

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

ИЮЛЬ
АВГУСТ
1981
4

ТОМ
LXII

ОРГАН МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАССР
И СОВЕТА НАУЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ

КЛИНИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.24—002—053.36

О ЗНАЧЕНИИ ПРЕМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

К. А. Святкина, С. Н. Якубова, Ф. Г. Тазетдинова, Н. К. Шошина,
И. Г. Зиатдинов, Г. А. Кулакова

*Кафедра факультетской педиатрии (зав. — проф. К. А. Святкина) Казанского ордена
Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

Реферат. Анализ течения пневмонии у детей раннего возраста (255) в зависимости от преморбидного фона выявил влияние сопутствующих страданий на течение и тяжесть пневмонии. Особо выделяются рахит и анемия. При наличии указанных заболеваний удлиняется срок пребывания детей с пневмонией в стационаре. При лечении больных пневмонией важно учитывать преморбидное состояние и включать в терапевтический комплекс средства, направленные на устранение сопутствующей патологии.

Ключевые слова: дети раннего возраста, пневмония, преморбидный фон.

С целью выяснения воздействия преморбидных состояний на развитие пневмоний у детей раннего возраста мы проанализировали истории болезни 255 детей, находившихся на лечении в детской клинике им. проф. В. К. Миньшикова. В возрасте до 6 мес было 65 детей, от 6 до 9 мес — 60, от 9 до 12 мес — 50, от 1 до 1,5 лет — 50 и от 1,5 до 2 лет — 30. У 176 детей пневмония протекала на фоне неблагоприятного преморбидного состояния (рахит, гипотрофия, анемия, экссудативно-аллергический диатез) и у 79 сопутствующих заболеваний не было (контрольная группа). По возрасту, полу и характеру питания обе группы сопоставимы. Преобладающее большинство больных было направлено в стационар из сельских районов Татарии. Как выяснилось из анамнеза, среди больных было 12,5% недоношенных детей. Большинство детей имели при рождении нормальную массу тела, 7% — более 4 кг. Существенное значение в возникновении пневмонии имеет характер питания. 50% детей в основной группе находились на искусственном и раннем смешанном вскармливании, а в контрольной группе — 30%. В рационе преобладали углеводы, редко включались овощные блюда и соки.

Учитывая большое значение эндогенно-конституциональных факторов в развитии пневмонии, мы провели тщательное изучение особенностей антенатального периода и течения родов у матерей. В основной группе неблагоприятное течение беременности

отмечено у 31% матерей, в контрольной — у 7,3% ($P < 0,001$). Из патологии родов преобладала асфиксия плода (6,4% и 0,85% соответственно, $P < 0,02$). Следовательно, неблагоприятные пре- и интранатальные факторы имеют определенное значение как в возникновении пневмонии, так и в развитии сопутствующих заболеваний. При изучении сезонности возникновения пневмоний оказалось, что в 58% начало заболеваний и рецидивов болезни приходилось на осенне-зимний период. Однако у 25,4% детей заболевание началось в летнее время. Между сравниваемыми группами существенной разницы в частоте возникновения пневмонии в зависимости от времени года не найдено.

В последние годы особое значение в развитии пневмонии у детей придается сопутствующим и предшествующим заболеваниям, ослабляющим организм ребенка и создающим неблагоприятный фон, на котором развиваются затяжные пневмонии.

По нашим данным у каждого второго ребенка основной группы, поступившего в стационар с пневмонией, имелись признаки рахита. Рахит I степени установлен у 27 детей (15,3%), у остальных — рахит II степени. При этом заметное влияние на характер течения пневмонии оказывает период болезни. Так, токсическая форма пневмонии встречалась в 2 раза чаще в период разгара рахита; в период реконвалесценции рахита преобладающей была неосложненная форма пневмонии. У детей с наличием рахита в период разгара на фоне тяжелого течения пневмонии быстро возникали явления токсикоза с выраженной дыхательной недостаточностью, гипертермией, циркуляторными расстройствами.

У 26,3% больных пневмонией детей была гипотрофия, в основном II степени. Пневмония на фоне гипотрофии протекала, как правило, по типу мелкоочаговой, принимала затяжное течение без выраженной картины интоксикации, гипертермии; однако часто возникали осложнения: отит, фурункулез, пиелонефрит. У 10 детей на фоне затяжной вялотекущей пневмонии наступило обострение очагового гнойного процесса, сопровождавшееся резким ухудшением состояния ребенка.

У детей с экссудативно-аллергическим диатезом пневмония протекала с яркой клинической симптоматикой: гипертермией, токсикозом, резкой тахикардией; в два раза чаще наблюдался астматический синдром. Проявления экссудативно-катарального диатеза констатированы у 12,4% детей. Пневмония у таких детей довольно часто осложнялась отитом, парентеральной диспепсией. Осложнения нередко принимали затяжной характер. У 3,5% детей с пневмонией рентгенологически определялась тимомегалия, но без каких-либо особенностей в течении заболевания.

