

4. Длин В.В. Дисметаболическая нефропатия, мочекаменная болезнь и нефрокальциноз у детей / В.В.Длин / М.: Оверлей - 2005 -С. 232

5. Игнатова М.С. Перспективы развития нефрологии детского возраста в России в ближайшие 10 лет. / М.С. Игнатова, В.В. Длин / М.: Российский Вестник перинатологии и педиатрии № 1 - 2013 - С. 58-63.

6. Юрьева Э.А. Диагностический справочник нефролога / Э.А. Юрьева, В.В. Длин / М., Оверлей - 2007 - С. 355.

7. Юрьева Э.А. Патогенетические аспекты мочекишечного (пуринового) диатеза у детей. / Э.А. Юрьева, М.И. Яблонская, Г.П. / М.: Российский Вестник перинатологии и педиатрии № 4 - 2013 - С. 40-46.

УДК 615.035.1

Е.А. Байба, А.О. Кубасова, Н.Н. Ломакина, А.О. Сычёва, С.А. Царькова
СТАНДАРТЫ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОРВИ НА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ
УЧАСТКЕ И РЕАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

Кафедра поликлинической педиатрии и педиатрии ФПК и ПП

Уральский государственный медицинский университет

Екатеринбург, Российская Федерация

E.A. Baiba, A.O. Kubasova, N.N. Lomakina, A.O. Sycheva, S.A. Tsarkova
STANDARDS OF REFERENCE OF CHILDREN WITH SARS AT A
POLYCLINIC SITES AND CLINICAL PRACTICE

Department of polyclinic pediatrics and pediatrics FPC and PP

Ural state medical university

Yekaterinburg, Russian Federation

Контактный E-mail: anya_ne_11@mail.ru

Аннотация. В соответствии с принятой в РФ системой контроля качества оказываемой медицинской помощи, качественной считается медицинская помощь, соответствующая стандартам медицинских технологий при отсутствии осложнений, возникших в результате лечения, и достижения удовлетворённости пациента (ВОЗ, 1992 г).

Annotation. In accordance with the quality control system of medical care, adopted in Russia, high-quality is considered medical care, appropriate by standards of medical technologies, in the absence of complications resulting from the treatment and achieve patient satisfaction (WHO, 1992).

Ключевые слова: ОРВИ, полипрагмазия, дети, противовирусные препараты.

Keywords: SARS, polypharmacy, children, antiviral drugs.

Подавляющее большинство пациентов на педиатрическом участке составляют дети с ОРВИ, именно в этой группе больных широко распространена полипрагмазия. Нерациональное применение лекарственных средств при ОРВИ у детей приводит к развитию нежелательных явлений, повышенной медикаментозной нагрузке, удорожанию лечения.

Цель исследования – анализ выбора лекарственных средств для лечения ОРВИ на педиатрическом участке в сравнении с принятыми стандартами оказания медицинской помощи детям с ОРВИ и клиническими рекомендациями.

Материалы и методы исследования

На первом этапе исследования методом сплошной выборки проведено анкетирование 32 участковых педиатров в крупном поликлиническом объединении г. Екатеринбурга. Из них 84% составили женщины (средний возраст - $41,3 \pm 19,4$ год, средний стаж работы педиатром - $18,0 \pm 14,7$ лет). В зависимости от возраста среди респондентов выделено две группы. Первую группу составили 14 педиатров в возрасте $31,8 \pm 4,4$ год, во вторую группу воли 18 врачей в возрасте $54,0 \pm 5,5$ года. Анкета состояла из 30 вопросов, касающихся показаний к назначению лекарственных средств при ОРВИ, выбора этиотропных и других лекарственных средств и оценки их эффективности [3].

На втором этапе исследования проанализировано 79 амбулаторных карт детей в период подъёма заболеваемости ОРВИ. Установлено 179 эпизодов ОРВИ у детей в возрасте $2,4 \pm 0,7$ года. Число эпизодов ОРВИ на одного ребёнка в год составило $2,25 \pm 0,9$, средняя продолжительность одного эпизода ОРВИ не превышала $6,9 \pm 1,7$ дней. Результаты анализа амбулаторных карт заносились в специально разработанную карту первичных данных. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием стандартного прикладного пакета программ Excel.

Результаты исследования и их обсуждение

В соответствии с представленными данными пациенты, которым проводилось лечение ОРВИ, не относились к часто болеющим детям и переносили легкую форму респираторного заболевания. Анализ амбулаторных карт показал, что в 91% случаев в диагнозе указывалось только на наличие ОРВИ без дифференцировки нозологической формы в соответствии с МКБ-10 и указанием формы тяжести болезни, что противоречит клиническим рекомендациям по диагностике и лечению ОРВИ у детей.

При анализе выбора ЛС для лечения ОРВИ установлено, что этиотропные препараты в первые 48 часов от начала болезни назначали от 5 до 30% врачей.

