

Материалы и методы. Были проанализированы 173 стационарные карты детей до 5-ти лет, поступивших в отделения педиатрии и реанимации 3-х районных больниц в тяжелом или очень тяжелом состоянии, а также тех, у кого при поступлении состояние расценивалось как «средней тяжести», но в динамике ухудшилось.

Результаты. Оценка рисков показала, что неблагоприятное течение заболевания во многом было обусловлено несвоевременным переводом пациента на третий уровень оказания медицинской помощи. Так у детей, которые в соответствии с критериями, утвержденными МЗ, подлежали переводу в специализированные отделения, но не были переведены вовремя, риск ухудшения состояния или летального исхода возрастал почти семикратно (OR=6,7; 95%IC:2,3-19,7; p=0,000).

Важную роль играл возрастной фактор: у детей первого года жизни риск неблагоприятного течения заболевания в 6 раз выше, чем у более старших (OR=6,0; 95%IC:1,3-27,0; p=0,01).

Недооценка тяжести состояния ребенка, как при поступлении, так и в ходе лечения, увеличивала вероятность неблагоприятного развития болезни в 5 раз (OR=5,1; 95%IC:1,6-15,7; p=0,002).

Неверная формулировка клинического диагноза более чем в 3 раза повышала риск ухудшения состояния на фоне проводимого лечения (OR=3,4; 95%IC:1,2-9,4; p=0,01).

Анализ показал, что у пациентов, при ведении которых строго соблюдался протокол диагностики и лечения, шансы на скорое выздоровление были в 4 раза выше, чем в тех случаях, когда требования протоколов игнорировались в той или иной степени (OR=4,3; 95%IC:2,1-9,0; p=0,000). Таким образом, исполнение требований клинических протоколов в районных больницах позволило бы предупредить неблагоприятное течение заболевания у четверти детей (%AtR=23,1).

Заключение. Согласно результатам проведенной оценки рисков, для повышения эффективности стационарного лечения детей в районных больницах и значительного снижения процента неблагоприятных исходов заболевания, необходимы: дальнейшая стандартизация педиатрической службы и контроль соблюдения стандартов/протоколов, разработанных в соответствии с принципами доказательной медицины; качественная подготовка и переподготовка медицинских кадров; преемственность при оказании медицинской помощи детям и четкая координация действий медицинских учреждений всех уровней.

Атаханов Х.К., Юлчиев Б.И., Хочаев А.Ф., Юлдашев Х.К.

АДЕКВАТНАЯ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ РЕСПИРАТОРНОЙ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Детское отделение Центральной районной больницы района Рудаки, Республика Таджикистан

Актуальность. Одним из основных требований к адекватной этиопатогенетической терапии бактериальных инфекций, вне зависимости от тяжести и локализации воспалительного процесса, является рациональная антибиотикотерапия.

Цель исследования: Оценить обоснованность патогенетической терапии бактериальных инфекций дыхательной системы у детей.

Пациенты и методы. Проведен ретроспективный анализ 250 историй болезни детей, госпитализированных в детское отделение ЦРБ района Рудаки по поводу пневмонии. Всем детям в динамике проводилось исследование гемограммы, биохимического анализа крови (билирубин, трансаминазы, мочевины, креатинин);

Результаты. Заболевания верхних дыхательных путей протекали в виде ринита – 5,4%, фарингита – 4,3%, назофарингита – 8,4%, среди заболеваний нижних отделов респираторного тракта были трахеит – 20,4%, трахеобронхит – 29,2%, и пневмонии – 32,3%. К рецидивирующим бронхитам относились бронхит без явлений обструкции, эпизоды которого повторялись с частотой 2-3 раза в течение 1-2 лет на фоне ОРВИ, для бронхитов было характерно длительность клинической симптоматики до 2 недель и более. Пневмонией считали заболевание легких с преимущественным поражением респираторных отделов и обязательным наличием внутриальвеолярной экссудации (МКБ X - 1992). Клинический диагноз устанавливался на основании анамнестических данных, клинического обследования и верифицировался рентгенографией органов грудной клетки. У 65,2% (163) детей диагностирована очаговая пневмония, у 22,4% (56) — очагово-сливная и у 12,4% (31) ребенка — сегментарная. Локализация патологического процесса отмечалась преимущественно в средней или нижних долях с одной стороны, в 53 случаях — слева в верхней доле. Слева пневмонический процесс отмечался в 75 случаях, справа — в 59. У всех детей клиническая симптоматика соответствовала золотому стандарту диагностики пневмонии. Выраженность пневмонических и параклинических признаков соответствовала среднетяжелому и тяжелому течению патологического процесса. При тяжелых формах пневмоний дети всех возрастов, как правило, были госпитализированы. В стационаре проводили ступенчатую терапию. Предпочтительно использовались ингибиторозащищенные пенициллины, цефалоспорины II–III поколений. При необходимости, для расширения спектра активности сочетали б-лактамы антибиотики (пенициллины, цефалоспорины, карбапенемы) с макролидами, а при грамотрицательной этиологии – с аминогликозидами. Детям, госпитализированным по

