ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОЙ ПУЛЬМОНОЛОГИИ

58

АНАЛИЗ ПОВТОРНЫХ СЛУЧАЕВ ОБРАЩЕНИЙ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ПО ПОВОДУ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Кучубина Г.В., Проценко О.С., Варавина А.А.
КГКП «Станция скорой неотложной медицинской помощи г. Семей», Казахстан

Болезни органов дыхания у детей представляют собой постепенно возрастающую медицинскую и социальную проблему.

Большинство детей переносит в течение года от 3 до 5 эпизодов острых респираторных заболеваний, причем заболеваемость выше у детей раннего возраста. Нередко ребенок болеет не только часто, но и длительно (более 10-14 дней). Частые и, особенно, тяжело протекающие болезни органов дыхания могут приводить к нарушению физического и нервно-психического развития детей, способствуют снижению функциональной активности иммунитета, формированию хронических воспалительных процессов в органах дыхания.

Ребенок практически всем отличается от взрослого. В том числе – и состоянием иммунной системы, ее функции начинают формироваться еще внутриутробно, поэтому неполноценное питание беременной женщины, курение, заболевания во время беременности, являются факторами, приводящими к ослаблению иммунитета, и могут привести к тому, что ребенок в последствие станет часто болеть. Важным фактором формирования иммунитета ребенка является материнское молоко, поэтому дети, находящиеся на грудном вскармливании, реже болеют острыми респираторными заболеваниями. Большое значение для нормального функционирования иммунной системы ребенка имеют правильное сбалансированное питание и режим. Ослабление иммунитета может происходить на фоне дисбактериоза кишечника и гиповитаминоза.

Нами были проанализированы случаи повторных обращений детского населения на центральную подстанцию скорой помощи города Семей в течение года за 2011-2012 годы. Всего было обслужено детей в 2011 году 16750 из них с заболеваниями органов дыхания 9799; повторно в течение года обращались 214 детей, что составило 1,2% от общей обращаемости детского населения из них 167 (78%) – дети до трех лет. В 2012 году всего обслужено центральной подстанцией города Семей 17995 детей, с заболеваниями органов дыхания 10203, повторных случаев обращений по данному поводу в течение года было 246 (1,4%), из них 194 (79%) дети младшего возраста.

Учитывая изложенное видно, что количество детей повторно болеющих острыми респираторными заболеваниями в течение года обращающихся на станцию скорой помощи не уменьшается, а даже незначительно возросло к 2012 году. В последние годы появилась тенденция к проявлению заболеваний в более раннем возрасте. Часто это связано с ранним прекращением грудного вскармливания вследствие выхода на работу молодых матерей, контактом с больными острыми респираторными заболеваниями дома и в учебных учреждениях. Так же учащение случаев острых респираторных инфекций у детей с поражением центральной нервной системы, врожденными пороками развития.

Частые респираторные заболевания в детском возрасте опасны тем, что ведут к нарушению раз-

вития и функционирования различных органов и систем; изменяется режим двигательной активности, дети реже находятся на свежем воздухе, что способствует развитию фоновых заболеваний. Неоправданно используется большое количество медикаментов, в том числе антибиотиков, нарушается социальная адаптация, обусловленная частой потерей контактов со сверстниками; оказывается серьезное влияние на нервно-психическое развитие у детей. Частые острые заболевания поглощают значительные материальные ресурсы, нанося экономический ущерб, связанный как непосредственно с затратами на лечение так и с потерей трудового времени родителей.

59

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Варавина А.А., Проценко О.С., Мартынова О.В., Кучубина Г.В.
КГКП «Станция скорой неотложной медицинской помощи г. Семей», Казахстан

В структуре общей заболеваемости детей болезни органов дыхания в течении многих лет занимают первое место. Анатомические и функциональные особенности системы органов дыхания у детей создают предпосылки к более быстрому нарушению дыхания, чем у взрослых.

Причинами заболеваний органов дыхания могут быть наследственные факторы, неблагоприятное течение беременности у матери, условия окружающей среды, а так же разные вирусные инфекции. Значительную роль может играть фактор пассивного курения.

Основную массу болезней органов дыхания составляют острые респираторные вирусные инфекции, которые определяют уровень заболеваемости в данной нозологической группе, однако у детей достаточно часто встречаются и болезни нижних дыхательных путей, пневмонии.

Нами были исследованы случаи обращения на центральную подстанцию скорой помощи г. Семей детского населения с 2010 по 2012 годы. Всего в 2010 году педиатрическими бригадами центральной подстанции было обслужено 16312 детей, из них с патологией органов дыхания 10178 (62,4%), острые респираторные инфекции составили 51,1% (5201 случаев), болезни нижних дыхательных путей – 5,6% (570 случаев). В 2011 году общее число обслуженных детей составило 16750, с заболеваниями органов дыхания 9799 (58,5%), из них острые респираторные инфекции 4007 (40,9%) обращений, с болезнями нижних дыхательных путей 1166 (11,9%). В 2012 году всего было обращений 17995, на болезни органов дыхания пришлось 56,7 % (то есть 10203 случая), из них с патологией нижних дыхательных путей 13,4% (1367 случая), а острые респираторные инфекции 39,9% (4071).

Анализ обращаемости детского населения по поводу болезней органов дыхания на догоспитальном этапе позволил выявить значительное увеличение случаев патологии нижних дыхательных путей на фоне снижения общего числа заболеваний органов дыхания у детей обслуженных педиатрическими бригадами скорой помощи.

Рост общей обращаемости с 2010 по 2012 годы и высокий уровень заболеваний органов дыхания напрямую связан с неблагоприятным состоянием экологии, социально-экономическими особенностями, как следствием изменения реактивности детского организма, а так же изменения спектра возбудителей респираторных инфекций на фоне широкого применения химиопрепаратов, в первую очередь антибиотиков.

Отмечая резкий подъем болезней нижних дыхательных путей с 2010 по 2012 годы мы так же отметили, что повышается уровень медицинского обслуживания на догоспитальном этапе, что увеличивает процент диагностики пневмоний у детей

60

АССОЦИИРОВАННОСТЬ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Ташметов Х.М., Махмудова Д.Х., Каюмова Ю.Д.
Ташкентский институт усовершенствования врачей, г. Ташкент, Узбекистан

Заболевания органов дыхания, особенно протекающие с бронхиальной обструкцией (БО), имеют особую актуальность и значимость в свете высокой распространенности, растущей заболеваемости и смертности.

Цель исследования: Изучение ассоциированности бронхиальной астмы (БА) с заболеваниями верхних дыхательных путей (ВДП) у лиц молодого возраста.

Материал и методы: Были обследованы 2000 лиц молодого возраста (14-21 года). Обследование включало анкетирование по стандартной анкете («Burney», 1995), которая была дополнена вопросами для предварительного выявления изменений в ВДП. Кроме того, им проводились комплексные исследования функции внешнего дыхания (пневмотахогарфия, бодиплетизмография с провокационными и дилятационными пробами) на аппарате Мастерлаб (ErichJeger).

Результаты: В результате анкетированного опроса у 170 (8,5%) из 2000 подростков и юношей выявлены признаки БО. Комплексное обследование этих лиц подтвердило обструкцию лишь у 148 (7,4%) человек. Среди лиц с БО превалировали больные БА – 141 (93,2%), бронхоэктатическая бо-

лезнь у 5 лиц и муковисцидоз у 2 были уже установлены ранее достоверными методами. Среди 141 больных с БА патология ВДП выявлена у 114 (80,7%). При их обследовании в отделении ЛОР установлено: сезонный аллергический ринит – у 34 (29,8%); круглогодичный аллергический ринит – у 25 (21,9%); вазомоторный ринит – у 12 (10,2%); искривление носовой перегородки с нарушением носового дыхания – у 20 (17,5%); искривление носовой перегородки без нарушения носового дыхания – у 15 (13,6%); хронический полипозный синусит – у 25 (21,9%); хронический тонзиллит – у 15 (13,6%).

Выводы: результаты исследования у лиц молодого возраста показали несомненную взаимосвязь патологии ВДП с обструктивными болезнями легких, в частности с БА. Данное положение указывает на общность патологических механизмов в возникновении и развитии этих заболеваний и требует своевременной коррекции терапии, т.к. часто такое сочетание негативно влияет на течение БА.

61

ОЦЕНКА РЕСПИРАТОРНОГО СТАТУСА У КУРЯЩИХ ПОДРОСТКОВ И ЮНОШЕЙ

Убайдуллаева Н.Н., Ташметов Х.М.
Ташкентский институт усовершенствования врачей, г. Ташкент, Узбекистан

Вопросы влияния курения табака на течение бронхиальной астмы в молодом возрасте изучены недостаточно, в связи с чем нами проведено настоящее исследование. Было обследовано 240 больных БА в возрасте 15-30 лет, в анамнезе которых отмечалось активное и пассивное курение табака.

Анализ данных опроса выявил, что лишь 106 – были активными курильщиками (35,9%) и (64,1%) – пассивными. При этом, отягощенная наследственность была характерна для пассивных курильщиков.

Клинические проявления БА были типичными у 88,2% больных, у которых наблюдались при активном курении приступы экспираторного диспноэ и кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой, отхождение которой приводило к значительному улучшению состояния. Приступы удушья возникали преимущественно в ночное время и только у 18% – в дневное 83,0% активно курящих больных предъявили жалобы на кащель с выделением мокроты в утреннее время («кашель курильщика»). В случае атипичного течения у 11,8% больных отмечено выделение мокроты без предшествующего кашля, одышка при физической нагрузке при классических приступах удушья и функционально подтвержденные признаки гиперчувствительности бронхов. У всех пациентов был выражен астено–вегетативный синдром, наблюдалось быстрая утомляемость, плаксивость нарушение сна.

При функциональном исследовании признаки обратимой бронхиальной обструкции выявлялись в 60,4% случаев у активных курильщиков, у остальных больных нарушений бронхиальной проходимости не было. У всех обследованных выявлены признаки гиперреактивности бронхов.

Выявлено, что «кашель курильщика», наряду с обратимыми нарушениями бронхиальной проходимости достоверно чаще (83,0%) встречался в группе активно курящих больных БА, несмотря на их модой возраст. Можно сделать вывод, что эта категория больных является непосредственной группой риска по возникновению хронической обструктивной болезни легких. Тяжесть течения заболевания не зависела от характера курения анализируемых.

Выводы:

1. Лица молодого возраста, страдающие БА, чаще являются пассивными курильщиками.
2. Тяжесть течения БА у лиц молодого возраста зависит от характера курения.
3. Косвенные признаки хронического бронхита – симптомы обратимой бронхиальной обструкции, «кашель курильщика», достоверно чаще встречались в группе активных курильщиков.

62

ПРИЧИННЫЕ ФАКТОРЫ ОСЛОЖНЕННЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

Ким Т.Л., Сатвалдиева Э.С., Мирзаева А.Д., Ходжаева М.Х.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования – выявление причин осложненного течения пневмонии у детей.

Материалы и методы. Проведен анализ 535 детей в возрасте от 2 мес. до 6 лет с острой пневмонией, осложненной токсикозом, кардиореспираторными нарушениями и бактериальной деструкцией легких. Сбор анамнестических данных включал выяснение анамнеза жизни ребенка, сроки и характер начала заболевания, оценка общего состояния.

Девочки составили – 36% пациентов, мальчики – 64%. По возрасту: дети до 1 года – 34% больных, с 1 года до 3 лет – 28%, свыше 3 лет – 38%. Длительность пребывания в стационаре – от 3 до 27 суток. Из 535 больных 102 (19%) поступили в ОАРИТ, где находились: до 3х дней – 59, до 10 дней – 31 и более 10 дней -12 больных.

Результаты и обсуждение. Анализ анамнеза жизни показал неблагополучное течение неонатального периода у 88,7% детей (асфиксия, внутриутробная гипоксия, родовая травма). 43,5% находились на грудном вскармливании и 37,1% – на искусственном. Из фоновых состояний высок про-

цент перинатальной патологии ЦНС (78,7%); железодефицитной анемии (87,5%); рахита (37,5%), нарушения питания (27,7%), ЭКД – 25,8%, тимомегалия – у 23,1%. Процент заболеваемости: 92,5% детей перенесли ОРВИ, пневмонии, ОКИ. У 53 детей (10%) – очаговая, у 242 (45,3%) – очагово-сливная, у 117 (21,7%) сегментарная, и у 113 (21,2%) полисегментарная форма пневмонии, лобит – у 10 (1,8%), бактериальная деструкция легких – у 52 (9,7%) детей. У 166 (31,5%) – нозокомиальная, у 369 (68,5%) – внебольничная пневмония.

Анамнестически выявлено: 152 (28,4%) ребенок до поступления в стационар не лечились, 197 (36,8%) получали симптоматическую терапию и одно или 2-х кратное введение антибиотиков.

Основные жалобы при поступлении – повышение температуры тела (89%), кашель (94%), слабость (89%), одышка (40%), снижение аппетита (57%), при сегментарных формах пневмонии – боли в области живота или в боку (14%). Отставание пораженной половины грудной клетки в акте дыхания наблюдалось у 12% больных.

Дыхательная недостаточность отмечалась у 89% детей. Недостаточность кровообращения (72,4%) проявлялась централизацией кровообращения вследствие гиперсимпатотонии.

Основным клиническим вариантом инфекционно-токсической энцефалопатии (34,5% детей) была лихорадка, неврологические нарушения (двигательное возбуждение, беспокойство, кратковременные тонико-клонические судороги, нарушение сознания по типу сопора) и нарушения микроциркуляции. Судороги возникали у 5,1% детей на высоте температуры, кратковременно и мало нарушали общее состояние ребенка. Менингеальный синдром отличался малой выраженностью, чаще наблюдались набухание и пульсация большого родничка (14,4% детей), реже появлялась ригидность затылочных мышц (7,3% детей). АД было в пределах нормы.

Таким образом, основными причинами развития тяжелых и осложненных форм заболевания являлись поздняя обращаемость, несвоевременность назначения антибиотиков и неадекватное их применение.

63

МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ СЛИЗИСТОЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Ахметова Д.Г., Волкова Г.С.
Городская детская инфекционная больница, г. Астана, Казахстан

Бактериологической лабораторией ГДИБ за 2012 год были проведены бактериологические исследования с целью выявления этиологического фактора и изучения микробного пейзажа микрофлоры верхних дыхательных путей инфекционных больных детского возраста.

Материалы и методы. Исследовался мазок из слизистой ротовой полости, миндалин, задней стенки носоглотки, глотки у госпитализированных детей с инфекционными заболеваниями, бактериологическим (культуральным) методом на 5% кровяной агар методом истощающего посева по Голду, а также на дифференциально-диагностические среды. Выделенные культуры идентифицировались путем окраски по Граму и методом световой микроскопии увеличением 100^{x} (масляная иммерсия), а также по культурально-биохимическим характеристикам согласно «Определителю бактерий Берджи» редакции 1997 года.

