

1. В половой структуре преобладают мальчики.
2. В возрастной структуре преобладают дети подросткового возраста.
3. Диагностика СВД представляет определенные трудности в связи с полисистемностью симптомов. Наиболее значимыми для постановки диагноза являются клиническая картина, анамнез заболевания и инструментальные исследования.
4. Наиболее частыми симптомами СВД являются: головная боль, головокружение, повышение АД, боли в области сердца и снижение работоспособности.
5. Исходный вегетативный тонус у обследуемых больных характеризуется ваготонией. В вегетативной реактивности преобладает гиперсимпатикотония.
6. Зависимость симптомов со стороны сердечно-сосудистой системы от отягощенного семейного анамнеза по заболеваниям сердечно-сосудистой системы статистически не значима.
7. Все больные СВД подлежат наблюдению врача-кардиолога и невролога с последующим лечением и реабилитацией. Оптимальным результатом диспансерного наблюдения является купирование клинических симптомов при передаче больного во взрослую сеть, с целью обеспечения возможности дальнейшего обучения, выбора профессии и сохранения работоспособности.

#### **Список литературы:**

1. Белозеров Ю.М. Детская кардиология / Ю.М. Белозеров. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 600 с.
2. Вейн А.М. Вегетативные расстройства. Клиника, диагностика, лечение / А.М. Вейн. – М.: МИА, 2003. – 752 с.
3. Леонтьева И.В. Лекции по кардиологии детского возраста / И.В. Леонтьева. – М.: ИД Медпрактика-М, 2005. – 536 с.
4. Галактионова М.Ю. Синдром вегетативной дисфункции у детей и подростков: вопросы диагностики, лечения, диспансеризации. Методические рекомендации / М.Ю. Галактионова. – М.: МЕДпресс-информ, 2015. – 48с.
5. Акарачкова Е.С. Синдром вегетативной дистонии у современных детей и подростков / Е.С. Акарачкова, С.В. Вершинина // Педиатрия. - 2011. - Т.90. - №6. – С. 129-136.

УДК 616.21-053.2-083.88

**Максимова С. В., Новосёлов А.М.**  
**АУДИТ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ  
С ОСТРОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ НА  
АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ**

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

**Maksimova S. V., Novoselov A. M.**  
**AUDIT OF QUALITY OF RENDERING MEDICAL ASSISTANCE TO  
CHILDREN WITH ACUTE PATHOLOGY OF RESPIRATORY  
ORGANIZATIONS AT AN OUT-PATIENT**

Department of polyclinic pediatrics and pediatrics postgraduate training  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: maksimova-serafima@rambler.ru

**Аннотация.** В настоящей статье представлен анализ соответствия качества оказания неотложной медицинской помощи детям с острыми заболеваниями органов дыхания, утвержденным клиническим рекомендациям.

**Annotation.** This article presents an analysis of compliance with the quality of emergency medical care for children with acute respiratory diseases and approved clinical guidelines.

**Ключевые слова:** острый назофарингит, острый бронхит, острый ларингит, тонзиллит, пневмония, неотложная медицинская помощь, клинические рекомендации.

**Key words:** acute nasopharyngitis, acute bronchitis, acute laryngitis, tonsillitis, pneumonia, emergency medical care, clinical guidelines.

### **Введение**

Острые заболевания органов дыхания являются наиболее частой причиной обращений родителей в поликлинику с заболевшим ребенком (82%). Для лечения ОРЗ фармацевтический рынок и многочисленные стандарты и руководства предлагают на выбор сотни лекарственных средств, которые назначаются педиатрами [6]. Анализ проводимой в Российской Федерации терапии ОРЗ показывает, что полипрагмазия в педиатрической практике стала повседневной общепринятой реальностью [7].

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.

**Цель исследования** - проведение анализа соответствия качества оказания неотложной медицинской помощи детям с острыми заболеваниями органов дыхания утвержденным клиническим рекомендациям.

### **Материалы и методы исследования**

Исследование проводилось методом ретроспективного анализа карт обращения за неотложной медицинской помощью детей с патологией органов дыхания в крупной городской больнице г. Екатеринбург.