социальным, социально-бытовым причинам, терапию назначали в зависимости от тяжести процесса в легких и наличия или отсутствия других модифицирующих факторов. Если их нет, а заболевание протекает нетяжело, то антибактериальную терапию назначали внутрь. Это может быть амоксициллин (или амоксициллин/клавуланат) или макролидный антибиотик. В последнем случае, если речь идет о ребенке в возрасте от полугода до 3–5 лет, предпочтение было отдано азитромицину, который обладает активностью по отношению к гемофильной палочке, что отличает его от других макролидных препаратов.

Таким образом, эффективность терапии пневмонии у детей зависит от ряда факторов, срока госпитализации от момента начала болезни, своевременной топической диагностики, проведения патогенетически обоснованной терапии, и качественная реабилитация.

Афонин А.А., Левкович А.Ю., Левкович М.А., Кравченко Л.В., Демидова М.В., Заурова Л.М.
**ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО РЕАГИРОВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ
С ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ.**

ФГБУ "Ростовский НИИ акушерства и педиатрии" МЗ РФ, Ростов-на-Дону.

В последние годы установлено, что иммунный ответ новорожденного отличается от такового у взрослых выраженными супрессорными характеристиками, в связи с чем у новорожденных детей защита от инфекции зависит главным образом от показателей врожденного иммунитета и их гуморальных компонентов.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей иммунной системы, определяющих риск развития герпесвирусной инфекции у новорожденного ребенка.

Под наблюдением находились 48 новорожденных от матерей с персистирующей ВПГ-инфекцией. Из них 22 ребенка - с манифестацией герпесвирусной инфекции (I группа) и 26 новорожденных с физиологическим течением неонатального периода (контрольная группа).

Определение экспрессии TLR-2 (CD14+CD282+) рецепторов на моноцитах периферической крови проводилось методом двухцветной проточной цитофлуориметрии НСВ(Нидерланды). Определение содержания IFN- α , IL-12 проводилось методом ИФА фирмы Bender Medsystems (Австрия).

Было установлено, что у новорожденных I группы по сравнению с контрольной группой отмечались выраженные изменения показателей врожденного иммунитета в виде достоверного снижения экспрессии TLR-2 на моноцитах (CD14+CD282+) (51,2 \pm 7,4% и 75,6 \pm 8,1%, соответственно), снижения содержания IFN- α в сыворотке крови (9,2 \pm 2,2 пг/мл и 20,7 \pm 3,6 пг/мл, соответственно). Согласно современным представлениям IL-12 активирует дифференцировку Т-лимфоцитов, повышает их цитотоксическую активность. Полученные результаты показали, что в I группе его содержание было достоверно ниже показателей, характерных для контрольной группы (0,54 \pm 0,01 пг/мл против 1,1 \pm 0,2 пг/мл), что приводит к нарушению формирования связи между механизмами неспецифической защиты и специфического иммунитета.

Таким образом, переход бессимптомной стадии в стадию активного инфекционного заболевания у новорожденных, отражает тот факт, что у данной категории пациентов защитные ресурсы недостаточны для осуществления контроля над репликацией и размножением вируса и реализация герпесвирусной инфекции происходит на фоне нарушения механизмов врожденного иммунного ответа, а выявленные иммунологические сдвиги дают основание для разработки схем ранней диагностики, что позволит снизить тяжесть течения заболевания за счет своевременного назначения патогенетической терапии.

Ф.Г.Ахмерова, Л.З.Серазитдинова, Ф.Г.Пушина
ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ - ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОТЕРЬ
Детская городская поликлиника № 4 г. Набережные Челны РТ

Актуальность: Последствия ухудшения здоровья детей приводят к увеличению демографических потерь государства. Однако из наиболее эффективных мер предупреждения развития хронической патологии, в том числе заболеваний репродуктивной системы в подростковом возрасте, является раннее выявление функциональных расстройств и своевременное лечение заболеваний.

Цель исследования: Комплексные мероприятия, направленные на сохранение здоровья, формирования здорового образа жизни (ЗОЖ), мотивирование личной ответственности за свое здоровье, разработку индивидуальных подходов по формированию ЗОЖ у детей, борьба с факторами риска развития заболеваний, просвещение и информирование детского населения о вреде употребления табака и злоупотребления алкоголем, предотвращение социально - значимых заболеваний среди детского населения.