

с целью постепенной, согласно фазам фенокопирования, метаболической реадaptации больного организма (этапная метаболическая реадaptационная амбулаторная диетотерапия). При ее проведении новые диетические режимы сменяются постепенно, этапно, с обязательным соблюдением адаптационных периодов, тем больших по времени, чем выше степень ожирения. Эффективность терапии и необходимость перехода на следующий этап лечения определяются динамикой показателей «метаболической карты» больного ребенка (характер динамики гликемических кривых, кривых спектра и транспортных систем липидов, инсулиносекреции, липолитических систем и др.).

Естественно, что диетотерапия используется нами как ведущее звено в лечении ожирения, не исключающее всего общепринятого комплекса воздействий. Из новых методов, предлагаемых для введения в курс терапии ожирения, нами отмечена эффективность электростимуляции мышц.

Мы не ставили целью этого сообщения характеризовать все приведенные в классификации формы ожирения (их особенности общеизвестны). Нам хотелось подчеркнуть роль и место конституционально-экзогенного ожирения в структуре эндокринологической и общей заболеваемости в детском возрасте; наметить возможные пути прогнозирования, профилактики и терапии этой наиболее частой формы ожирения у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Картелишев А. В. Конституционально-экзогенное ожирение у детей. Автореф. докт. дисс., М., 1974. — 2. Князев Ю. А., Картелишев А. В. а) Ожирение в детском возрасте. М., Медицина, 1975; б) Педиатрия, 1971, 7; в) там же, 1975, 7; г) там же, 1975, 12; д) В кн.: Научные основы разработки дет. и диет. питания. М., Медицина, 1976. — 3. Уланова Л. Н. Вopr. oхp. мат., 1975, 2. — 4. Abraham S., Nordzieck M. Publ. Health Reports, 1960, 75, 3. — 5. Fish R., Bilek M., Ulstrom R. Pediatrics, 1975, 56, 4. — 6. Spahn U., Knöll G., Plenert W. Kinderärztl. Prax., 1975, 43, 4. — 7. Sveger T. Acta paediat. scand., 1978, 67, 4.

Поступила 4 мая 1979 г.

УДК 618.3—008.6:616—053.32

РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С ТЯЖЕЛЫМ ПОЗДНИМ ТОКСИКОЗОМ

Н. А. Белова

Кафедра госпитальной педиатрии (зав.— проф. А. Х. Хамидуллина) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и родильный дом № 4 Казанского горздравоотдела (главврач — И. И. Мусина)

Реферат. У 32 недоношенных детей, родившихся от матерей с тяжелым поздним токсикозом, была проведена с целью снижения перинатальной заболеваемости и смертности дифференцированная (с учетом степени зрелости и гипотрофии) поэтапная терапия, осуществляемая в соответствии с процессом восстановления адаптационных механизмов. Показатели клинико-физиологического развития детей и данные функционально-биохимических исследований свидетельствуют об эффективности разработанной терапии. Достигнуто снижение перинатальной заболеваемости и смертности детей в 2 раза, лучшими стали и отдаленные результаты.

Ключевые слова: недоношенные новорожденные.

2 таблицы. Библиография: 1 название.

Под нашим наблюдением находилось 66 недоношенных детей, родившихся от матерей со среднетяжелым и тяжелым поздним токсикозом беременных. У 32 из них в неонатальном периоде проведена реабилитационная терапия. Недоношенность I степени была у 20 детей, II ст. — у 29, III ст. — у 16 и IV ст. — у 1. Средняя масса тела была равна $1811,0 \pm 410,99$ г, рост — $43,59 \pm 1,89$ см.

Контрольную группу составили 14 относительно здоровых недоношенных детей (преждевременные роды у здоровых матерей были обусловлены случайными причинами).

Внутриутробная гипотрофия выявлена у 59 детей, т. е. почти у каждого недоношенного при данной патологии беременности была та или иная степень гипотрофии.

34 ребенка родились в состоянии острой гипоксии, а каждый третий—в гипоксии тяжелой степени.

