

Результаты. Несмотря на яркие клинические проявления (гипертермия, головная боль, повторные рвоты и др.) диагноз менингококкового менингита на 1-е сутки заболевания был поставлен только 8 (25%) больным детям, 19 (59,4%) детей были госпитализированы с подозрением на менингит на 3–6-е сутки от начала заболевания, в 5 (15,6%) случаях менингит диагностирован только на 7-е сутки. Типичная триада менингита была расценена как острое респираторное заболевание у 24 детей (75%). Удельный вес менингококцемии как генерализованной формы составляет в разные годы от 18 до 25%. Анализ 27 историй болезни показал, что патогномоничный симптом «звездчатая геморрагическая сыпь» помог в своевременной постановке диагноза у 16 (59,3%) детей. В первые часы заболевания сыпь носила пятнисто-папулезный характер у 8 (29,6%) детей, розеолезная сыпь предшествовала типичным высыпаниям у 2 (7,4%) детей и у 1 (3,7%) ребёнка диагностирована ветряная оспа из-за наличия везикулезной сыпи. У 37 (62,7%) детей раннего возраста преобладал симптом интоксикации, остро развившийся на фоне полного благополучия.

Выводы. Для улучшения качества диагностики генерализованных форм менингококковой инфекции у детей необходимо тщательно изучать причины неудовлетворительной диагностики, что будет способствовать раннему выявлению больных.

ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННЫМ БУЛЛЁЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ

Бражникова И.П., Конова О.М., Исаенкова С.В., Свиридова Т.В.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей Минздрава России, Москва

Актуальность. Врождённый буллёзный эпидермолиз (ВБЭ) является одним из наиболее тяжёлых дерматологических заболеваний. Он включает в себя более 30 клинических типов, генетически гетерогенен, характеризуется образованием на коже и слизистых оболочках пузырей и эрозий в результате малейших травм. Тяжесть течения заболевания отражается на психосоциальной адаптации, качестве жизни ребёнка и всей семьи. Оказание медицинской помощи ограничивается симптоматическими средствами и направлено на стимуляцию заживления эрозивно-язвенных поражений, уменьшение болевого синдрома, коррекцию рубцовых деформаций, обучение родителей правильным методам ухода, психолого-педагогическую работу с ребёнком и родителями. Методы физиотерапии и психолого-педагогическое сопровождение занимают важное место в комплексной реабилитации этих детей.

Цель: провести анализ эффективности применения физических факторов и психологической коррекции у детей с врождённым буллёзным эпидермолизом.

Материалы и методы. Проведён анализ состояния кожного покрова у 90 пациентов с ВБЭ в возрасте от 6,5 до 18 лет. В комплексную реабилитацию детей, кроме медикаментозного лечения, были включены методы физиотерапии (бальнеотерапия, поляризованный свет) и психолого-педагогические методы коррекции. При оценке эффективности реабилитации использовали также данные анализа опросника САН (для детей) и опросника Мориски–Грин (для родителей).

Результаты. Комплексное лечение детей с ВБЭ в ранние сроки способствовало улучшению клинического состояния больных (заживление эрозий, уменьшение зуда и сухости кожи), оптимизации их психологического самочувствия и повышению приверженности родителей лечению детей.

Выводы. Комплексная реабилитация детей с ВБЭ с включением физиотерапевтических методов и психолого-педагогической поддержки, существенно повышает эффективность лече-

ния, облегчает уход за больными, сокращает период заживления эрозий, повышает комплаентность родителей и улучшает социализацию ребёнка и его семьи.

ОСОБЕННОСТИ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ НЕПРОХОДИМОСТИ ПИЩЕВОДА

Буркина Н.И., Симонов М.В., Алхасов А.Б., Бушуева Т.В.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей Минздрава России, Москва

Актуальность. Врождённая и приобретённая в результате действия различных травмирующих факторов непроходимость пищевода является частой причиной нарушений нутритивного статуса у детей.

Цель: определить особенности нутритивного статуса у детей с различными формами патологии пищевода, имеющих в анамнезе оперативные вмешательства.

Материалы и методы. Проанализировано 113 историй болезни пациентов в возрасте от 1 мес до 16 лет 10 мес, в том числе 48 (42,5%) детей в возрасте до 5 лет. Врождённые пороки развития пищевода имели 44 (40%) пациента, 69 (60%) детей наблюдались с диагнозом: непроходимость пищевода после различных травмирующих факторов. Нутритивный статус детей младше 5 лет оценивали с помощью программы WHO Antro по показателю Z-score масса/длина к возрасту, у пациентов старше 5 лет использовали программу WHO Antro plus и показатель Z-score ИМТ/возраст. Статистическую обработку проводили в программе Microsoft Excel 2010.

Результаты. Все дети с врождёнными пороками развития пищевода были прооперированы в периоде новорождённости, последующие реконструктивные операции были проведены на 2–3-м годах жизни. Пациентам с приобретённой патологией в разные годы жизни были проведены оперативные вмешательства: колоэзофагопластика — 11 (16%), фундопликация по Ниссену — 32 (46%), бужирование пищевода — 36 (52%). Недостаточность питания установлена нами у 42 (37,2%) детей: у 18 (41%) — с врождённой патологией пищевода и у 24 (34,8%) — с приобретённой. У 14 (20%) пациентов старше 6 лет с приобретённой патологией пищевода отмечалась избыточная масса тела вследствие длительно проводимого питания через гастростому. Распределение недостаточности питания по степени тяжести (МКБ-10) среди детей с врождённой и приобретённой патологией было следующим: тяжёлая — у 13 (31%), умеренная — у 15 (36%), лёгкая — у 14 (33%).

Выводы. Пациентам с врождённой и приобретённой патологией пищевода необходимо проводить мониторинг нутритивного статуса для организации своевременной адекватной диетотерапии.

АНАЛИЗ УРОВНЯ ВАКЦИНАЦИИ У ДЕТЕЙ ГОРОДА КРАСНОДАРА

Бурлуцкая А.В., Алексеев А.С., Данильченко И.М.

Кубанский государственный медицинский университет Минздрава России, Краснодар

Актуальность. Иммунизация позволяет предотвращать от 2 до 3 миллионов случаев смерти ежегодно; уменьшение процента привитых влечёт за собой вспышку инфекционного заболевания.

Цель: провести анализ уровней вакцинации у детей младшего и дошкольного возраста.