медико-социальной реабилитации и лабораторией медико-биологических основ патогенеза ДЦП. Кроме того, была организована новая лаборатория мембранологии, оптимизации научной и лечебной работы. В 1991 г. была закрыта лаборатория социальных исследований.



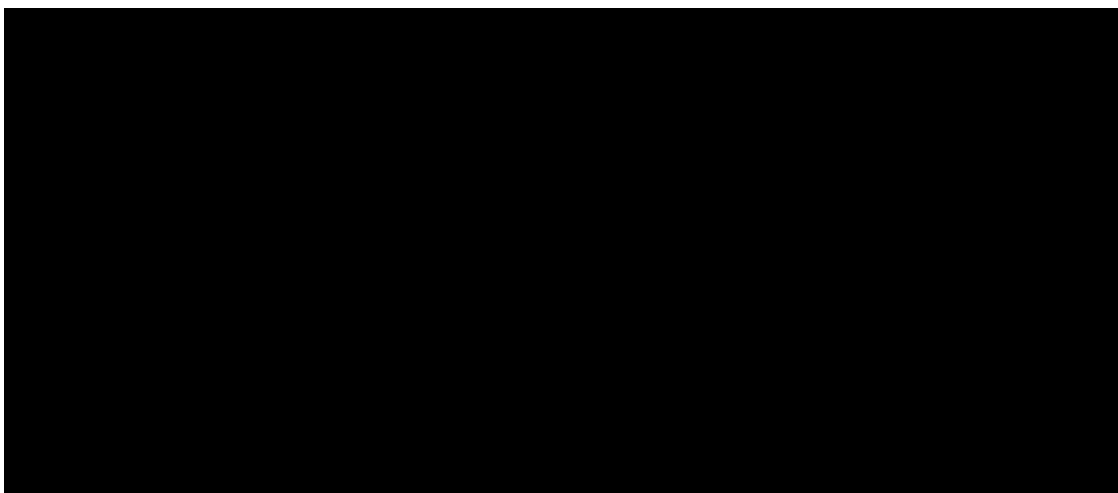
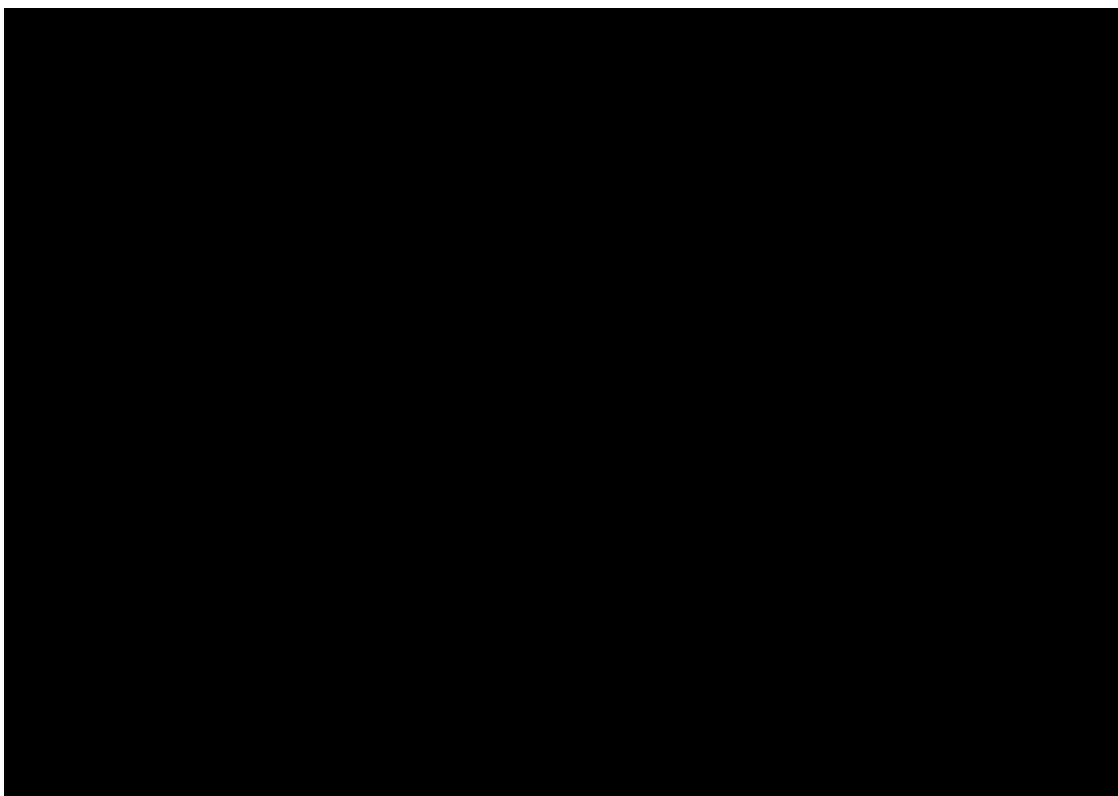


