

($p < 0,01$) к концу 1 месяца терапии, на 1,92% ($p < 0,01$) к концу 2 месяца и на 1,87% ($p < 0,01$) к окончанию курсовой терапии. Индекс $\Delta RIN_{Tехр}$ снизился на 5,1% ($p < 0,05$) к концу 1 месяца лечения, на 6,1% ($p < 0,01$) к концу 2 месяца и на 5,7% ($p < 0,01$).

Выводы.

1. При терапии *step up* неконтролируемой персистирующей бронхиальной астмы легкого и среднетяжелого течения в течение 3 месяцев уменьшается сопротивление дыхательных путей.

2. При лечении средними дозами ингаляционных глюкокортикостероидов (флутиказона пропионат 250 мкг/сут) у всех детей происходит восстановление функции внешнего дыхания.

3. На фоне комбинированной терапии (флутиказона пропионат 100 мкг/сут+монтелукаст) сопротивление дыхательных путей у детей 3-6 лет снижается менее интенсивно, чем при терапии флутиказона пропионатом 250 мкг/сут.

Боднарь А.Б.

СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Буковинский государственный медицинский университет Черновцы, Украина

В последние годы среди гастроэнтерологической патологии у детей регистрируется рост частоты аномалий развития желудочно-кишечного тракта среди которых наиболее часто встречаются аномалии кишечника, особенно удлинение сигмовидной кишки – долихосигма, которая может являться предиктором развития хронических воспалительных и функциональных заболеваний не только непосредственно толстой кишки (ТК), но и всей пищеварительной системы. В последнее время большую роль в развитии долихосигмы предоставляют недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ).

Нами проведено комплексное клиническое обследование 66 детей (22 девочки (33,3%), 44 мальчика (66,7%)) 4-15 лет с установленным диагнозом долихосигма и 40 практически здоровых детей, которые составили контрольную группу. Проявления НДСТ оценивались по внешним и висцеральным фенотипическим признакам. Исследование элементарного статуса обследованных детей проводилось методом масс-спектрометрии с индуктивно связанной плазмой.

Из фенотипических признаков НДСТ у детей с долихосигмой чаще выявлялись: деформация позвоночника (93,9%), гипермобильность суставов (90,9%), повышенная растяжимость кожи (89,4%), плоскостопие (78,8%), гипермобильность суставов (78,8%), патология органов зрения (43,9%), пролапс митрального клапана (51,5%). Диагноз НДСТ был установлен у 100% детей с долихосигмой. Сравнительный анализ результатов исследования содержания химических элементов крови с показателями практически здоровых детей установил, что значительное число (89,4%) детей с долихосигмой имеют разной степени выраженности дефицит макроэлементов, магния (83,3%), фосфора (81,8%). Так же у всех 66 (100%) обследованных детей с долихосигмой диагностировано снижение кремния и практически у всех (95,5%) селена по сравнению с контрольной группой. Обращает на себя внимание тот факт, что у большинства детей с долихосигмой (87,9%), уровень кальция, участвующего в мышечном сокращении, также был достоверно снижен ($p < 0,05$) относительно показателя практически здоровых детей.

Таким образом, для детей с долихосигмой характерны фенотипические проявления НДСТ. У большинства детей с долихосигмой наблюдается снижение уровня многих коллагенспецифических микро- и макроэлементов. Полученные данные подтверждают необходимость углубленного изучения элементарного статуса у детей с врожденной патологией ТК и обосновывают необходимость проведения индивидуальной коррекции выявленных нарушений.

Ботнева А.В., Нескородова К.А., Малахова-Капанадзе М.А., Дронов И.А.

ВЫБОР РАЦИОНАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТА У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Кафедра детских болезней лечебного факультета, Университетская детская клиническая больница, ГБОУ ВПО Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. И.М. Сеченова, Москва; Детская поликлиника МУЗ Коломенская ЦРБ, Коломна.

Введение. Тонзиллофарингит (ТФ) занимает одно из ведущих мест среди причин обращения к врачу в педиатрической практике. По данным многочисленных исследований чаще всего острый ТФ имеет вирусную этиологию. Среди бактериальных возбудителей основное значение имеет β -гемолитический стрептококк группы А

(БГСА, *Streptococcus pyogenes*). Только стрептококковый ТФ предусматривает обязательную АБТ, поэтому для рационального выбора лечения требуется микробиологическая диагностика. Для ранней верификации стрептококкового ТФ может использоваться экспресс-диагностика БГСА. Цель работы - оптимизировать АБТ острого ТФ у детей в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. Исследование включало 119 детей в возрасте от 2 до 10 лет, обратившихся в поликлинику с жалобами на боль в горле и лихорадку. Пациентов оценивали по бальной шкале Сентора в модификации МакАйзека, включающей 4 клинических критерия и один возрастной (оценка за каждый критерий - 1 балл). Для верификации стрептококкового ТФ у всех пациентов использовали иммунохроматографический экспресс-тест на БГСА (Стрептатест). Влияние экспресс-диагностики на использование АБТ при ТФ определяли на основании общепринятой рекомендации: при невозможности микробиологического обследования АБТ назначается пациентам с оценкой в 2-5 балла по шкале МакАйзека.

Результаты. Положительный результат экспресс-тест на БГСА получили у 23 пациентов (19,3%). Оценка по шкале МакАйзека не имела различий в зависимости от этиологии заболевания ($p=0,37$): средний балл у детей со стрептококковым ТФ составил $2,8 \pm 0,3$ (медиана 3), у детей с нестрептококковым ТФ - $2,9 \pm 0,1$ (медиана 3). Оценку по шкале МакАйзека 2 и более баллов имели 112 пациентов (94,1%). Системную АБТ проводили 44 пациентам (37%): всем детям со стрептококковым и 21 ребенку с нестрептококковым ТФ. С учетом отрицательного результата экспресс-теста на БГСА у 68 детей (57,1%) удалось отказаться от применения АБТ, несмотря на клинические показания.

Заключение. В нашей работе доля БГСА в этиологической структуре острого ТФ составила 19,3%, что согласуется с данными других исследований у детей. Наши результаты подтверждают положение о том, что верифицировать стрептококковый ТФ по клиническим симптомам невозможно. Благодаря применению экспресс-тестов на БГСА удалось сократить частоту назначения АБТ более чем в 2 раза. Таким образом, для оптимизации АБТ при ТФ у детей необходимо широкое внедрение экспресс-диагностики БГСА.

Буданова М.В., Степанова Т.В., Боронина И.В., Маркович А.Б.
**НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВЫХАЖИВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ОТДЕЛЕНИЯ**

*Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко, Воронеж
Воронежская областная детская клиническая больница №1, Воронеж*

Одной из приоритетных задач перинатологии является совершенствование методов выхаживания недоношенных новорожденных, в частности, с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ).

Цель исследования: анализ результатов выхаживания недоношенных новорожденных в условиях неонатального отделения второго этапа за 2011-2012 годы.

Пациенты и методы. Проведено комплексное обследование 486 новорожденных с гестационным возрастом 26-36 недель, массой от 650 до 2200 г, в том числе 149 (30,6%) детей с очень низкой массой тела (ОНМТ).

Результаты. Все дети имели тяжелую сочетанную патологию. В 2012 году количество недоношенных III-IV степени составило 28,2% (33,6% в 2011 году).

Среди основных нозологических форм преобладали перинатальные поражения ЦНС (89,8%), преимущественно гипоксически-ишемического генеза (75,7%); внутриутробная инфекция (84,6%), сепсис. В 2012 году отмечен рост ВЖК III степени - 3,5% (в 2011 году - 1,5%).

Количество детей с пневмонией составило 43,4%, с язвенно-некротическим энтероколитом - 18,5%. В 2012 году отмечен рост количества детей с БЛД до 12,5% (8,1% в 2011 году), с врожденными пороками развития - 10,6%, (5,9% в 2011 году). У 10,2% детей диагностирована ретинопатия. Проблемой недоношенных детей является анемия, развивающаяся у 100% у детей с ЭНМТ и ОНМТ, в 58,4% при недоношенности II степени, в 13,2% при недоношенности I степени. Респираторные расстройства различной степени тяжести отмечены у всех детей с ОНМТ и ЭНМТ.

С учетом тяжести состояния и наличия сочетанной патологии дети нуждались в комплексной реабилитационной терапии. При поступлении в отделение 79,6% детей находились на зондовом питании. 92,3% новорожденных получали круглосуточную инфузионную терапию в первые дни пребывания в отделении. Новорожденные с ЭНМТ требовали проведения парентерального питания в течение 3-4 недель через периферические и центральные венозные катетеры. Дети с III-IV степенью недоношенности в 33,1% случаев нуждались в ИВЛ от 3-5 дней до 1 месяца, оксигенотерапии. С целью коррекции анемии дети получали эритропоэтин с последующим назначением препаратов железа.

При проведении комплексной терапии выхаживание недоношенных было эффективным. На данном этапе