

Самой распространенной формой нарушений питания была низкорослость (22,8%). Второе место в структуре нарушений питания занимала избыточная масса тела (5,2%). Недостаточная масса тела к возрасту меньше медианного более чем на -2СО (показатель как острого, так и хронического нарушения питания) диагностирована у 4,2% детей.

Анализ распространенности низкорослости в зависимости от ее тяжести показал, что у 18,5% детей индекс «длина тела/рост к возрасту» соответствовал умеренной, у 4,3% обследованных – тяжелой степени хронического недоедания. При этом распространенность низкорослости тяжелой степени почти в 2 раза чаще обнаруживалась среди детей, проживающих в сельской местности, чем среди городских детей.

В динамике распространенность низкорослости среди детей старше 24-х месяцев увеличивается в 5,8 раза. Аналогичную динамику имеет недостаточная масса, т.е. ее распространенность к двум годам увеличивается в 1,7 раза, старше 2-х лет – три раза.

Распространенность истощения с возрастом имела тенденцию к снижению, а в целом его показатели во всех возрастных группах укладывались в биологически допустимые пределы.

Таким образом, у 66,3% детей раннего возраста показатели физического развития укладывались в пределы нормальных колебаний согласно рекомендациям ВОЗ (2006), у 22,8% детей установлена низкорослость, у 5,2% – избыточная масса тела, недостаточная масса тела – у 4,2%, у 1,5% – истощение.

Антоненко Н.Э., Простакова В.Н., Перова С.В., Симоненко И.М., Балашова Н.Д., Блохин Б.М.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ В ОСЕННЕ-ЗИМНИЙ ПЕРИОД

*Федеральное Государственное Бюджетное Учреждение Детский Медицинский Центр Управления Делами
Президента Российской Федерации*

Актуальность: пневмония по-прежнему остается одним из наиболее широко распространенных инфекционных заболеваний с серьезным прогнозом. У пациентов детского возраста, в течение последних лет, пневмонии занимают одно из ведущих мест в структуре бронхолегочной патологии.

Цель: изучить клиничко-лабораторную характеристику пневмоний у детей в осенне-зимний период

Материалы и методы: обследованы дети в возрасте 3-14 лет (n=27), учитывались данные клиничко-лабораторного обследования, данные лучевых методов диагностики (прямая и боковая проекции), наличие сопутствующих заболеваний.

Результаты: пневмония во всех случаях развилась как осложнение ОРВИ, в том числе в 2-х случаях на фоне вируса гриппа А, в 1 случае на фоне вируса парагриппа. В клинической картине преобладало острое начало с повышением температуры до фебрильных цифр в сочетании с катаральными явлениями (88%), признаки интоксикации отмечались в 82% случаев. Во всех случаях отмечался кашель различной степени выраженности. Физикальные изменения в легких представлены разнокалиберными хрипами (пневмония протекала на фоне обструктивного бронхита, 18%), локальными хрипами (82%). При этом локальная симптоматика в легких появилась на 5-ый день от момента заболевания в 14% случаев. Сопутствующая патология представлена – патологией ЛОР-органов (12%), носительством вирусов герпеса IV и VI типов (11%). В клиническом анализе крови повышение абсолютного содержания лейкоцитов отмечалось в 87%, сдвиг лейкоцитарной формулы влево в 76%, моноцитоз 93%. Рентгенологически преобладали нижнедолевые пневмонии (68%), право- и левосторонние процессы распределились равномерно. Этиология представлена: *M.pneumoniae* 18,5%, *Cl. pneumoniae* 7,4%. В лечении пневмоний использовались антибиотики класса макролиды (68%) и цефалоспорины (32%).

Выводы: пневмонии в осенне-зимний период во всех случаях являлись осложнениями ОРВИ, характерно наличие фебрильной температуры и локальной симптоматики в легких. Сохраняет актуальность оппортунистическая инфекция как этиологический фактор пневмоний.

Арамэ М.Г., Кожокару А.Н., Хородиштеану-Банух А.И., Голуб Н.В.

ОЦЕНКА РИСКОВ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В РАЙОННЫЕ БОЛЬНИЦЫ

Общественное медико-санитарное учреждение Институт Матери и Ребенка, Кишинев, Республика Молдова

С целью выявления «слабых звеньев» в системе оказания медицинской помощи детям и разработки соответствующих рекомендаций было изучено влияние различных факторов на эффективность лечения детей в районных больницах республики.

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