

Е.А. Образцова, В.Ф. Суховецкая, А.Б. Комиссаров // Вопросы вирусологии. – 2018. – Т.63. – №5. – С.233-239

4. Руженцева Т.А. Возможности повышения эффективности терапии острых респираторных вирусных инфекций различной этиологии у детей / А.А. Плоскирева, Н.А. Алешина, О.С. Астрина, Н.А. Мешкова, Н.И. Иванова, А.А. Могилева // Инфекционные болезни. – 2019. – Т.17. – №2. – С. 46-52

5. Руководство Европейского регионального бюро ВОЗ по дозорному эпиднадзору за гриппом среди людей [Электронный ресурс] // Европейское региональное бюро ВОЗ. – 2011. – 152 с. URL: <http://www.euro.who.int/data/assets/pdf/file/0003/90444/e92738R.pdf> (дата обращения: 07.03.2020)

6. Свистунова Н.В. Сравнительный анализ клинических особенностей гриппа А(Н1N1) и гриппа В у госпитализированных больных / Н.В. Свистунова, И.П. Баранова, О.А. Зыкова, О.В. Федорова // Инфекционные болезни. – 2013. – Т.11. – №1. – С. 27-32

УДК 615.03

**Лялина А.А., Сараева А.А., Царькова С.А.  
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОНИТОРИНГА И КОРРЕКТИРУЮЩИХ  
МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ  
МАУ ДГКБ №11**

Кафедра поликлинической педиатрии и педиатрии ФПК и ПП  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Lyalina A.A., Saraeva A.A., Tsarkova S.A.  
EFFICIENCY OF MONITORING AND CORRECTIVE ACTIONS WHEN  
PROVIDING EMERGENCY ASSISTANCE TO CHILDREN OF MAU DGKB  
№ 11**

Department of polyclinic pediatrics and pediatrics FPK and PP  
Ural State Medical University  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: b-miky@yandex.ru

**Аннотация.** Важным этапом улучшения качества оказания медицинской помощи детям является приведение ее в соответствие с утвержденными клиническими рекомендациями, которые согласно международной практике и разработкам ВОЗ являются документами, устанавливающими алгоритм ведения пациента, диагностики и лечения.

**Annotation.** An important step in improving the quality of medical care for children is to bring it into line with the approved clinical recommendations, which,

according to international practice and WHO developments, are documents establishing the algorithm for patient management, diagnosis and treatment.

**Ключевые слова:** педиатрия; неотложная помощь; сравнительный анализ.

**Key words:** pediatrics; urgent care; comparative analysis.

### **Введение**

Инфекционно-воспалительные заболевания дыхательной системы (острые респираторные заболевания – ОРЗ) – круглогодичный лидер среди причин обращения к педиатрам. Для лечения ОРЗ фармацевтический предлагает на выбор сотни лекарственных средств, которые назначаются педиатрами [6]. Однотипность течения ОРЗ при разной этиологии процесса требует алгоритмизации действий врача для предупреждения полипрагмазии, оптимизации труда и снижения риска врачебных ошибок [1]. Это возможно сделать, назначая лечение в соответствии с утвержденными клиническими рекомендациями, которые согласно международной практике и разработкам ВОЗ являются документами, устанавливающими алгоритм ведения пациента, диагностики и лечения.

**Цель исследования** – оценка эффективности мониторинга и корректирующих мероприятий, на соответствие качества оказания неотложной медицинской помощи детям с острыми заболеваниями органов дыхания, утвержденным клиническим рекомендациям.

Исследование проведено на базе отделения неотложной помощи МАУ ДГКБ № 11 в 2017 и 2019 годах.

### **Материалы и методы исследования**

Ретроспективно, методом случайной выборки отобрано по 10 карт детей со следующими нозологическими формами за 2019 год

- острый назофарингит (n=10)
- острый бронхит (n=10)
- острый ларинготрахеит (n=10)
- внебольничная пневмония (n=10)
- острый тонзиллит (n=10)

Средний возраст детей составил  $6,64 \pm 0,7$  лет.

Проведен сравнительный анализ с данными за 2017 год.

Корректирующие мероприятия в течение года: ежемесячный мониторинг качества лечения, проведение обучающих семинаров, тестирование сотрудников неотложного отделения на знание клинических рекомендаций, самоанализ назначений.

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью компьютерной программы STATISTICA 6.0. Вычислялись средние арифметические значения ( $M$ ), стандартная ошибка средней ( $m$ ), среднеквадратичные отклонения ( $\sigma$ ). Достоверность различий средних величин

проверялась с помощью точного критерия Фишера в малых группах. Все различия считались достоверными при  $p < 0,05$ .

