

(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

летальных исходов не наблюдалось. При сбалансированном парентеральном питании дети стабильно прибавляли в массе, имели адекватный диурез, постепенно начинали усваивать нормальные объемы энтерального питания: грудное молоко, специализированные смеси для вскармливания недоношенных.

Бучкова Т.Н., Зрячкин Н.И., Хмилевская С.А., Чеботарева Г.И.  
**ОБОСНОВАНИЕ ВКЛЮЧЕНИЯ В РЕГИОНАЛЬНЫЙ КАЛЕНДАРЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ**  
*Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского, Саратов*

Актуальность. Ветряная оспа крайне контагиозная инфекция. Даже у исходно здоровых лиц возможно развитие серьезных осложнений.

Ветряная оспа входит в пять наиболее значимых инфекционных заболеваний в отношении наносимого экономического ущерба, занимая второе место.

Накопленный мировой опыт проведения массовой иммунизации против ветряной оспы позволяет говорить об эффективности вакцинации.

С учетом рекомендаций ВОЗ в региональные программы 27 субъектов РФ включена вакцинация против ветряной оспы.

Материалы и методы. В качестве базового случая для Саратовской области рассматривали программу двукратной когортной вакцинации детей с введением первой дозы вакцины в возрасте 12 месяцев в 2014 году и второй дозы в возрасте 6 лет в 2019 году, перед поступлением в школу. Для оценки времени до самокупаемости вложений, а также для определения собственно экономической эффективности вакцинопрофилактики ветряной оспы, рассчитывали сумму затрат на вакцинацию и сумму предотвращенного экономического ущерба.

Результаты и обсуждение. По данным ФГУЗ заболеваемость ветряной оспы в Саратовской области в 2008 г. составила 475,5 на 100 тыс. населения (12313 случаев), в 2009 г. – 416,7 (10744), в 2010 г. – 343,1 (8814), в 2011 г. – 415,3 (10473).

Ветряная оспа встречается во всех возрастных группах, однако наибольший вклад вносят дети возрастной когорты от 3 до 6 лет – 4968,9 на 100 тыс. детей, а также школьники от 7 до 14 лет – 1952,1.

При 90% охвате вакцинацией после первой дозы эффективность составит 88%, после второй дозы – 95%.

Затраты на программу вакцинации, исходя из количества не переболевших в возрасте 1 полного года жизни (26596 чел.), при 90% охвате составят 63,43 млн. руб.

Самокупаемость первой вакцинации когорты детей 1 года жизни против ветряной оспы, проведенной в 2014 году, наступит в течение 2018 года.

Для обозначенного выше варианта к концу 2024 года «чистая экономическая выгода» составит порядка 18,2 млн. руб., а предотвращенный ущерб превысит затраты на вакцинацию когорты в 1,3 раза.

Заключение. Включение вакцинации против ветряной оспы в региональный календарь профилактических прививок Саратовской области приведет к существенному снижению заболеваемости, являясь при этом экономически и социально рентабельным вложением.

Василос Л.В., Арамэ М.Г., Хородиштяну-Банух А.И., Оглинда А.А., Палий И.И., Станчу Н.И.  
**СОСТОЯНИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО МЕТАБОЛИЗМА ИММУНОКОМПЕТЕНТНЫХ КЛЕТОК У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ЭКОЛОГИЧЕСКИ КОМПРОМИССНЫХ ТЕРРИТОРИЯХ**  
*Общественное медико-санитарное учреждение Институт Матери и Ребенка, Кишинев, Республика Молдова*

Состояние здоровья детского населения является одним из важнейших индикаторов, отражающих качество среды обитания. Установлено, что длительное воздействие агрессивных средовых факторов на организм детей с наследственной предрасположенностью изменяет состояние регуляторных систем клеточной биоэнергетики. Вследствие чего развивается метаболический дисбаланс иммунокомпетентных клеток. Это ведет к развитию у детей синдрома вторичного иммунодефицита и повышению заболеваемости. Растет частота хронической, инфекционной, аллергической, онкологической, врожденной патологии.

Нарушение иммунного статуса провоцирует появление новых форм заболеваний, связанных с мутацией генов, изменением наследственности микроорганизмов, что утяжеляет течение известных болезней и определяет неэффективность существующих методов лечения, способствует развитию мультифакториальных заболеваний.

Цель: оценить энергетический метаболизм иммунокомпетентных клеток у детей, проживающих на экологически неблагоприятных территориях.