Среди 10 применяемых препаратов преимущество отдавали анаферону детскому, виферону и эргоферону (Рис.1). 70% врачей не использовали этиотропные ЛС после третьего дня от начала болезни. Около 10% педиатров для лечения легкой формы ОРВИ необоснованно назначали ацикловир.

Наиболее эффективными и безопасными противовирусными препаратами (ПВП) врачи считали анаферон детский, эргоферон, виферон и умифеновир.

Оценка противовирусной, иммуномодулирующей активности ПВП, их лечебного, а также профилактического эффекта зависела от врачебного стажа респондентов: врачи с большим стажем работы использовали ПВП при ОРВИ в большей степени как противовирусные ЛС, для врачей со стажем до 5 лет наибольшую значимость имели иммуномодулирующие свойства ПВП.

Значительная часть респондентов (75%) не использовала антибактериальные препараты (АБП) для лечения ОРВИ. Однако, врачи, назначавшие АБП, указывали ранний возраст, кашель, отсутствие динамики симптомов, тяжесть заболевания как показание для назначения АБП, что не соответствует клиническим рекомендациям по лечению бактериальных респираторных заболеваний [2]. АБП первого выбора среди респондентов являлись цефалоспорины и защищенные аминопенициллины, что не соответствует принятым клиническим рекомендациям [4,5].

Среди симптоматических ЛС более половины респондентов выбирали для лечения ОРВИ витамины, антигистаминные и иммуномодулирующие препараты, что не имеет доказательной базы (Рис.2).

Только 5,8% респондентов использовали в своей практике фенспирида гидрохлорид, что приводило к назначению значительного количества симптоматических ЛС (сосудосуживающих – 25%, противокашлевых – 37%).

Необоснованно детям с легкой формой ОРВИ назначался небулизированный беродуал (6,3%) и минеральная вода (2,6%), которая не является стерильным раствором, поэтому не должна использоваться в ингаляционной терапии у детей [3].

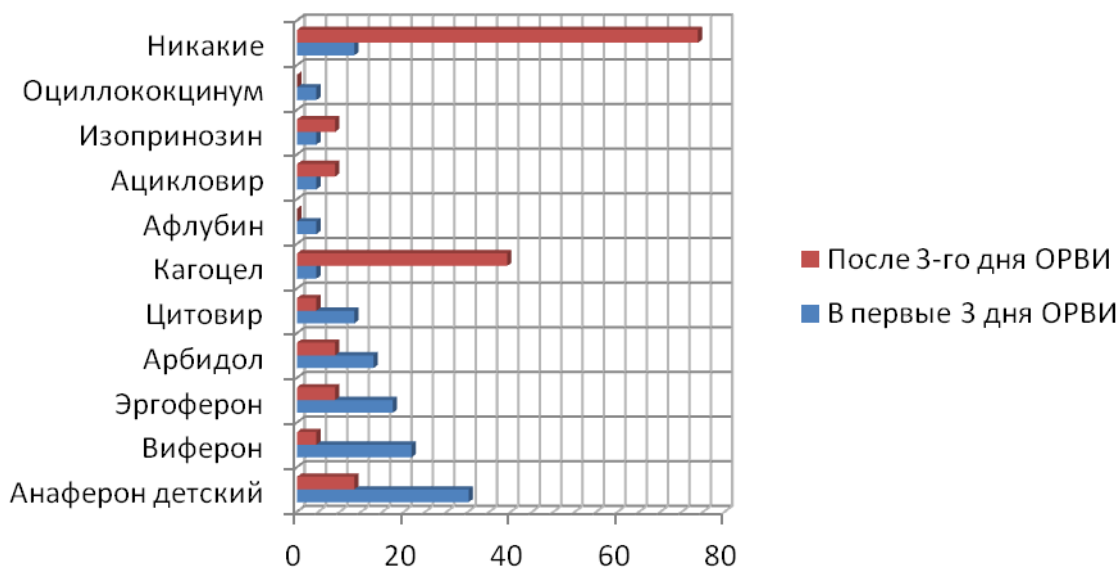


Рис.1. Выбор респондентами противовирусных лекарственных средств для лечения ОРВИ по данным анкетирования.