При клиническом обследовании у большинства детей выявлены утончение подкожной жировой клетчатки и снижение тургора мягких тканей; у 33 констатирована мышечная гипотония, у 34—снижение безусловных рефлексов. У части детей был гипертонус и тремор конечностей в первые дни жизни. Отмечена быстрая утомляемость при сосании, частые и обильные срыгивания. У 22 новорожденных обращали на себя внимание сухость и бледность кожных покровов.

Наряду с общеклиническим обследованием мы проводили изучение функции внешнего дыхания, кислотно-щелочного состояния и газов в капиллярной крови, сердечной деятельности с помощью ЭКГ, гематокритного показателя и белкового состава сывотки крови.

Дыхание в первый день у детей основной группы носило сложно-периодический характер, скорость вдоха превышала скорость выдоха (табл. 1). Снижение дыха-

Таблица 1

Параметры внешнего дыхания детей 1-го дня жизни

Группы детей	Число детей	МОД, мл/мин	Скорость вдоха, мл/с	Скорость выдоха, мл/с	Альвеолярный объем, мл	Число дыханий в 1 мин
Недоношенные	17	$642,5 \pm 20,3$	$67,5 \pm 15,3$	$55,9 \pm 7,9$	$9,2 \pm 2,2$	$68,5 \pm 2,2$
Здоровые недоношенные	14	$697,1 \pm 10,5$	$46,0 \pm 8,7$	$36,0 \pm 4,6$	$11,2 \pm 3,9$	$61,9 \pm 2,6$

тельных объемов сочеталось с дыхательной аритмией, паузами. Выявленным респираторным нарушениям закономерно сопутствовали и метаболические сдвиги—смешанный некомпенсированный ацидоз ($pH\ 7,08 \pm 0,84$; $BE - 13,7 \pm 2,9$ ммоль/р, $pCO_2\ 4,9 \pm 0,3$ кПа).

Гемоконцентрация у детей основной группы составляла $67,06 \pm 3,03\%$ при $59,2 \pm 1,5\%$ в контроле.

В табл. 2 приведены данные основных показателей, отражающих функциональное состояние сердечно-сосудистой деятельности наблюдаемых детей.

Таблица 2

Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у детей 1-го дня жизни

Группы детей	Число детей	Число сердечных сокращений в 1 мин	$\angle \alpha^\circ$	Систолический показатель, %
Недоношенные	22	$107,9 \pm 12,5$	$119,5 \pm 24,7$	$56,9 \pm 6,8$
Здоровые недоношенные	10	$135,2 \pm 10,8$	$103,4 \pm 22,4$	$58,0 \pm 6,7$

Нарушения метаболических процессов в миокарде, деформация зубца Р, комплекса QRS, блокада правой ножки пучка Гиса, брадиаритмия, снижение систолического показателя выявлены у каждого второго ребенка. Эти нарушения определялись тяжестью, длительностью токсикоза и степенью зрелости и гипотрофии детей.

У всех детей основной группы в первый день отмечена глубокая гипопротейнемия ($47,3 \pm 6,3$ г/л) и диспротеинемия (Ал. — $49,6\%$, γ -глобулины — $16,4\%$).

Нами разработан следующий комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий, направленный на нормализацию нейродинамических нарушений ЦНС, улучшение сердечно-сосудистой деятельности, коррекцию обменных и ферментативных нарушений.

1. Создается особый охранительный режим. Из родовой палаты новорожденных переводят в кюветы с оптимальным режимом: температура $31-34^\circ$, влажность $80-100\%$, подача кислорода— $0,5-2$ л/мин (постоянно в первый день, затем периодически до 7 раз в сутки до и после кормления). Для улучшения функции ЦНС, снятия тканевого отека, улучшения кровообращения, снижения гипоксии назначают режим голода и жажды на 24 ч, а при наличии острой гипоксии—до 48 ч. Необходимое количество жидкости восполняют парентерально. В кюветах новорожденные находятся до момента перевода их на II этап выхаживания.

2. Для улучшения функции внешнего дыхания, особенно при ателектазах, применяют ингаляцию гелио-кислородной смеси в соотношении 1:1 со скоростью 1—2 л/мин в течение 15—20 мин до 2—3 раз в сут. Повторные ингаляции проводятся до нормализации функции внешнего дыхания.