Методом случайной выборки отобрано 90 карт обращений за неотложной помощью, из них мальчики составили 54,4%, девочки 45,6%. Средний возраст

пациентов –  $5,94 \pm 0,37$  лет. Нозологии, обусловленные респираторной патологией, были разделены на пять групп – острый назофарингит ( $n=30$ ), острый бронхит ( $n=30$ ), острый ларингит ( $n=10$ ), острый тонзиллит ( $n=10$ ), внебольничная пневмония ( $n=10$ ).

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Microsoft Excel. Вычисление средних показателей осуществлялось путем определения среднего арифметического и стандартного отклонения от него.

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

В группе детей с острым назофарингитом ( $n=30$ ) средний возраст составил  $4,53 \pm 0,53$  года. Дети обращались за медицинской помощью на  $4,23 \pm 0,55$  день от начала болезни. В жалобах указывались фебрильная лихорадка (20%), кашель (63%), ринит (86,6%), боль в горле (10%), отделяемое из глаз и склерит (6,7%). По данным объективного осмотра в удовлетворительном состоянии находились 66,7% больных. При физикальном обследовании в 86,6% случаев доминировал катаральный синдром, лихорадка менее  $37,7^{\circ}\text{C}$  наблюдалась у 67% пациентов, кашель – у 63,3% детей, везикулезные высыпания в зеве отмечены у 3,5% обратившихся за помощью, также у части детей регистрировались увеличение регионарных лимфатических узлов, отечность миндалин (10%) и гнойный конъюнктивит (6,7%).

При анализе лекарственной терапии выявлено, что противовирусные средства (ПВС) назначались 46,7% детей, что не согласуется с клиническими рекомендациями, так как позже 4-го дня от начала болезни назначение ПВС является неэффективным. Кроме того, у большинства детей была зафиксирована легкая форма болезни (67%) и отсутствует тяжелая фоновая патологии [1]. Широко назначались топические антисептики (86,6%), хотя рекомендуется их назначение после 2-х лет. Противокашлевые, отхаркивающие, муколитики не рекомендуются для использования при ОРВИ ввиду неэффективности, однако они были назначены в 43,3% анализируемых случаев. Общее число наименований лекарственных средств (ЛС) превышало 30, на одного больного приходилось  $3,37 \pm 0,18$  препарата, что, вряд ли, является обоснованным.

Таким образом, установлено несоответствие спектра назначаемых ЛС утвержденным клиническим рекомендациям при остром назофарингите. Положительным фактом является минимальная доля назначения системных антибактериальных препаратов (АБП) (1 из 30 детей) и отсутствие назначения иммуномодуляторов, которые не показаны при данном заболевании.

В группе детей с острым бронхитом (ОБ) ( $n=30$ ) средний возраст пациентов составил  $4,53 \pm 0,59$  года. Обращает на себя внимание факт более позднего обращения за медицинской помощью детей старше 5-ти лет ( $8,9 \pm 3,03$  день) по сравнению с пациентами до 5-ти лет ( $2,58 \pm 0,22$  день от начала болезни). По данным объективного осмотра в удовлетворительном состоянии находились 70% больных. Клинически в 100% случаев у детей присутствовал кашель, в 76,6% - ринит, в 66,7% - лихорадка более  $37^{\circ}\text{C}$ , хрипы выслушивались у 60% детей.

При анализе лекарственной терапии выявлено, что ПВС дети с ОБ получали в 2 раза реже, чем при остром назофарингите (23,3 и 46,7% соответственно). В клинических рекомендациях по ОБ данная группа препаратов назначается только при симптомах гриппа, кроме того детям старше 5 лет, обратившихся за помощью позже 8 дня, назначение ПВС является неэффективным. Муколитики и отхаркивающие препараты, рекомендуемые при ОБ при вязкой, трудно отделяемой мокроте, были назначены в 63,3% случаев. Противоречит клиническим рекомендациям и назначение АБП при ОБ (30%). Среди назначенных АБП обращает на себя внимание использование цефалоспоринов (не эффективны при бактериальной этиологии острого бронхита) и макролидов (показаны только при доказанной атипичной этиологии). Число используемых ЛС, в целом, в этой группе пациентов составило более 36, на одного больного приходилось  $4,3 \pm 0,2$  препарата, такое количество препаратов не является обоснованным.

