

снизились до 61,0 (17,3–170,3) МЕ/мл, что подтверждало циркуляцию материнских антител. Противокраснушные IgM были обнаружены в трех парах мать-дети: у одного (1,0%; 95%CI: 0,2–5,4) ребенка и двух (2,0%; 95%CI: 0,2–7,0) женщин, что позволило подтвердить внутриутробную краснуху. Клиническими проявлениями врожденной краснухи были: врожденный порок сердца, отставание в развитии, ранняя желтуха, пурпура, ретинопатия, гепатит.

Таким образом, для выявления врожденной краснухи в неонатальном периоде целесообразно одномоментное обследование диады мать-дети с определением специфических серологических маркеров краснушной инфекции (IgM, IgG). При значениях специфических IgG у новорожденных превышающих уровень материнских антител, необходим динамический контроль через 14–21 день.

122 Реабилитация детей с острой пневмонией

И. Е. Родионова, Н. Г. Пасконная, С. С. Еремина, О. Г. Лубовина
ФГБУ «Детский медицинский центр», Москва, Россия

Цель работы: показать возможности реабилитации детей с острой пневмонией в условиях детского медицинского центра с применением функциональных тестов для оценки эффективности

Результаты. В работу включены 54 случая острой пневмонии у детей. Преобладали дети старше 5 лет — 75%. Более половины детей имели сопутствующую патологию (аденоиды, аллергопатологию, обструктивный синдром в анамнезе, нефропатологию), наблюдались в группе часто болеющих; у 20% детей определялась фоновая герпетическая инфекция. В 60% случаев пневмония протекала в сочетании с поражением ЛОР-органов (отит, гайморит). В 65% случаях отмечалась бактериальная этиология заболевания. На фоне вирусной инфекции протекало 83% пневмоний (в том числе в 42% случаях — на фоне гриппа и парагриппа). Курсы реабилитационного лечения проводились согласно разработанным программам, индивидуально для каждого ребенка. В ранней стадии разрешения пневмонического процесса назначался щадящий массаж грудной клетки, дыхательная гимнастика в зале ЛФК, противовоспалительная физиотерапия (УВЧ на грудную клетку, интерференционные токи, магнитотерапия, электрофорез), по показаниям — физиотерапия при остаточных проявлениях респираторной инфекции (КУФО, ингаляции с травами), с целью увеличения дыхательных объемов, улучшения вентиляции легочной ткани назначались процедуры БОС-терапии. Повторные курсы реабилитации детей, перенесших пневмонию, включали занятия лечебной физкультурой, массаж грудной клетки, галотерапию, процедуры по методу биологической обратной связи, рефлексотерапию, кедротерапию.

Динамика состояния ребенка на фоне проводимого лечения оценивалась как клинически, так и под контролем спирометрических и гипоксических показателей (пикфлоуметрия, пробы Штанге и Генче). У всех детей в процессе наблюдения отмечалось достоверное восстановление этих показателей до возрастной нормы, свидетельствующее об улучшении функции внешнего дыхания, повышении устойчивости нервных центров к гипоксии и, косвенно, об увеличении мощности кардиореспираторной системы. Критериями оценки эффективности БОС-терапии являются показания дыхательной аритмии сердца. Улучшение показателей отмечено у 28 детей (57,4%).

123 Клинико-лабораторные особенности острых эпиглоттитов у детей

О. Ф. Романовская, А. А. Астапов

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь.

Цель исследования: изучить клинико-лабораторные особенности острых эпиглоттитов у детей.

Материалы и методы. Проведен анализ 30 клинических случаев острого эпиглоттита у детей, наблюдавшихся с 2002 по 2011 годы в ГДИКБ г. Минска. С 2012 года случаи эпиглоттита не регистрировались.

Результаты и их обсуждение. В клинике заболевания отмечалось быстро прогрессирующее затруднение дыхания с инспираторной одышкой (93,3%) на фоне гипертермии и выраженных симптомов интоксикации (100%). Сдавленный и гнусавый голос, слюнотечение наблюдалось у большинства пациентов (70%), кашель в виде нечастого покашливания, поперхивания у 40% заболевших, у половины — выраженная боль в горле и признаки ринита. У четырех детей отмечалась рвота (16,7%).

В общем анализе крови отмечался нейтрофильный лейкоцитоз свыше $20 \times 10^9/\text{л}$ у 27 пациентов (90%); палочкоядерный сдвиг формулы влево был у всех детей, при этом у каждого третьего более 20%, повышение СОЭ более 20 мм/ч — у 14 детей (46,7%). С-реактивный белок более 6 мг/л отмечался у 20 человек (66,7%). У 16 детей в момент поступления проведено исследование протеинограммы. Выявлена диспротеинемия с увеличением фракции α_1 - и α_2 -глобулинов у 15 детей (93,8%) и гипогаммаглобулинемия у 9 человек (56,3%).

Выводы. 1. Характерными симптомами эпиглоттита является остро развивающаяся дыхательная недостаточность на фоне гипертермии, симптомов интоксикации, выраженных болей в горле, нарушения глотания, слюнотечения и изменения голоса. 2. Острый эпиглоттит у детей в большинстве случаев сопровождается развитием нейтрофильного гиперлейкоцитоза, повышением уровня С-реактивного белка, диспротеинемией с увеличением фракции α_1 - и α_2 -глобулинов и гипогаммаглобулинемией.

124 Этиологическая структура острых кишечных инфекций у детей в г. Москве в 2014 г.

А. Л. Россина¹, С. Б. Чуелов¹, А. А. Корсунский², О. А. Кащенко², Т. В. Бережкова²,
А. А. Рогов², А. А. Сахарова², Н. И. Крылатова², А. А. Новокшенов¹, О. В. Шамшева¹

Российский национальный исследовательский медицинский университет
им. Н. И. Пирогова МЗ РФ¹,

Детская городская клиническая больница №9 им. Г. Н. Сперанского², Москва, Россия

Этиологическая структура острых кишечных инфекций (ОКИ) у детей изучалась на базе специализированного 3-го инфекционного отделения Детской городской клинической больницы №9 им. Г. Н. Сперанского, г. Москва. Все-