

У всех девочек было проведено обследование на половой хроматин. Аномалий полового хромосом мы не обнаружили. У одной практически здоровой девочки и у 2 с олигофренией отсутствовали тельца Бара, а у 1 умственно недоразвитой было найдено 2 половых хроматина. По-видимому, в этом случае речь идет о трисомии-X, так как объективно аномалий полового развития у этой девочки не было установлено.

УДК 616/618—616—036.88—616.24—002

## СНИЖЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ДЕТЕЙ ОТ ПНЕВМОНИИ В 1960—1964 гг. В ЛЕНИНОГОРСКЕ

*Х. М. Хузина, Ю. К. Разумовский и Ф. Г. Ахмерова*

*Ленинградское детское объединение (главврач — Ф. Г. Ахмерова)*

Пневмонии, составляющие около 30% всех заболеваний в детском возрасте, а у детей первого года жизни — 40% (Ю. Ф. Домбровская, 1963), до сих пор остаются одной из наиболее частых причин детской смертности.

В целях дальнейшего снижения заболеваемости детей воспалением легких в Ленинградском детском объединении был разработан ряд лечебно-профилактических мероприятий. С 1960 г. введен дородовой патронаж. На участок каждого новорожденного принимает заведующая детской поликлиникой. Из родильного объединения поступает соответствующая документация. Патронажное наблюдение на дому устанавливается, как правило, с первых трех дней. В 1962 г. было организовано специальное снабжение детей продуктами питания (вначале — через детскую больницу, а с 1963 г. — через вновь открытую молочную кухню). С 1963 г. для лечения детей до года на дому медикаменты отпускаются бесплатно. Количество коек в стационаре доведено с 75 до 100, что дало возможность расширить госпитализацию детей, больных воспалением легких, с 46 до 82%, увеличить продолжительность пребывания больного в стационаре с 15,6 до 16,8 койко-дней.

Улучшилась взаимосвязь между стационаром и поликлиникой. Все переболевшие пневмонией дети из стационара передаются на участок под диспансерное наблюдение. За эти годы увеличилось количество врачей с 17 до 21. Более половины врачей повысили свою квалификацию на курсах усовершенствования. Улучшилось лечение больных пневмонией. В последние годы шире стало применяться комплексное лечение по общепринятым установкам с учетом тяжести состояния ребенка, давности процесса и фоновых заболеваний. Широко применяются массаж и гимнастика при лечении как в стационаре, так и на дому.

Получен обнадеживающий эффект при лечении больных тяжелыми формами пневмонии гормональными препаратами. У 19 из 24 детей раннего возраста улучшение было связано с применением гормонотерапии.

Врачи детского объединения в последние годы стали больше обращать внимания на профилактику рахита. Детям с 1,5-месячного возраста назначается витамин D и комплекс поливитаминов. Организована школа матерей при роддоме, где проводится широкая разъяснительная работа по профилактике простудных заболеваний и закаливанию ребенка. Открыта комната здорового ребенка. Улучшилась санитарно-просветительная работа в стационаре, поликлинике и на участке.

В результате вышеприведенных организационных, профилактических и лечебных мероприятий значительно уменьшилась заболеваемость и смертность от острых пневмоний. Появилась возможность увеличить госпитализацию больных с острыми респираторными заболеваниями с 11,3% (1960) до 22,9 (1964).

Снизилась частота фоновых заболеваний. Среди заболевших пневмонией в возрасте до года около половины составляют недоношенные, искусственно вскармливаемые и получавшие ранний прикорм.

Несмотря на общее снижение заболеваемости пневмониями, имеется повышение ее среди детей, посещающих ясли (вследствие их перегрузки).

Процент тяжелых форм пневмонии, преимущественно у детей до 2 лет, остался на прежнем уровне. В основном эта форма наблюдается у детей ослабленных, которые ранее имели заболевания дыхательных путей, желудочно-кишечного тракта и т. д. Они поступали с фоновыми заболеваниями: рахитом, гипотрофией, экссудативным диатезом и т. д.

Сокращение поздней госпитализации (после 10-го дня болезни) с 18,1 до 8,6% не замедлило сказаться на исходах болезни. В 1960 г. в стационаре умерло от пневмонии 3,27, а в 1964 г. — 0,83% больных.

Анализ смертности от различных причин по Ленинградскому району в целом за 1960—1964 гг. показывает неуклонное снижение детской смертности вообще и от пневмонии в частности.

Наибольшая смертность от пневмонии наблюдается у детей до года. Начиная с 1960 г. ни один ребенок старше 5 лет от пневмонии не умер.

Особое значение в исходе пневмоний имеют осложнения. Их больше у умерших в стационаре, меньше у скоростречно умерших. Это связано с длительностью основного заболевания, а в некоторых случаях с поздней госпитализацией.