Таким образом, установлено несоответствие спектра назначаемых ЛС при ОБ утвержденным клиническим рекомендациям. По клиническим данным острый обструктивный бронхит имел место у 13,3% детей, тогда как бронхолитическая терапия назначена 30% пациентов. Не обосновано назначение большинства других ЛС (АБП, иммуномодуляторы, препараты для восстановления микрофлоры и т.д.) [2].

В группе детей с острым тонзиллитом (ОТ) ( $n=10$ ) средний возраст пациентов составил  $10,7 \pm 1,25$  лет, день обращения -  $2,7 \pm 0,3$ . В жалобах указывались фебрильная лихорадка (100%), кашель (20%), ринит (10%), боль в горле (60%). По данным объективного осмотра в удовлетворительном состоянии находились 50% больных. Клинически у 90% пациентов присутствовала отечность миндалин, у 80% налеты на миндалинах, гипертрофия миндалин II-III и увеличение регионарных лимфатических узлов у 50% детей, лихорадка менее  $37,7^\circ\text{C}$  у 40% пациентов.

Отсутствие экспресс диагностики стрептококкового тонзиллита (БГСА тонзиллита) в данном исследовании не позволило провести дифференциальную диагностику вирусной и бактериальной этиологии ОТ. Поэтому, большинство детей получили АБТ (80%), в то время как по данным литературы [3] большинство детей с налетами в зеве имеют вирусную этиологию заболевания. Среди назначенных АБП 10% детей получили азитромицин, который по клиническим рекомендациям не является препаратом выбора при ОТ, Топические антисептики при ОТ назначены в 80% наблюдений, что соответствует клиническим рекомендациям. Общее число используемых ЛС при лечении ОТ превышало 20, многие из них отсутствуют в клинических рекомендациях. На одного больного, в среднем, приходилось  $4,2 \pm 0,21$  препарата, такое количество препаратов не является обоснованным.

В группе детей с острым ларингитом (ОЛ) ( $n=10$ ) средний возраст пациентов составил  $3,01 \pm 0,53$  лет. Дети обращались за медицинской помощью на  $2,6 \pm 0,44$  день от начала болезни. В жалобах указывались субфебрильная лихорадка (40%), кашель (100%), ринит (60%). По данным объективного

осмотра в удовлетворительном состоянии находились 100% больных. При осмотре у 90% пациентов присутствовала гиперемия зева.

При анализе лекарственной терапии выявлено, что ПВС назначались у каждого второго пациента (50%). 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. Топические антисептики при ОЛ назначены в 100% случаев, однако рекомендуется их назначение после 6 лет. Оправдано назначение элиминационной терапии (назначена в 100%). Иммуномодуляторы, ингаляции, противоаллергические препараты – не показаны (были назначены 20%). Число используемых ЛС составило более 15, на одного больного приходилось  $4 \pm 0,07$  препарата, что при легкой форме ОЛ не является обоснованным.

Таким образом, установлено несоответствие спектра назначаемых ЛС при ОЛ утвержденным клиническим рекомендациям (несоблюдение показаний для назначения ПВС, иммуномодуляторов, ингаляций, противоаллергических препаратов). В качестве позитивного факта необходимо отметить отсутствие назначения АБТ, и активное назначение элиминационной терапии.

В группе детей с внебольничной пневмонией (ВП) ( $n=10$ ) средний возраст пациентов составил  $5,9 \pm 0,83$  лет, день обращения -  $6,2 \pm 0,47$ . В жалобах указывались фебрильная лихорадка (80%), кашель (100%), ринит (90%). По данным объективного осмотра в удовлетворительном состоянии находились 60% больных, в состоянии средней степени тяжести 40%. У всех пациентов присутствовали жесткое дыхание и гиперемия зева, в 40% случаев выслушивались хрипы в легких, 20% детей при обращении зафиксирована лихорадка более  $37^{\circ}\text{C}$ .