### **Результаты исследования и их обсуждение**

В группе детей с острым назофарингитом ( $n=10$ ) средний возраст составил  $5,6 \pm 1,7$  года. Дети обращались за медицинской помощью на  $1,9 \pm 0,4$  день от начала болезни. В жалобах указывались повышение температуры (30%), боль в ухе (10%), ринит (100%), боль в горле (10%), гиперемия глаз (10%). По данным объективного осмотра в удовлетворительном состоянии находились 100% больных. При физикальном обследовании в 100% случаев доминировал катаральный синдром, отмечалась отечность (100%) и гипертрофия миндалин 2-3 степени (60%), увеличение регионарных лимфатических узлов (10%). При анализе лекарственной терапии выявлено, что противокашлевые средства, отхаркивающие и муколитики в 2019 году не назначались, т.к. согласно клиническим рекомендациям не рекомендуются для использования при ОРВИ ввиду неэффективности, когда в 2017 году они использовались в 46,7% случаев. Широко использовались деконгестанты (2019 году – 100%, против 20% в 2017 году), т.к. они облегчают симптомы заложенности носа, а также восстанавливают функцию слуховой трубы. Местные антибактериальные препараты и препараты для восстановления микрофлоры не показаны для лечения острого назофарингита, однако в 2017 году они использовались в 27% и 46,7% случаев соответственно. В 2019 году после проведения корректирующих мероприятий данные препараты не назначались. Тем не менее на одного больного приходилось  $3,4 \pm 0,2$  препарата, что не является обоснованным.

В группе детей с острым бронхитом (ОБ) ( $n=10$ ) средний возраст пациентов составил  $2,9 \pm 0,37$  года. В среднем за медицинской помощью обращались на  $5,6 \pm 1,45$  день. По данным объективного осмотра в удовлетворительном состоянии находились 90% больных. Клинически в 100% случаев у детей присутствовал кашель, в 70% - ринит, в 30% - повышение температуры тела, одышка (10%). При анализе лекарственной терапии выявлено, что муколитики и отхаркивающие препараты, рекомендуемые при ОБ при вязкой, трудно отделяемой мокроте, были назначены в 10% случаев, когда в 63,3%. Противоречит клиническим рекомендациям и назначение антибактериальных препаратов при остром бронхите, назначение их снизилось с 30% в 2017 году до 10% в 2019 году. Согласно клиническим рекомендациям препараты для восстановления микрофлоры и иммуномодуляторы не показаны для лечения острого бронхита [3], и в 2019 году они не назначались, когда в 2017 году их использовали в 43,3% и 13,3% случаев соответственно. На одного больного приходилось  $2,9 \pm 0,37$  препараты, против  $4,3 \pm 0,2$  в 2017 году, что является положительным моментом.

В группе детей с острым тонзиллитом ( $n=10$ ) средний возраст пациентов составил  $5,80 \pm 1,06$  лет, день обращения -  $2,00 \pm 0,27$ . В жалобах указывались фебрильная лихорадка (40%), кашель (40%), ринит (30%), боль в горле (40%).

По данным объективного осмотра в удовлетворительном состоянии находились 100% больных. Клинически у 40% пациентов присутствовала отечность миндалин, у 100% налеты на миндалинах, гипертрофия миндалин II-III и увеличение регионарных лимфатических узлов у 40% детей. Отсутствие экспресс диагностики стрептококкового тонзиллита (БГСА тонзиллита) в данном исследовании не позволило провести дифференциальную диагностику вирусной и бактериальной этиологии острого тонзиллита. Поэтому, большинство детей получили АБТ (100%), в то время как по данным литературы [4] большинство детей с налетами в зеве имеют вирусную этиологию заболевания. Среди назначенных АБП 50% детей получили амоксициллин, который по клиническим рекомендациям является препаратом выбора при остром тонзиллите, Топические антисептики назначены в 80% наблюдений, что соответствует клиническим рекомендациям. На одного больного, в среднем, приходилось  $5,10 \pm 0,71$  препарата, такое количество препаратов не является обоснованным.

В группе детей с острым ларингитом (ОЛ) (n=10) средний возраст пациентов составил  $3,8 \pm 0,9$  лет. Дети обращались за медицинской помощью на  $1,9 \pm 0,46$  день от начала болезни. В жалобах указывались субфебрильная лихорадка (50%), кашель (90%), ринит (40%). По данным объективного осмотра в удовлетворительном состоянии находились 100% больных. При осмотре у 100% пациентов присутствовала гиперемия зева. При анализе лекарственной терапии выявлено, что противовирусные средства не назначались, учитывая тот факт, что все дети с ОЛ обратились с легкой формой заболевания в удовлетворительном состоянии и позже 2-го дня от начала болезни, ПВС им были не показаны. Оправдано назначение элиминационной терапии (назначена в 100%). При ОЛ обосновано применение ингаляционных ГКС (Пульмикорт), которые были назначены в 100% случаев, в 2017 году помимо ингаляций с Пульмикортом (67%), был назначен Амброксол, являющийся отхаркивающим и муколитическим средством. На одного больного приходилось  $2,6 \pm 0,07$  препарата, что показывает положительную динамику в сравнении с 2017 годом ( $4 \pm 0,07$ )

В группе детей с внебольничной пневмонией (ВП) (n=10) средний возраст пациентов составил  $11,60 \pm 1,44$  лет, день обращения -  $6,40 \pm 1,53$ . В жалобах указывались фебрильная лихорадка (70%), кашель (100%), ринит (50%). По данным объективного осмотра в удовлетворительном состоянии находились 30% больных, в состоянии средней степени тяжести 70%. У всех пациентов присутствовали жесткое дыхание и гиперемия зева, в 40% случаев выслушивались хрипы в легких. При анализе лекарственной терапии при ВП АБТ назначались в 100% случаев, муколитики и отхаркивающие средства в 80%. В 100% в 2017 году назначались топические антисептики, которые при ВП не показаны [2], в 2019 году их назначение снизилось до 20%. В среднем, один пациент получил  $4,80 \pm 0,34$  препарата. Положительным фактом является рациональный выбор АБП, а также, назначение муколитических препаратов,

которые улучшают проникновение АБП в легочную ткань. Так, Амброксол усиливает проникновение в бронхиальный секрет и легочную ткань антибиотиков — амоксициллина, цефуроксима и эритромицина, и стимулирует синтез сурфактанта, тем самым повышая эффективность АБТ при бактериальных процессах в легких [6].

**Выводы:**

Положительные результаты:

1. В 2019 году достоверно снизилось назначение противовирусных (2017 год - 46,7% и 2019 год - 10 %) и антибактериальных препаратов при остром назофарингите (2019 году – ни одному ребенку), достоверно увеличилось назначение сосудосуживающих капель 2017 – 20%, 2019 – 90%)

2. При остром бронхите достоверно снизилось назначение антибактериальных препаратов (2017 год– 40% и в 2019 году - 10%) и препаратов для восстановления микрофлоры (2017 год - 43,3% и 2019 год - 10%), которые не показаны при остром бронхите согласно клиническим рекомендациям

3. При остром тонзиллите и пневмонии антибиотикотерапия стала более адекватной (амоксициллин и амоксиклав)

4. В 2 раза снизилось количество назначенных препаратов на одного ребенка при остром ларингите (на 33% чаще стали назначать ингаляции с ГКС (Пульмикорт).

Негативные результаты:

1. Для лечения респираторных заболеваний ВДП по-прежнему используется более 4-х препаратов на одного больного, что не соответствует ФКР.

2. По-прежнему не проводится экспресс диагностика БГСА тонзиллита, доля назначений АБП составила 100%, что не соответствует ФКР, однако АБТ при остром тонзиллите стала более адекватной.

3. Для лечения детей с ВП возросло количество лекарственных препаратов назначенных на одного больного (4,80±0,34)

**Список литературы:**

1. Камаев А.В., Трусова О.В., Коростовцев Д.С., Макарова И.В., Калюжин О.В. Алгоритм ведения детей с острыми респираторными инфекциями на амбулаторном этапе/ Педиатрия. Приложение к журналу Consilium Medicum. - 2016. №4. – с. 59-65

2. Клинические рекомендации «Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) у детей » / Под руководством А.А. Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой// Москва. – 2018. – 33 с.

3. Клинические рекомендации «Острый бронхит у детей» / Под руководством А.А. Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой// Москва. – 2018. – 27 с.

4. Клинические рекомендации «Острый тонзиллит у детей» / Под руководством А.А. Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой// Москва. – 2016. – 24 с.

5. Клинические рекомендации «Внебольничная пневмония у детей» / Под руководством А.Г. Чучалина// Москва : Оригинал-макет, 2015. — 64 с.

6. Малахов А. Б. Фармакотерапия кашля у детей с респираторными инфекциями/Малахов А. Б., Дронов И. А. // Consilium Medicum. Педиатрия. – 2014. – № 1. – С.45–49

УДК 616-053.32

**Мартыненко Ю.А., Рубинов М.А.**

**ОСТЕОПАТИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕДОНОШЕННЫХ  
НОВОРОЖДЕННЫХ С ДЫХАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ**

Кафедра госпитальной педиатрии

Кафедра нервных болезней, нейрохирургии и медицинской генетики

Уральский государственный медицинский университет

Екатеринбург, Российская Федерация

**Martynenko Yu.A., Rubinov M.A.**

**OSTEOPATHY IN THE COMPLEX TREATMENT OF PRETERM INFANTS  
WITH RESPIRATORY DISORDERS**

Department of hospital pediatrics

Department of nervous diseases, neurosurgery and medical genetics

Ural state medical university

Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: martynenkomed@mail.ru

**Аннотация.** В данной статье представлены ближайшие результаты проспективного исследования по оценке эффективности остеопатического лечения у недоношенных новорожденных.

**Annotation.** This article presents the immediate results of a prospective study to evaluate the effectiveness of osteopathic treatment in premature infants.

**Ключевые слова:** недоношенность, РДС, БЛД, остеопатия, новорожденный.

**Key words:** prematurity, RDS, BPD, osteopathy, newborn.

**Введение**

Ежегодно в России рождается около 6% недоношенных детей. В среднем в мире эта цифра достигает 10%.[3]. Современные методы неонатальной помощи позволяют выхаживать таких детей. Однако, в раннем неонатальном периоде в 60% случаев у них развиваются дыхательные нарушения [1].