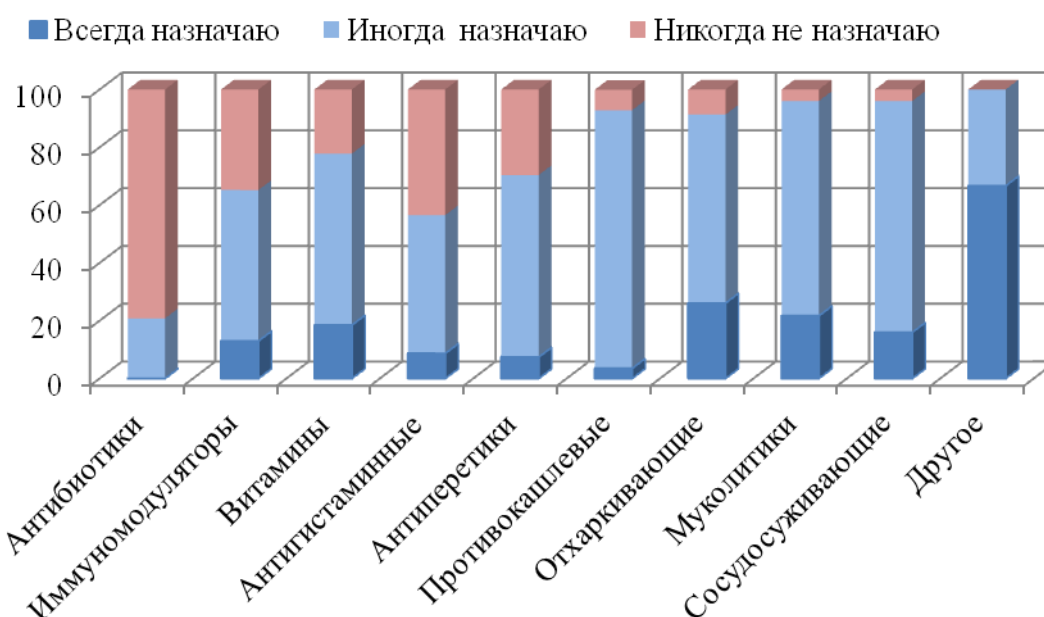


Рис. 2. Выбор респондентами других препаратов кроме противовирусных для лечения ОРВИ по данным анкетирования.

Выводы:

1. Лечение ОРВИ в амбулаторных условиях в целом соответствует принятым стандартам и клиническим рекомендациям (70% респондентов).
2. В качестве диагноза следует избегать термина «ОРВИ». В диагнозе необходимо указывать конкретную нозологическую форму ОРВИ в соответствии с МКБ-10, а также форму тяжести болезни и наличие осложнений.
3. Установлена полипрагмазия при лечении легкой формы ОРВИ у детей, для которой достаточно одного-двух препаратов и питьевого режима.
4. Среди ПВП врачи отдают предпочтение релиз-активным препаратам и умифеновиру, что не противоречит стандартам оказания медицинской помощи и клиническим рекомендациям.
5. Более половины педиатров используют для лечения ОРВИ препараты, не имеющие доказательной базы (витамины, антигистаминные и иммуностимулирующие препараты), около 10% врачей применяют ацикловир, который входит в разряд ЛС off label при лечении ОРВИ.
6. Каждый 4-й врач назначает для лечения ОРВИ АБП, не правильно определяя показания к их назначению, и неверно выбирая стартовый препарат.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о необходимости продолжения внедрения непрерывного медицинского образования, разработки стимулов для самообразования врачей и проведения постоянного мониторинга качества лечебной деятельности участковых педиатров.

Литература:

1. Баранов А.А. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с острой респираторной вирусной инфекцией (острый назофарингит) / А.А. Баранов, Ю.В. Лобзин / М. - 2015

2. Осидак Л.В. Острые респираторные инфекции у детей и подростков: практическое руководство для врачей / Л.В. Осидак, В.П. Дриневский, Л.М.Цибалова и др. / СПб.:ИнформМед - 2014 - С. 256

3. Царькова С.А. Острые респираторные заболевания у детей. Тактика ведения на амбулаторном этапе // Учебное пособие / Екатеринбург: УГМА - 2013 - С. 24

4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28 декабря 2012 г. N 1654н "Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи детям при острых назофарингите, ларингите, трахеите и острых инфекциях верхних дыхательных путей легкой степени тяжести»

5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 12 февраля 2007 г. N 108 "Об утверждении стандарта медицинской помощи больным острым бронхитом»

УДК 613.221

**А.Д. Балданшириева, А.Н. Абдуллаев, П.А. Кадочникова, О.И.
Каргина**
**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЯЗКОСТИ МОЛОЧНЫХ СМЕСЕЙ
И ГРУДНОГО МОЛОКА**

Кафедра общей химии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

A.D.Baldanshirieva, A.N. Abdullaev, P.A. Kadochnikova, O.I. Kargina
**COMPARATIVE ASSESSMENT OF VISCOSITY FORMULA MILK AND
BREAST MILK**

Department of general chemistry
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

Контактный E-mail: motorstormps@yandex.ru

Аннотация. В статье обсуждаются полученные данные по вязкости детских молочных смесей «БеллактИммунис 2», «NutrilacPremium», «Беллакт Кисломолочный 1», «Friso VOM 1» и грудного молока разного периода лактации.

Annotation. These article deals with data about viscosity of infant formula "BelactImmunis 2", "Nutrilac Premium", "Belact sour milk", "Friso VOM1" and breast milk at various stages of lactation.

Ключевые слова: грудное молоко, детские молочные смеси, вязкость.

Keywords: breast milk, infant formula, viscosity.