

**Цели исследования:** Выявить клинико-лабораторные особенности пневмонии у детей дошкольного и школьного возраста

**Материалы и методы:** Ретроспективный анализ 311 историй болезни детей с внебольничной пневмонией, находившихся на стационарном лечении в детском инфекционном отделении, изучение особенностей клинической картины и лабораторных данных у двух групп детей дошкольного (156 детей) и школьного возраста (155 человек).

**Результаты:** В результате проведенного исследования выявлено позднее обращение на госпитализацию детей дошкольного возраста в среднем на 4 сутки от начала заболевания, школьного — на 7 сутки. Среди морфологических форм преобладала очаговая у детей дошкольного возраста в 102 случаях (65%), школьного — 128 (83%). Локальная симптоматика выявлена в 140 случаев (90%) у младшей группы, у старшей группы — 149 (96%). Признаки бронхообструктивного синдрома выявлены у 75 детей, из них лишь у 3 (4%) детей школьного, у 72 (96%) детей дошкольного возраста, что косвенно свидетельствует об атипичной этиологии пневмонии у этой категории. При анализе гемограммы у 200 (64%) больных воспалительная реакция крови характеризовалась ускорением СОЭ и сдвигом формулы влево без выраженного лейкоцитоза. Лейкоцитоз отмечен только в 111 (36%) случаях, из них 102 (92%) у детей дошкольного возраста, 9 (8%) — школьного возраста.

**Выводы:** Клинико-лабораторные симптомы течения пневмонии ярче выражены у детей дошкольного возраста, что связано с анатомо-физиологическими особенностями органов дыхания и незрелостью иммунной системы детей в возрасте от 0 до 6 лет включительно. Позднее поступление в стационар в среднем через 7 дней, с длительно сохраняющейся лихорадкой до госпитализации свидетельствует об отсутствии настороженности в ведении детей школьного возраста на догоспитальном этапе.

#### Литература

1. Внебольничная пневмония у детей. Клинические рекомендации. Москва: Оригинал-макет, 2015. 64 с.

## СТРУКТУРА ШЕЙНОГО ЛИМФАДЕНИТА У ДЕТЕЙ

*Егорова А.А., Хаертынова А.Х.*

Научный руководитель: к. м. н., доцент Малиновская Ю.В., Поспелов М.С.

Кафедра госпитальной педиатрии

Казанский государственный медицинский университет

**Актуальность исследования:** лимфаденит шейной области у детей одна из частых причин обращения за медицинской помощью. Вторичное поражение лимфатического узла, вследствие бактериальной или вирусной инфекции встречается чаще, чем первичное. Таким образом, стоит разобраться в причинах лимфаденита и маршрутизации ребенка.

**Цели исследования:** определить ведение детей с шейным лимфаденитом с учетом возрастных особенностей и причин.

**Материалы и методы:** в проведенном исследовании на базе ГАУЗ «ДРКБ» МЗ РТ проанализирована 31 история болезни: 19 мальчиков, 12 девочек. 21 — «Переднейшейный лимфаденит в стадии инфильтрации», 4 — «Подчелюстной лимфаденит в стадии инфильтрации», 3 — «Гнойный шейный лимфаденит», 1 — «Гнойный подчелюстной лимфаденит».

**Результаты:** жалобы при обращении: лихорадка, пальпируемое болезненное образование. У 2 (6,4%) детей в анамнезе травма шейной области, у 7 (22,5%) лимфаденит после ОРВИ, у 7 (22,5%) лимфаденит присоединился к текущей ОРВИ, у 15 (48,3%) этиология не установлена. 13 детей (41,9%) самообращение в приемный покой ДРКБ, 3 из них на 1-й день болезни. 9 (29%) переведены из ЦРБ/ДГКБ № 7 на 1–2 день. 5 (16,1%) переведены из инфекционной больницы. 9 (29%) пациентов до госпитализации в ХО2 получали антибактериальную терапию. Всем детям проведены профилактические прививки по календарю. Антибактериальная терапия в стационаре 30 детям (96,7%) проводилась на 1 день госпитализации, одному ребенку (3,2%) на 3-й день. 4 детям на 3–5 день проводилась пункция и дренирование лимфатического узла, показаниями служило: повторный подъем температура, ухудшение состояние, при-

знаки флюктуации при пальпации. Длительность антибактериальной терапии в стационаре в среднем 5,5 дней. Сроки госпитализации в среднем составляли 9 дней.