Результаты и обсуждение. Всего было выполнено за 2012 год 1432 исследования по больным с диагнозом: острая респираторно-вирусная инфекция, осложненная внебольничной пневмонией, ангина (фолликулярная, лакунарная), острый ларингит и ларинготрахеит, различные формы воздушно-капельной инфекции (ветряная оспа, корь, паротит, скарлатина и другие). В 48% (687 обследуемых) случаях была выделена патогенная и условно-патогенная микрофлора. Этиологическим фактором пневмоний, осложнений острой респираторно-вирусной инфекции: в 52,2 % случаях явился штамм *Streptococcus pneumoniae*; в 11,4%– патогенный штамм Staphylococcus aureus; в 8% это был *Streptococcus viridans*; и в 4,5% *Pseudomonas aeruginosae*; из семейства энтеробактерий *Escherichiacoli* составил 3,4% случая. В 20.5% у детей с этим заболеванием высевался *Candidaalbicans* – диплоидный грибок рода *Candida*. Разнообразие микробного пейзажа наблюдается из патологического материала у больных с различными формами ангин, наибольший, а именно 33% *Streptococcus pneumoniae*; затем 19 % *Staphylococcus aureus*; 7% *Streptococcus viridans*; энтеробактерии: 3,6 % -*Escherichiacoli*; 2,7 %– *Klebsiellae pneumoniae*; в 3% случаях– это Pseudomonas aeruginosae, по 0,5% *Streptococcus anhemoliticus* и плесень; *Candida albicans* в 30% случаях высевался как в монокультуре, так и в сочетании с другими микроорганизмами. Патогенный штамм *Staphylococcusaureus* в 31% высевался из слизистой зева и задней стенки глотки при острых формах ларингита и ларинготрахеита; и в 35 % *Candida albicans*. Микрофлора полости рта при различных формах воздушно-капельной инфекции (ветряная оспа, корь, паротит, скарлатина и другие) в 27,3 % случаях представлена *Staphylococcus aureus*; 24% *Streptococcus pneumoniae*; 36 % *Candid aalbicans*. Все выделенные микроорганизмы имели степень обсеменения слизистой верхних дыхательных путей в 10^{5} -10^{6} КОЕ (колонии образующие единицы), что является патогномичным в развитии инфекционного процесса.

Заключение. Внебольничные пневмонии и ангины у инфекционных больных детского возраста, имели преимущественно стрептококковую этиологию. Патогенный штамм золотистого стафилококка у больных в острым ларингитом и ларинготрахеитом, и другими инфекционными заболеваниями говорит как об этиологическом факторе, так и носительстве, наличии дисбактериоза после лечения антибактериальными и глюкокортикоидными препаратами, отсутствия санации полости рта. По результатам проведенных исследований отмечается доминирующее присутствие в слизистой верхних путей, обследованных детей, дрожжеподобных грибов рода *Candida,* что свидетельствует о возможно не разумном и не рациональном применении антибиотикотерапии в амбулаторных условиях; наличия дисбиоза; фоновых заболеваний обследуемых; а также вероятность их этиологической роли в развитии инфекционного процесса.

64

ОШИБКИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ

Есбатырова Л.М.[1], Арзуова А.Н.[1], Острецова Т.П.[2], Долотова Л.В.[3]
Актюбинского областного филиала «Республиканского центра развития здравоохранения» Актобе, Казахстан[1]
Актюбинский филиал «Ассоциация семейных врачей Казахстана» Актобе, Казахстан[2]
Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан[3]

Нерациональное назначение антибиотиков при заболеваниях органов дыхания является очень распространенным явлением среди врачей, особенно на уровне ПМСП (первичной медико-санитарной помощи).

Одной из причин формирования антибиотикорезистентности является необоснованное назначение антибиотиков при ОРВИ (острых респираторно-вирусных инфекциях), которые в 95% случаев вызываются вирусами. Антибиотики назначаются при симптомах ринита, фарингита, острого трахеита, бронхита, при наличии бронхообструктивного синдрома, с «профилактической целью».

Целью проведенного в 2012г. исследования по рациональному использованию лекарственных средств (РИЛС) был анализ частоты назначения антибиотиков детям обратившихся в поликлинике города. Были использованы проспективный анализ (подсчет антибиотиков назначенных во время приема) и ретроспективный анализ медицинской документации. Всего было проанализировано 623 случаев, из них проспективных 290,а ретроспективных 333. При этом получены следующие данные. Доля назначений антибактериальных средств у детейпри проспективном исследовании составил 42,9% , а при ретроспективном -59,4%из всех обратившихся. Что превышает рекомендуемые индикаторы ВОЗ (Всемирной Организации Здравоохранения) в 2,5 раза. Доля назначений антибактериальных средств согласно ВОЗ не должен превышать 20%. При этом при заболеваниях органов дыхания антибиотики назначались в 75-82% случаев.