При анализе лекарственной терапии при ВП АБТ назначались в 90% случаев, муколитики и отхаркивающие средства в 50%. В 100% назначены топические антисептики, которые при ВП не показаны [1]. Число используемых ЛС при лечении ВП составило более 20, что подтверждает наличие полипрагмазии при лечении ВП. В среднем, один пациент получил  $3,7 \pm 0,4$  препарата.

Таким образом, установлено несоответствие спектра назначаемых ЛС утвержденным клиническим рекомендациям при лечении ВП у детей в неотложном отделении. 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 [5].

#### **Выводы:**

- Большинство детей, обратившихся за медицинской помощью с острыми респираторными симптомами в отделение неотложной помощи (60—70%) не требовали проведения неотложных мероприятий.

- Для лечения респираторных заболеваний верхних дыхательных путей в практике педиатра используется более 30 лекарственных средств, что не соответствует утвержденным клиническим рекомендациям.

- При остром бронхите 40% детей получают АБТ, что не соответствует утвержденным клиническим рекомендациям.

- При анализе лечения детей с респираторными симптомами не обоснованно назначены большинства ЛС (ПВС, иммуномодуляторов, препаратов для восстановления микрофлоры, противоаллергических лекарственных средств).

- Отсутствие экспресс диагностики (Стрептатест) острого БГСА тонзиллита приводит к нерациональному использованию АБП при данном заболевании.

- Для лечения детей с ВП используется около 10 ЛС, из них 80% не соответствуют федеральным клиническим рекомендациям.

- По итогам проведенного аудита оказания медицинской помощи детям с острыми заболеваниями органов дыхания необходимо проведение корректирующих мероприятия с доведением информации до руководителей лечебных учреждений:

- повышение качества ведения медицинской документации, информирование, контроль и обучение врачей/фельдшеров (особенно молодых специалистов);

- разработка локальных клинических протоколов по основным нозологическим формам с контролем их исполнения;

- снижение назначения АБТ при остром бронхите до 10%;

- внедрение экспресс диагностики (Стрептатеста) у детей с налетами в зеве для исключения БГСА тонзиллита и рационального назначения АБТ.

#### **Список литературы:**

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

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

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

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

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

6. Педиатрия: национальное руководство. Краткое издание / Под ред. А. А. Баранова – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 768 с.

7. Руженцова Т.А., Проблема полипрагмазии при лечении ОРВИ в педиатрической практике/ Руженцова Т.А//Лечащий врач. – №6. – 2017 г.

УДК 613.955

**Мещерякова А.П.**  
**ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С**  
**БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

Кафедра факультетской педиатрии и пропедевтики детских болезней  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская федерация

**Meshcheryakova A.P.**  
**PHYSICAL DEVELOPMENT IN CHILDREN WITH ASTHMA**  
Department of faculty pediatrics and propaedeutic of children's diseases  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: nancym98@mail.ru

**Аннотация.** В статье представлен анализ физического развития детей, страдающих бронхиальной астмой. Оценка физического развития проводилась по международным стандартам ВОЗ и по региональным центильным таблицам. Установлено, что увеличение длительности заболевания сопровождается нарушением физического развития в виде дисгармоничности морфофункционального статуса. При этом, у мальчиков преобладает избыток массы тела, у девочек – дефицит массы тела.

**Annotation.** The paper pays great attention to the physical development and morphofunctional status of children with asthma. Assessment of physical development was carried out using the centile method, taking into account international standards. A pattern was found: the longer the status of the disease, the more morphofunctional status is disharmonious. At the same time, boys tend to overweight, and girls - to deficiency.

**Ключевые слова:** дети, физическое развитие, масса тела, бронхиальная астма.

**Key words:** children, physical development, body mass, asthma.

**Введение**

Физическое развитие - это комплекс морфофункциональных свойств, которые определяют запас физических сил организма. Мониторинг физического развития является эффективным способом контроля за состоянием здоровья и методом ранней диагностики патологических состояний [1,2]. По данным научных исследований, в последнее десятилетие отмечается рост числа детей с хроническими заболеваниями. Так, распространенность бронхиальной