**Выводы:** шейный лимфаденит более распространен в возрасте до 5 и старше 10 лет. Осложненные гнойным процессом в возрасте 5–6 и старше 10 лет. Частая локализация лимфаденита переднешейная область. Определить причину лимфаденита удалось у 16 детей (51,6%), у 14 детей после перенесенного или во время ОРВИ, у двоих детей — травма шейной области. У 15 детей (48,4%) определить причину не удалось. Лимфаденит шейной области не является абсолютным показанием для госпитализации в хирургическое отделение. В случае отсутствия при первичном обращении явлений флюктуации должна проводиться антибактериальная терапия в амбулаторных условиях. Препараты выбора: амоксициллин, цефалоспорины 1–2 поколения.

#### Литература

1. Диагностика лимфаденопатии у детей» Л.Ф. Казначеева, Сальваторе Манджони»Секреты клинической диагностики».

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СТРАТЕГИЙ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

*Емельянова П.В.*

Научный руководитель: ассистент, к. м. н. Степанова А.А.

Кафедра факультетской педиатрии

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

**Актуальность исследования:** в настоящее время идёт активное развитие технологий в лечении бронхиальной астмы (БА). Но и сейчас наблюдаются низкие показатели контроля БА среди детского населения России. Причинами этого являются отсутствие чётко сформулированных целей лечения и неоднозначная стратегия базисной терапии.

**Цель исследования:** оценить эффективность контроля БА на основании частоты обострений в зависимости от выбора метода базисной терапии.

**Материалы и методы:** исследован катамнез 16 пациентов в возрасте от 6 до 17 лет с диагнозом БА. Длительность течения БА у 16 пациентов составила от 2 месяцев до 14 лет. Проведена оценка схем базисной терапии и их влияния на эффективность контроля БА на основании частоты обострений.

**Результаты:** у 8 пациентов диагностирована БА средней степени тяжести, у 8 — тяжёлая БА. При БА средней степени проводилась базисная терапия препаратами: Беклометазона дипропионат, Флутиказона пропионат, Флутиказон+Салметерол. Из 8 пациентов с БА средней степени тяжести у 37,5% выявлено уменьшение частоты обострений на фоне терапии Флутиказон+Салметерол (50/250 мкг/сут). У 25% отмечено достижение длительного контроля при применении Беклометазона в первоначальной терапии. У 37,5% при терапии Флутиказоном — наихудший контроль. При тяжёлом течении терапия представлена препаратами: Флутиказона пропионат, Флутиказон+Салметерол, Будесонид+Формотерол. Из 8 больных (тяжёлое течение БА) у 75% — уменьшение частоты обострений при терапии Флутиказон+Салметерол (от 500 до 1000 мкг/сут по Флутиказону). Наихудший контроль — у 37,5%, получающих терапию Флутиказоном, у 25% — при терапии Будесонид+Формотерол. У 8 пациентов с тяжёлым течением в терапию введён Омализумаб — у 100% контроль улучшился.

**Выводы:** эффективным вариантом базисной терапии БА, обеспечивающим максимальный контроль заболевания у пациентов с БА средней степени тяжести и тяжёлым течением БА, является комбинированный препарат Флутиказон+Салметерол. При тяжёлом течении БА у 100% пациентов выявлено улучшение контроля БА на фоне введения в схему базисной терапии Омализумаба.

#### Литература

1. Российское респираторное общество, Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению бронхиальной астмы. 2016, Москва;55.
2. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2018 update;162.