Рис. 5. Структура Института педиатрии АМН СССР в 1986 г.

В 1995 г. Институтом педиатрии продолжал руководить М. Я. Студеникин, его заместителями по науке были И. В. Кошель и И. Е. Смирнов, заместителем по научной и лечебной работе – В. И. Тамбовцева, Ученым секретарем – О. П. Фомина.

Структура и штат НИИ педиатрии РАМН в 1995 г. представлены на рис. 6.

Работала также академическая группа действительного члена РАМН, профессора Н. И. Нисевич по проблемам детских инфекционных болезней.



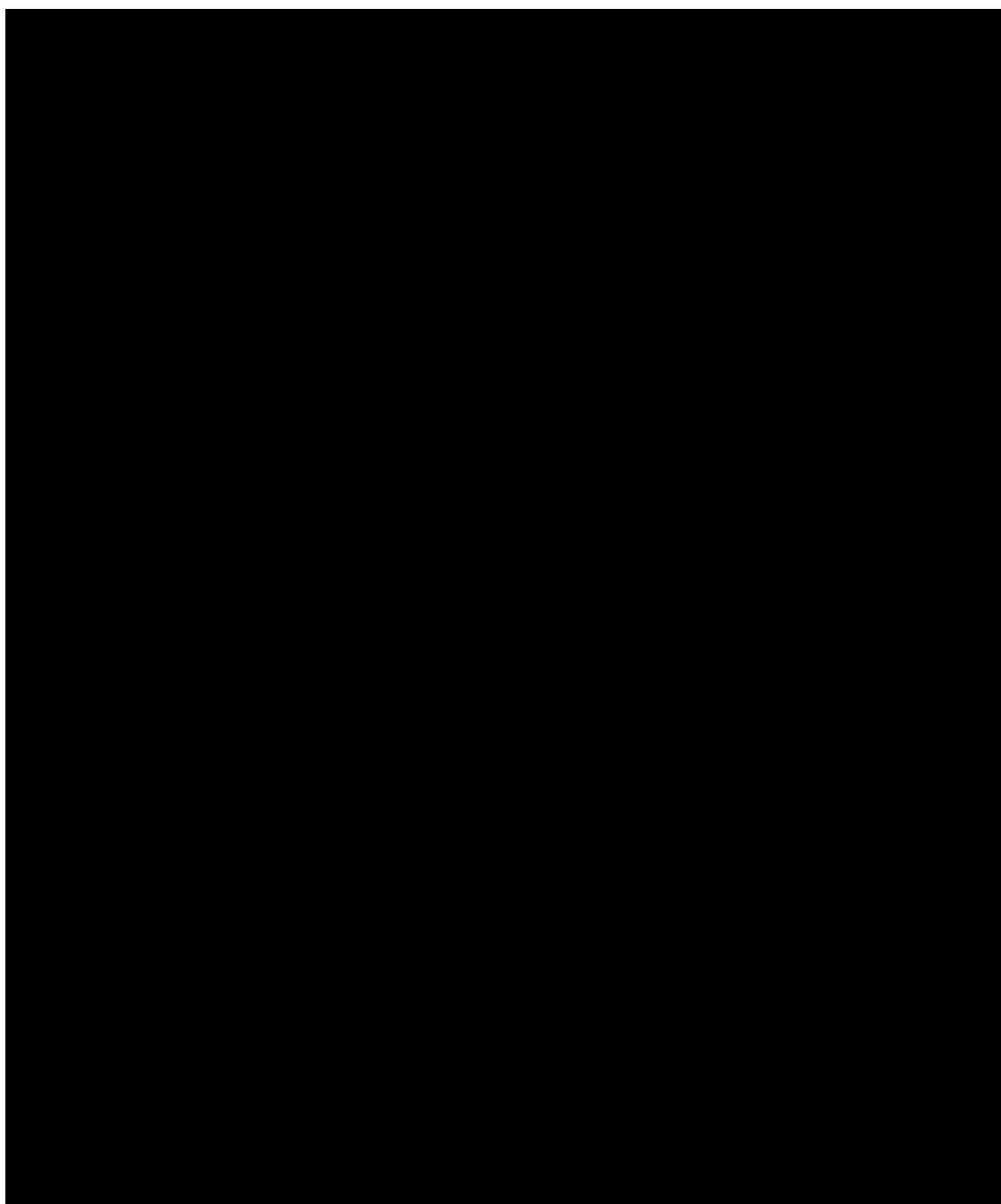


Рис. 6. Структура Института педиатрии АМН СССР в 1995 г

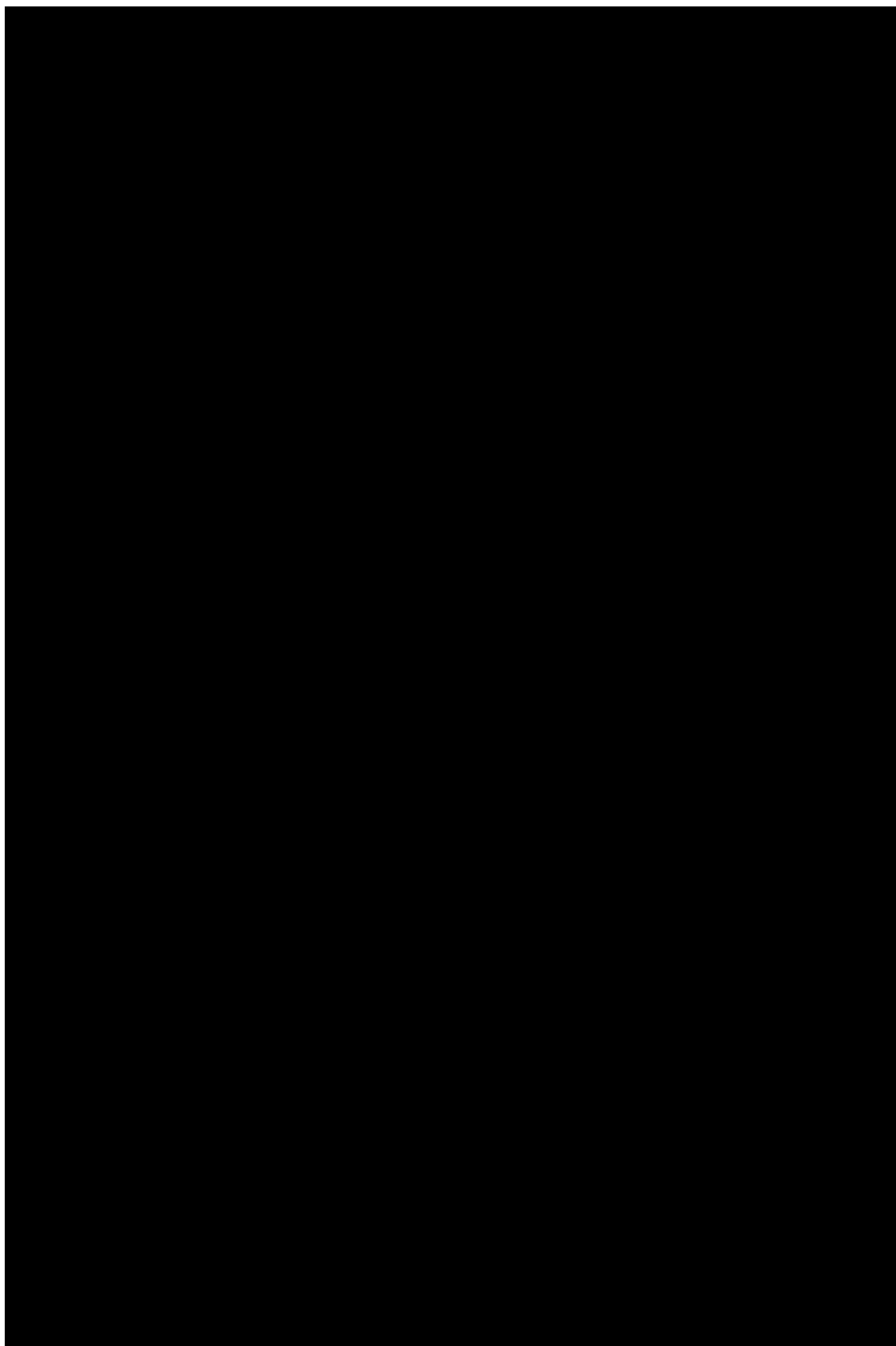


Рис. 7. Структура НЦЗД РАМН в 1998 г.

Решением Президиума РАМН № 8 от 21.01.1998 г. было образовано государственное научно-клиническое учреждение нового типа – Научный центр здоровья детей Российской

академии медицинских наук (НЦЗД РАМН), в состав которого вошли НИИ педиатрии РАМН и НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков РАМН.

8 мая 1998 г. на заседании Ученого совета директором НЦЗД РАМН была утверждена структура учреждения, представленная на рис. 7.

3.2. Научные школы Института педиатрии

Большая клиническая база, современные лаборатории, обеспеченные новым оборудованием в совокупности с опытными научными квалифицированными кадрами, позволили Институту стать самым крупным научно-исследовательским педиатрическим центром страны и создать собственные научные школы.

3.2.1. Школа детских кардиологов

Среди основателей школы детских кардиологов следует назвать имена профессора М. Н. Казанцевой и академика АМН СССР О. Д. Соколовой-Пономарёвой, а также академика РАМН М. Я. Студеникина и профессоров Т. П. Борисовой, Е. А. Надеждиной, Т. И. Терновой, В. И. Сербина. Учеными и их учениками был внесен существенный вклад в изучение ревматизма, врожденных и приобретенных пороков сердца, нарушений сердечного ритма, гипотонической и гипертонической болезни, сердечной недостаточности у детей.

С 1956 г. кардиологическим отделением руководила профессор Тамара Петровна Борисова. Научные исследования проводились по проблемам сердечно-сосудистых и коллагеновых заболеваний у детей. С 1961 г. М. Я. Студеникиным были продолжены научные направления по вопросам кардиологии и сосудистой патологии, ревматизма и ревматоидного артрита у детей.

Кардиологическое отделение с кабинетом функциональной диагностики проводило оригинальные исследования по клиническому течению, патогенезу, лечению и профилактике ревматического процесса, результаты которых были обобщены в монографии О. Д. Соколовой-Пономарёвой «Ревматизм у детей» (1965), а также в руководстве по кардиологии детского возраста, вышедшем под ее редакцией совместно с М. Я. Студеникиным.