Большое влияние на исход пневмоний имеют сроки выявления и госпитализации больных.

Мелкоочаговые пневмонии были у 73,1%, в остальных случаях — крупноочаговые.

Среди умерших в лечебных учреждениях длительность болезни до 3 суток была у 27,5%, от 3 до 10 дней — у 35,0% и свыше 10 дней — у 37,5%. При длительности заболевания свыше 10 дней почти у всех умерших обнаружены осложнения.

УДК 616.24—002—616—053.2

## САНАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

*А. В. Ломакина, С. Я. Порсева, О. Б. Филипповская  
и Р. Т. Шайхутдинова*

*Детский терапевтический санаторий (главрач — Р. Т. Шайхутдинова)  
и кафедра педиатрии № 2 Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина  
(зав.—доц. В. Н. Печникова)*

Санаторное лечение является одним из звеньев в комплексной терапии детей с хронической пневмонией. 15/1 1966 г. в Казани был открыт санаторий для детей дошкольного возраста на 50 коек. В нем получают лечение больные хронической пневмонией всех стадий, бронхиальной астмой, оперированные по поводу бронхоэктатической болезни и дети, страдающие аденосинусобронхопневмопатиями, находящиеся под угрозой возникновения хронического процесса.

В течение года лечилось 285 детей. В возрасте от года до 3 лет было 95 чел. (33,3%), от 4 до 7 лет — 179 (62,8%) и старше — 11 (3,8%).

Хроническая пневмония I ст. была диагностирована у 245 (86%) детей (в эту группу вошли и страдающие аденосинусобронхопневмопатиями), II ст. — у 23 (10%) и III ст. — у 2. Больных после операций на легких было 9 (3,5%). Из общего числа больных у 5 наблюдалась выраженная картина бронхиальной астмы, у 42 — астматическое наслоение при возникновении рецидивов. Таким образом, астматический синдром был у 47 (16,4%) больных.

Лечебный комплекс в санатории включал дифференцированный режим, санаторное питание, максимальное пребывание на свежем воздухе, закаливание, стимулирующую терапию (гаммаглобулин, алоэ, инсулин и глюкозу, ферменты, витамины), десенсибилизирующую терапию (препараты кальция, салицилового ряда, антигистаминные). При бронхиальной астме как крайняя мера проводилась гормонотерапия 2-недельном курсом. В комплексе предусматривались средства для ликвидации сопутствующих заболеваний (гельминтозов, лямблиоза, анемии, рахита, гипотрофии и др.) и санирования инфекционных очагов. Назначалась аэрозолетерапия (антибиотики, протеолитические ферменты, щелочные растворы витамина А с рыбьим жиром). При бронхиальной астме широко использовались аэрозоли хлористого кальция, димедрола, витаминов С, РР, В, адреналина, эфедрина, эуспирана и др. спазмолитических средств. Применялась аппаратная физиотерапия, электрофорез хлористого кальция, меди, панкреатина, дионина, витамина С, йодистого калия, адреналина. При астматическом бронхите наблюдался хороший эффект от воздействия полем УВЧ. В периоде выздоровления и ремиссии больные получали общие кварцевые облучения. Массаж грудной клетки делали всем детям в течение всего периода пребывания в санатории, через день по 10 мин. ЛФК для разных стадий проводилась инструктором ежедневно по специальному комплексу.

Со значительным улучшением выписалось 40 чел.; с улучшением — 173; без перемен — 70; с ухудшением — 2 чел.

С кашлем поступили 60% детей, к моменту выписки он отмечен у 24%. Мокрота была при поступлении у 61%, при выписке у 2,8%. С хрипами в легких поступили 67 чел., при выписке 32 из них не имели хрипов, у 35 хрипы уменьшились.

Динамика симптомов общей интоксикации у детей представлена в табл. 1.

Абсолютное большинство детей заметно прибавило в весе. Так, из общего числа больных I стадией до 500 г прибавили 40 чел., от 500 г до 1 кг — 78, от 1 до 2 кг — 71, от 2 до 3 кг и больше — 8; II стадией — до 500 г — 5 чел., от 500 г до 1 кг — 16; III стадией — от 500 г до 1 кг — 1 чел., от 1,5 до 2 кг — 1; после операции: от 500 г до 1 кг — 2 чел., от 1,5 до 2 кг — 1.

Наши наблюдения показывают, что 2-месячный срок пребывания в санатории для ряда детей недостаточен.

Работники санатория осуществляют дальнейшее диспансерное наблюдение за детьми. Часть больных была вызвана на повторный осмотр через 4—6 месяцев. 47 человек (13%) прошли повторный курс лечения в санатории.