По данным, полученным из выписанных карт стационаров города, 95% детей, лечившихся по поводу заболеваний респираторного тракта, были назначены антибиотики, доля пролеченных больных с пневмонией составила не более 30%. В поликлиниках инъекционные формы введения использовались в 35% случаев, в стационарах антибиотики внутримышечно вводились 74% детей, что также не соответствует индикаторам ВОЗ (должен составлять не более 10% в поликлинике)

Полученные данные свидетельствуют о том, что педиатры поликлиник и стационаров недостаточно ориентированы в вопросах рациональной антибиотикотерапии, а также о слабой работе формулярных комиссий медицинских организаций, призванных формировать лекарственную политику медицинских учреждений и контролировать рациональность использования лекарственных средств.

65

СТРУКТУРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ, ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Ахметова Д.Г., Медведева Н.Н., Аткенов С.Б.
Городская детская инфекционная больница, г. Астана, Казахстан

Острая респираторно-вирусная инфекция занимает ведущее место в структуре инфекционной заболеваемости детского возраста в Республике Казахстан. По г. Астана в ГДИБ за 2012 год было госпитализировано больных детей с инфекционными заболеваниями органов дыхания 4322лица, и в 2689 случаях с диагнозом острая респираторно-вирусная инфекция (ОРВИ), осложненная пневмонией.

Материалы и методы. Диагностирование пневмоний проводилось по данным рентгенологического исследования грудной клетки. Обследованию подлежали дети с клиническими признаками интоксикации, физикальными данными наличия воспалительно-экссудативного процесса в легких, наличия воспалительного характера периферической крови, нарастания СОЭ (скорости оседания эритроцитов) с длительностью заболевания более пяти суток.

Результаты и обсуждение. Всего за 2012 год было выполнено 5235 рентгенологических исследований, в 2689 случаях были диагностированы различные формы пневмоний, в структуре которых: бронхопневмония составила 97,6 % случая; в 0,9 % – сегментарная пневмония; 0,7 % интерстициальная пневмония и 0,7 % полисегментарная пневмония. Анализ возрастной структуры пневмоний показывает взаимосвязь характера поражения различных отделов нижних дыхательных путей с возрастом ребенка, а именно: бронхоневмонии в 45 % и в 43 % случаях диагностировался в возрасте до 1 года и от 1 до 3 лет соответственно; интерстициальные пневмонии развивались в 53 % случаях у детей старше 3 лет; сегментарные и полисегментарные пневмонии в 45% случаях у детей в возрасте до 1 года. По ходу исследования у 2 %больных детей с пневмониями диагностировались осложнения: ателектаз, отек легкого, пневмоторакс и наличие плеврального выпота. Наибольший удельный вес осложнений 59 % встречается у детей в возрасте до 1 года и в 32 % случаях от 1 года до 3 лет. В структуре осложнений на долю ателектазов приходилось 63 % и в 27% случаях развивался отек интерстициальной ткани. За 2012 год в инфекционном стационаре от различных форм инфекционной патологии экзотировали 5 детей, из них у четверых (80 %) пациентов указанные нозологии сочетались с проявлениями внебольничной пневмонии.

Выводы. Среди всех госпитализированных детей с проявлениями ОРВИ у 62 % пациентов диагностировались осложнения внебольничными пневмониями. Для снижения процента осложнений ОРВИ острыми внебольничными пневмониями у детей требуется проведение неспецифических факторов защиты макроорганизма: закаливание, грудное вскармливание, рациональное питание и предупреждение реинфекции вирусно-бактериальных инфекций в организованных коллективах предшкольного и школьного возраста, рациональное использование антибактериальных препаратов, лечение фоновых и сопутствующих заболеваний, улучшение социально-бытовых условий проживания населения. Проведение специфической вакцинации против гриппа среди детей «группы риска» и плановая вакцинация против пневмококковой инфекции.