

3. Среди сопутствующих заболеваний значительная доля приходится на дисфункцию билиарного тракта (43%), ФНК по типу запоров (33%) и дисфункцию сфинктера Одди по билиарному типу (23%).

4. При НР(-) ХГД в воспалительный процесс помимо антрального отдела желудка и луковицы ДПК, вовлекаются и постбульбарные отделы ДПК, тело и кардия желудка. Эрозивные изменения слизистой ДПК и ее рубцовые деформации наблюдались только у пациентов с НР(-) ДПК.

Литература:

1. Ариффулина К.В. Некоторые аспекты хронических воспалительных заболеваний гастродуоденальной зоны у детей / К.В.Ариффулина, Е.Н. Кабурнеева, Н.Н. Терентьева / 2002 – №2 – С. 26-27

2. Баранова А.А. Физиология роста и развития детей и подростков (теоретические и клинические вопросы): Руководство для врачей: В 2 т. / А.А.Баранова, Л.А. Щеплягина/ М.: ГЭОТАР-Медиа – 2006 – Т.2 – С.127-202

3. Запруднов А.М. Достижения отечественной гастроэнтерологии: истоки, современное состояние, перспективы // Педиатрия / А.М.Запруднов, К.И.Григорьев, В.А.Филин, А.Б.Сафонов и др. / 2008 – № 87(6) – С. 8-13

4. Ивашкин В.Т. Синдром раздражённого кишечника. Избранные лекции по гастроэнтерологии / В.Т.Ивашкин, Е.К. Баранская/ М. – 2001 – С. 54-83

5. Новикова В.П. Дислипидемии у детей и подростков с хроническим гастродуоденитом // TerraMedica / В.П.Новикова, М.Ю.Комиссарова, Е.Ю. Калинина / 2007 – №2 – С. 36-39

6. Новикова В.П. Лактазная недостаточность у подростков с хроническим гастродуоденитом // Вопросы современной педиатрии / В.П.Новикова, А.Н.Рудиченко, И.А.Шац / 2006 – №5 – С. 423а

УДК616.24-002

**Ж.А. Далимова, К.В. Добровольская, Л.Х. Файзуллина, Ю.С.
Избышева, Л.В. Медведева, Е.Е. Минина
ОШИБКИ ВЕДЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ НА
ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ**

Кафедра факультетской педиатрии
ЮУГМУ Минздрава России
Челябинск, Российская Федерация

**Zh.A. Dalimova, K.V. Dobrovolskaya, L.X. Fayzullina, Yu.S. Izbisheva,
L.V. Medvedeva, E.E. Minina
MISMANAGEMENT OF THE MONITORING COMMUNITY-
ACQUIRED PNEUMONIA OF CHILDREN'S IN THE PEDIATRIC AREA**
Department of faculty pediatrics
South Ural State Medical University

Chelyabinsk, Russian Federation

Контактный E-mail: jamilka.100391@mail.ru

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 [1,4,5,7]. Ошибки в диагностике и лечении внебольничных пневмоний (ВП) могут приводить к фатальным исходам, ВП входит в список 10 самых распространенных причин смерти во всем мире. Распространенность пневмонии составляет от 5 до 10 случаев на 1000 детей [1,7]. Диагноз ВП нередко вызывает затруднения и среди 30-40 % больных устанавливается лишь через 5-7 дней от начала заболевания обычно по данным рентгенологического исследования. В свою очередь отсроченное применение оптимальных антибактериальных препаратов увеличивает тяжесть течения ВП и частоту ее осложнений. Объяснить высокую частоту поздней диагностики можно увеличением этиологической значимости таких инфекционных агентов, как вирусы, микопlasма, хламидии, легионелла, пневмоцисты и ассоциации возбудителей. Пневмонии, вызванные этими агентами, отличаются рядом особенностей клинического течения [6].

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 – выявление ошибки ведения детей с внебольничной пневмонией на педиатрическом участке.

Для достижения поставленной цели были сформулированы следующие задачи:

1. Проанализировать диагностические мероприятия на педиатрическом участке, проведенные у детей при подозрении на внебольничную пневмонию.
2. Оценить проводимую антибактериальную и симптоматическую терапию.
3. Сопоставить рекомендуемые и проведенные профилактические мероприятия детям, перенёвшим внебольничную пневмонию.

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, проведенные 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 четвертого. 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 цефалоспоринами 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. При проведении диагностических мероприятия на участке выявлено: у 4% детей общий анализ крови не взят, поздний забор крови (на 5 день и позже) - у 44% детей; рентгенография легких проведена амбулаторно в 74 %.

2. Отмечено своевременное назначение антибактериальной терапии. Выявлено нерациональное назначение антибиотиков: цефалоспорины явились препаратами выбора, у 4% детей назначались цефалоспорины I поколения, которые не используются при лечении ВП. Отсутствует обоснованность назначения альтернативных антибактериальных препаратов, и смены антибиотика, характеристика неблагоприятного преморбидного фона.

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

Таким образом, полученные данные 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. Ноников В.Е. Диагностика и алгоритм лечения внебольничной пневмонии / В.Е. Ноников., С.А. Евдокимова, Е.В. Пономарева // Фарматека, № 15 / 2012 – С.18-21

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

УДК 616:053.2

Я.Э. Дмитриева, А.В. Дроздова, О.А. Кузнецова, Е.В. Сафина
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ
И СОБЛЮДЕНИЯ СХЕМЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ С
ХРОНИЧЕСКИМ ВТОРИЧНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ В СТАДИИ
РЕМИССИИ

Кафедра детских болезней лечебного факультета
Уральский Государственный Медицинский Университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Y.E. Dmitrieva, A.V. Drozdova, O.A. Kuznetsova, E.V. Safina
THE EFFECTIVENESS OF THE USE OF MEDICAL FOODS AND
COMPLIANCE WITH THE SCHEMA OF CLINICAL EXAMINATION IN
CHILDREN WITH CHRONIC SECONDARY PYELONEPHRITIS IN
REMISSION

Department of children's diseases medical faculty
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation