

выявлению болезней эндокринной системы является эффективным мероприятием в системе здравоохранения.

Литература:

1. Дедов И.И. Дефицит йода – угроза здоровью и развитию детей России. Пути решения проблемы: Национальный доклад / И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, Е.А.Трошина и др. / М. – 2006 – С. 124
2. Кислицына О.А. Здоровье детей - богатство нации: тенденции, факторы риска, стратегии сбережения / О.А. Кислицына / М.: МАКС Пресс – 2001 – С. 240
3. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Департамент анализа, прогноза и инновационного развития здравоохранения ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава. Статистическая информация 2010-2013 гг [Электронный ресурс] Режим доступа: [http: // http://www.rosminzdrav.ru/documents/6686-statisticheskaya-informatsiya](http://www.rosminzdrav.ru/documents/6686-statisticheskaya-informatsiya)

УДК 616.24-002

Д.З. Бузуева, К.И. Журавлева, Е.А. Чуйкова, Л.В. Медведева, Е.Е. Минина

**АНАЛИЗ ВЕДЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ НА
ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ**

Кафедра факультетской педиатрии
ЮУГМУ Минздрава России
Челябинск, Российская Федерация

D.Z. Buzueva, K.I. Zhuravlyeva, E.A. Chuykova, L.V.Medvedeva, E.E. Minina

**ANALYSIS OF THE MONITORING OF CHILDREN'S GROUP WITH
COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN THE PEDIATRIC SECTION**

Department of faculty pediatrics
South Ural State Medical University
Chelyabinsk, Russian Federation

Контактный E-mail: dburanshina@gmail.com

Аннотация. Проанализировано 137 амбулаторных карт (форма 112/у) детей в возрасте от 1 месяца до 16 лет, которым в течение последнего года был выставлен диагноз «Внебольничная пневмония». Выявлены недостатки в проведении даже рутинных диагностических мероприятий на амбулаторном этапе ведения детей с внебольничной пневмонией (например, в амбулаторных картах нет описания симптома кашля при внебольничной пневмонии в -12%,

одышки в - 46%, перкуссии в - 54%). Обнаружены дефекты оказания медицинской помощи: применение альтернативных антибактериальных препаратов в качестве препаратов выбора. Обращает на себя внимание неполный охват детей, перенесших пневмонию, реабилитационными мероприятиями.

Annotation. 137 outpatient card (form 112) were analyzed of children aged 1 month up to 16 years, which in the last year was diagnosed with community-acquired pneumonia. Disadvantages were identified of execution even routine diagnostic intervention of children with community-acquired pneumonia for outpatient management (for example, in outpatient card were not describing symptoms of cough -12%, shortness of breath -46%, percussion -54%). The problems of medical care were revealed: the use of alternative antibacterial drugs as of choice. The incomplete coverage rehabilitation activities was found of children who had community-acquired pneumonia.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, дети, диагностика, антибиотикотерапия.

Keywords: community-acquired pneumonia, children, monitoring, antibiotic therapy.

Пневмония - одно из наиболее частых и серьезных заболеваний легких у детей [1,4,5,6]. Распространенность пневмонии составляет от 5 до 10 случаев на 1000 детей [1,6]. Пневмония входит в список 10 самых распространенных причин смерти во всем мире. Основная роль в диагностике и лечении внебольничной пневмонии (ВП) у детей принадлежит участковому педиатру. Проведенные ранее исследования в г. Челябинске показали высокую частоту тактических ошибок в диагностике и лечении различной патологии (бронхообструктивный синдром, часто болеющие дети) на педиатрическом участке [2,3].

Цель исследования – анализ ведения детей с внебольничной пневмонией на педиатрическом участке.

Материалы и методы исследования

Исследование ретроспективное по типу поперечного среза. Метод выборки – сплошной. Проанализировано 137 амбулаторных карт (форма 112/у) детей в возрасте от 1 месяца до 16 лет, которым в течение последнего года был выставлен диагноз «Внебольничная пневмония». В данном исследовании участвовало 13 поликлиник г. Челябинска и 1 поликлиника г. Копейска.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст детей составил 5,6 лет (из них 45% мальчики и 55% девочки). К группе часто болеющих относилось 32,8% заболевших ВП. Перенесли ОРВИ за 2-3 недели до заболевания ВП 36% детей. Отмечалась высокая распространенность фоновой патологии на 1-м году жизни у детей с ВП (у каждого второго был рахит - 48,2%; у каждого третьего анемия - 33%). Были проанализированы диагностические мероприятия на педиатрическом

участке, проведённые детям с подозрением на ВП. Описание кашля было только в 88% амбулаторных карт, из них в 69% случаев был отмечен влажный компонент, несмотря на то, что влажный кашель является одним из достоверных критериев диагноза ВП [1]. Одышка зафиксирована в 21% случаев, бронхообструктивный синдром (БОС) у 19% больных, одышка в сочетании с БОС – 14%. Сравнительная перкуссия лёгких описана лишь в 46% случаев. Среди детей, которым проведена перкуссия, укорочение перкуторного звука над лёгкими выявлено у каждого четвёртого. Аускультативная картина была представлена: локальные изменения - у 60% больных, диффузные - у 33%, наличие и тех и других изменений отмечено в 14% случаев. Отмечены аускультативные феномены: крепитация - в 5% случаев, влажные хрипы - 53%, сухие хрипы - 26%, ослабление дыхания - 26%. Общий анализ крови проведен у 96% детей, но при этом у каждого пятого только на 7 день болезни, уже после начала антибактериальной терапии. Рентгенография органов грудной клетки проведена в амбулаторных условиях 74% детей, в стационаре - 26%. Чаще встречаются односторонние пневмонии.

По локализации воспалительного процесса пневмонии чаще правосторонние, чем левосторонние. Повторные пневмонии были в 9% отобранных карт, из них 41,6% случаев повторной сегментарной пневмонии, что может говорить о формировании хронического бронхо-легочного процесса. Распределение внебольничных пневмоний по морфологическому признаку: очаговая - 47%, сегментарная – 44%, лобарная – 4%, очагово-сливная -3%, полисегментарная – 2%.

Антибактериальная терапия была назначена детям в 100% случаев. В первые три дня от первичного обращения антибиотик получили 70% детей. Среди назначаемых препаратов были: незащищенные пенициллины - 9%, защищенные пенициллины – 19%, макролиды - 16%, цефалоспорины I - 4%, цефалоспорины II и III поколения - 58%. Согласно научно-практической программе по внебольничной пневмонии у детей [1], цефалоспорины являются препаратами альтернативного лечения, а терапия цефалоспорином I поколения не используется.

Дети, перенесшие острую пневмонию, должны консультироваться пульмонологом и наблюдаться в кабинете восстановительного лечения в течение трех месяцев, дети старше трех лет - в течение двух месяцев [1]. Дети только в 40% были обследованы у пульмонолога и прошли курс реабилитации; 40% было рекомендовано посещение специалиста и прохождение курса реабилитации, но так и не проведены; 20% рекомендации не были даны и на учете не состояли.

Выводы:

1. Выявлена неполнота проведения рутинных диагностических мероприятий на амбулаторном этапе ведения детей с внебольничной пневмонией, а, следовательно, соответствующий процент поздней диагностики.

2. Обнаружены следующие дефекты оказания медицинской помощи: применение альтернативных антибактериальных препаратов в качестве препаратов выбора и необоснованное назначение бронхолитической терапии части больных.

3. Выявлен неполный охват детей, перенесших пневмонию, реабилитационными мероприятиями.

Таким образом, выявлена неполнота проведения рутинных диагностических мероприятий на амбулаторном этапе ведения детей с внебольничной пневмонией, а также дефекты оказания медицинской помощи, неполный охват детей, перенесших пневмонию, реабилитационными мероприятиями, что необходимо учитывать для улучшения качества диспансерного наблюдения группы ведения таких детей на амбулаторно-поликлиническом уровне.

Литература:

1. Внебольничная пневмония у детей: Клинические рекомендации. / Москва.:Оригинал-макет – 2015 – С. 64

2. Жаков Я.И. Клинико-лабораторные особенности группы часто болеющих детей. Анализ диспансерного наблюдения в условиях поликлиники / Я.И. Жаков, Д.С. Василькова, Е.Е. Минина, Л.В. Медведева // Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции «Проблемы медицины в современных условиях» / Казань – 2014 – С. 130-132

3. Жаков Я.И. Анализ ведения группы детей с бронхообструктивным синдромом в условиях поликлиники / Я.И. Жаков, Д.С. Василькова, Е.Е. Минина, Л.В. Медведева // «Проблемы медицины в современных условиях» / Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции / Казань – 2015 – С. 93-95

4. Мизерницкий Ю.Л. Внебольничные пневмонии у детей: оптимальный выбор антибактериальной терапии в современных условиях / Ю.Л. Мизерницкий // Медицинский совет № 1-1 – 2013 – С.50-54

5. Морозова Н.В. Внебольничные пневмонии у детей в Хабаровском крае / Н.В. Морозова, Г.Н. Холодок, М.В. Ефименко, В.К. Козлов / Дальневосточный медицинский журнал № 1 – 2010 – С. 51-55

6. Чучалин А.Г. Пневмония / А.Г. Чучалин, А.И. Синопальников, Н.Е. Чернеховская / М.:Экономика и информатика – 2002 – С. 480

УДК616-07:616-053.2

А.А. Бурехина, С.В. Лебедева, Я.В. Лиманская, Л.В. Левчук
ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ
ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра факультетской педиатрии и пропедевтики детских болезней
Уральский государственный медицинский университет