3. Основу реабилитационных мероприятий составляет полиэффекторная инфузионная терапия по принципу нормоволемической гемодилюции: а) в целях улучшения реологии крови в первые 3 дня вводят внутривенно реополиглюкин в дозе 10 мл 10% раствора на 2 кг массы тела новорожденного; б) для снятия интоксикации инфузируют гемодез из расчета 10—20 мл на 1 кг в течение 2—3 дней; в) в течение первой недели жизни вводят растворы глюкозы 10—20%—10—20 мл на 1 кг, добавляя на каждые 3—4 г сухого вещества глюкозы 1 ед. инсулина; г) с 3—5-го дня подключается переливание нативной или сухой плазмы (8—10 мл на 1 кг) до 3—5 раз с интервалом между вливаниями 1—3 дня, либо альбумина 20% (10 мл на 1 кг), либо протеина (10 мл на 1 кг); д) коррекция ацидотических сдвигов достигается введением 4% раствора бикарбоната натрия в 1-й день жизни по 5—7 мл (с учетом массы тела). На 5—10-й день (в зависимости от состояния) вливания можно повторить.

В первые два дня средства инфузионной терапии вводят через полиэтиленовый катетер в вену пуповины с частотой по 7—10 капель в 1 мин, не более 50—60 мл, а в последующие дни — струйно, не более 20—25 мл. Одновременно проводят диуретическую терапию. С этой целью используют осмодиуретик маннитол (по 0,5—1 г на 1 кг массы тела ребенка) либо салуретик лазикс (по 0,001—0,003 на 1 кг). В конце переливания в вену пуповины вводят антибиотики (пенициллин—100 000 ед.).

4. В течение 5—7 дней вводят внутривенно или внутримышечно кокарбоксилазу (8—10 мг на 1 кг массы тела ребенка) с глюкозой и АТФ внутримышечно (по 0,005).

5. Назначают комплекс витаминов: С, В₁, В₂ со 2-го дня; В₆ по 0,005 внутримышечно 7 дней, через день, чередуя с витамином В₁.

6. Вводят γ -глобулин внутримышечно (0,5 дозы) 3—5 дней.

7. С 3—5-го дня назначают метионин по 0,1 г 3 раза в течение 7—10 дней, с 7-го дня — апилак в свечах по 0,0025 г 2 раза в день — 3—5 дней.

8. Количество необходимого молока рассчитывают по калорийному методу, предложенному Р. А. Малышевой и соавт. (1971). Молоко дают в смеси с 5% раствором глюкозы, учитывая выраженную гипогликемию. Частота кормления — 7—10 раз в сут. До появления хорошего сосательного рефлекса детей кормят через зонд. Дополнительное питье назначают с 3-го дня — по 5—10 мл в сут до 30 мл.

При повышенной возбудимости, беспокойстве, нарушении мозгового кровообращения вводят ГОМК — по 50 мг на 1 кг внутривенно (очень медленно) в течение 2—3 дней.

Клинико-физиологические показатели развития у детей, которым проводили описанную терапию, значительно лучше, чем у детей, не прошедших медицинскую реабилитацию в периоде новорожденности. Очевидны улучшение их общего состояния в ранние сроки, снижение процента детей с невосстановленной массой тела (17,6% в основной группе и 37% в контрольной) и с выраженной физиологической желтухой (соответственно 9,3% и 35,3%). В 2 раза снизилась заболеваемость и смертность детей основной группы в сравнении с контрольной. У леченных детей отмечено значительное улучшение функции внешнего дыхания в неонатальном периоде, заметное восстановление обменных процессов миокарда уже к 5-му дню (возрастал вольтаж основных зубцов комплекса QRS, зубца Т, ST-сегмент возвращался на изолинию, ликвидировался двуфазный зубец Т).

На 10-й день у всех детей, получавших описанный выше комплекс мероприятий, гематокрит соответствовал показателю его у здоровых детей. Количество общего белка к 10-му дню достигало его уровня у здоровых детей, причем содержание альбуминов повышалось к 5-му дню до $53,81 \pm 3,27\%$.

Все это свидетельствует о более полноценной адаптации детей основной группы, об улучшении их развития в периоде новорожденности.