Под руководством профессора Александры Александровны Яковлевой велась разработка вопросов патогенеза, клинических проявлений и лечения болезней суставов у детей. Актуальность этой проблемы была столь велика, что артрологическая группа, существовавшая более 10 лет на базе ГКБ № 64 г. Москвы, сформировалась в самостоятельное отделение (1975). По данным этой клиники, среди детей с ревматоидным артритом каждый пятый инвалидизировался по состоянию суставов или в связи с поражением глаз ревматоидным увеитом; у 5 % детей заболевание завершалось развитием амилоидоза органов, как правило, с неблагоприятным исходом.

Значительному прогрессу знаний в области артрологии в те годы способствовало введение новых инструментальных методов исследования, в частности артроскопии. Трудно переоценить значение морфологического изучения тканей суставов, состава синовиальной жидкости с помощью новых иммуногистохимических, электронно-микроскопических, иммуногенетических, биохимических методов.

Весьма ценным оказалось использование тепловизионной и радиологической техники и некоторых рентгенологических методов для объективной оценки состояния около- и внутрисуставных тканей.

В 1978 г. Институтом педиатрии АМН СССР при консультативном участии Института социальной гигиены и организации здравоохранения им. Н. А. Семашко впервые среди детей Москвы было проведено исследование распространенности болезней суставов, в результате которого была установлена частота встречаемости данной патологии, составившая 4,2 на 1000 детского населения. Затем аналогичные исследования проводились в 9 различных климатогеографических зонах СССР.

В Институте педиатрии клиника ревматоидного артрита у детей была изучена с достаточной полнотой, что нашло отражение в публикациях О. Д. Соколовой-Пономарёвой, Д. Д. Лебедева, Н. И. Королевой, Р. Л. Гамбург, И. Е. Шахбазян, А. А. Яковлевой.

Подробно описанные А. А. Яковлевой варианты клинического течения ревматоидного артрита у детей были объединены в две клинико-анатомические формы – суставную и суставно-висцеральную. В новой редакции классификации ювенильного ревматоидного артрита (1980) были сохранены обе эти формы.

Проведенные учеными Института иммунологические исследования показали, что ревматоидный артрит и другие аутоиммунные заболевания у детей, нередко развивающиеся на фоне врожденного дефицита компонентов С2 и С4 комплемента, врожденного селективного дефицита IgA, характеризуются активацией гуморального иммунитета в виде повышенного содержания в крови В лимфоцитов, а в синовиальной оболочке суставов и органах лимфоидной ткани – плазматических клеток (А. А. Яковлева, С. Г. Левина, Т. В. Рябова).

В отделении была разработана система комплексного этапного лечения детей с болезнями суставов. Результаты этих исследований опубликованы в работах А. А. Яковлевой [32, 33].

В Актовой речи «Актуальные вопросы сердечно-сосудистой патологии у детей» в 1971 г. Т. П. Борисова подвела основные итоги деятельности кардиологической службы за прошедшие 15 лет. Отмечая ведущую роль ревматизма в структуре кардиоревматологической патологии у детей, она указывала: «В связи с изменившимися условиями жизни и резким улучшением медицинской помощи населению отмечается общая эволюция многих болезней, а в структуре кардиопатологии как взрослых, так и детей за последнее время произошли существенные изменения. Так, наряду с исчезновением одних форм болезни (сифилис внутренних органов, в частности аорты), редкостью появления других (подострый септический эндокардит, дифтерийные миокардиты, скарлатинозное сердце и др.) некоторые заболевания сердца и сосудов стали встречаться чаще – гипертоническая болезнь, кардиосклероз, субэндокардиальный фиброэластоз, инфаркт миокарда» [34].

В кардиологическом отделении активно изучались различные формы сосудистой патологии у детей, и прежде всего гипертоническая болезнь (ГБ). Так, проводилось исследование распространенности артериальной гипертензии (АГ) среди школьников, ее сравнение в городской и сельской местности, частоты АГ в зависимости от степени умственной нагрузки (И. И. Степанова, А. Р. Абдуллаев, А. А. Яковлева, Т. И. Тернова, В. И. Сербин, К. С. Кустарева, Г. Н. Пименова).

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.