Нами был изучен катамнез до 2 лет у 30 детей, получавших лечение в неонатальном периоде, и у 16 нелеченных детей. По массе тела леченные дети к году опережают нелеченных (соответственно $9709,29 \pm 191,78$ и $8961,54 \pm 310,82$ г). Снижение психомоторного развития у леченных детей встречалось в 3 раза реже, чем у нелеченных. Резко снизилась заболеваемость леченных детей простудно-инфекционными заболеваниями, в то время как в группе нелеченных детей болел почти каждый, причем часто болеющие дети среди них встречались в 2—3 раза чаще.

ВЫВОДЫ

1. У недоношенных детей, родившихся от матерей с тяжелым поздним токсикозом, нарушены механизмы адаптации внешнего дыхания, метаболических, обменных и ферментативных процессов, сердечно-сосудистой системы.

2. Эффективность мер выхаживания и лечения детей повышается при условии их соответствия степени зрелости и характеру адаптации и проведения дифференцированной терапии, направленной на нормализацию нейродинамических процессов центральной нервной системы, на устранение дыхательных и метаболических нарушений, на улучшение обменных и ферментативных процессов и сердечно-сосудистой деятельности.

3. Проведение комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий способствует улучшению клинического течения периода новорожденности.

ЛИТЕРАТУРА

Малышева Р. А., Шатохина Н. В., Кавтрева И. Г. В кн.: Реактивность организма недоношенных детей и организация их выхаживания. Свердловск, 1971.

Поступила 23 мая 1978 г.

УДК 616.24—002—053.2—08—039.74

ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ И ИХ НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ

Проф. Н. П. Кудрявцева, Л. М. Малышева, А. Д. Царегородцев

Кафедра детских инфекций (зав.—проф. Н. П. Кудрявцева) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и клиническая инфекционная больница № 1 им. проф. А. Ф. Агафонова (главрач — З. С. Тавлинова) г. Казани

Р е ф е р а т. Под наблюдением находилось 100 детей с острыми респираторными вирусными инфекциями: 30 с аденовирусной инфекцией, 26 с гриппом, 12 с респираторно-синцитиальной инфекцией, 9 с парагриппом и 23 со смешанными вирусными инфекциями. У всех детей заболевание осложнилось пневмонией преимущественно стафилококковой природы. Вирусно-стафилококковые пневмонии чаще регистрировались у детей в возрасте до 1 года; течение их было особенно тяжелым, преобладали токсические формы с нейротоксикозом, энцефалитической реакцией, сердечно-сосудистой и выраженной дыхательной недостаточностью с обструктивным синдромом. Благодаря своевременному применению посиндромной, комплексной антибактериальной и стимулирующей терапии у 96 детей наступило полное клиническое выздоровление.

К л ю ч е в ы е с л о в а: вирусно-бактериальные пневмонии у детей, неотложная терапия.

Библиография: 6 названий.

Несмотря на большие достижения в организации медицинской помощи больным с заболеваниями органов дыхания, эта патология занимает ведущее место в структуре причин детской смертности и преимущественно в смертности детей первых двух лет жизни [1, 2, 4].

В настоящее время при тяжелых формах вирусно-бактериальных пневмоний у детей раннего возраста успешно применяются методы интенсивной терапии, направленные не только на ликвидацию основной причины заболевания, но и на коррекцию нарушенных функций организма [3, 5, 6].

В данной работе представлена клинико-этиологическая характеристика вирусно-бактериальных пневмоний у детей и обобщен опыт их неотложной терапии. Под наблюдением находилось 100 детей, в том числе 15 в возрасте от 1 до 6 мес, 38—от 6 мес. до 1 года, 29—от 1 года до 3 лет, 10—от 3 до 7 лет и 8—от 7 до 15 лет. 55 больных поступили на стационарное лечение в первые три дня болезни, 37—с 4 по 8-й дни и 8—в более поздние сроки от начала заболевания.

На основании клинико-эпидемиологических, вирусологических и серологических данных у 30 пациентов установлена аденовирусная инфекция, у 26—грипп, у 12—респираторно-синцитиальная инфекция, у 9—парагрипп и у 23—вирусные микст-