Обращала на себя внимание большая частота анемий (49,25%). У 63 детей была легкая форма анемии (Hb от 1,79 до 1,39 ммоль/л, число эритроцитов до $3,5 \cdot 10^{12}$ в 1 л); у 29 — среднетяжелая (Hb от 1,39 до 1,1 ммоль/л; эритроцитов до $3,1 \cdot 10^{12}$ в 1 л) и у 7 — тяжелая (Hb ниже 1,1 ммоль/л, эритроцитов менее $3,1 \cdot 10^{12}$ в 1 л). Тяжелая анемия этой группы детей обусловлена, очевидно, частой заболеваемостью (2—4 раза), неблагоприятными условиями жизни, ранним искусственным вскармливанием, сопутствующими заболеваниями (рахит, гипотрофия); 2 ребенка родились недоношенными. У детей этой группы даже после разрешения пневмонии в течение 10—12 дней определялась одышка.

У 51 больного (29%) основной группы было одно сопутствующее заболевание, у 73 (41,5%) — 2 сопутствующих заболевания и у 52 (29,5%) — 3 и более. Это отразилось на продолжительности пребывания детей в клинике. Среднее число койко-дней в основной группе — 25,5, в контрольной — 16,3. У детей, имевших два и более сопутствующих заболевания, длительность пребывания в стационаре увеличилась в два раза, достигая 38—52 дней, а у 4,5% больных наступила хронизация процесса.

Как известно, для благополучных исходов пневмоний большое значение имеет своевременная диагностика заболевания, выявление характерных ранних симптомов болезни. По нашим данным у 41,4% детей пневмония началась постепенно, с явлений острой респираторной вирусной инфекции, у остальных было острое начало болезни. Диагностика и госпитализация большинства детей с пневмонией были поздними (5—9-й дни болезни). В связи с этим в 63,7% больные поступали в клинику в среднетяжелом и тяжелом состоянии. Среди детей с неблагоприятным преморбидным фоном у 46% отмечалась токсическая и токсико-септическая форма пневмонии, у 54% — неосложненная пневмония, в то время как в группе детей без сопутствующих заболеваний неосложненные формы пневмоний составили 89% ($P < 0,05$). В основной группе в 3 раза чаще, чем в контрольной, заболевание протекало с астматическим компонентом (соответственно 3,8% и 11,9%).

В диагностике пневмоний велико значение рентгенологического исследования. В

ряде случаев при этом диагноз пневмонии не подтверждается. В наших наблюдениях диагноз пневмонии рентгенологически не был подтвержден в 18,3%. Возможно, это связано с тем, что дети поступали в клинику из районов республики после активного лечения.

Таким образом, неблагоприятный фон, предшествующий заболеванию детей раннего возраста пневмонией (погрешности в питании, отсутствие должного режима с последующим развитием таких заболеваний, как гипотрофия, рахит, анемия, экссудативно-аллергический диатез), содействует развитию болезни и более тяжелому его течению. Поэтому у детей раннего возраста, больных пневмонией, одновременно с лечением основного процесса важно выявить сопутствующие заболевания и включить в комплекс лечебных мероприятий средства, направленные на их ликвидацию. Это во многом определит благополучный исход болезни. В то же время улучшение качества медицинского обслуживания детей раннего возраста, борьба за рациональное вскармливание, профилактика рахита, анемических состояний будут способствовать оздоровлению детей раннего возраста и предупреждению тяжелого страдания, каким является пневмония на первом и втором годах жизни.

Поступила 25 марта 1981 г.

ЖДК 616.24—002.5+616.24—006.03]—079.4

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛОМ И ГАМАРТОМ ЛЕГКИХ

В. С. Анастасьев

*Кафедра фтизиатрии (зав. — проф. Г. А. Смирнов) Казанского ГИДУВа
им. В. И. Ленина*

Реферат. На основании наблюдений за 400 больными с туберкуломами и 26 с гамартомами легких определены некоторые дифференциально-диагностические признаки, характерные для этих заболеваний. Ведущая роль в их распознавании принадлежит рентгенологическому обследованию. У лиц молодого возраста известное значение имеет туберкулинодиагностика.

Ключевые слова: легкие, туберкулез, гамартома, дифференциальная диагностика.

2 иллюстрации. Библиография: 7 названий.

У впервые выявленных больных туберкулезом легких туберкуломы встречаются в 3—5% [3, 4]. В то же время от 4 до 10% всех округлых образований легких являются доброкачественными опухолями, среди которых большинство (до 80%) составляют гамартумы [1, 4]. Необходимость дифференциальной диагностики этих заболеваний диктуется различной тактикой лечения. Туберкуломы подлежат длительной противотуберкулезной терапии, а в части случаев и оперативному лечению; при гамартомах же, по мнению многих авторов, хирургическое лечение не обязательно, так как они многие годы могут оставаться стабильными или растут очень медленно, а вероятность их малигнизации считается не доказанной.

Рентгенологически установить диагноз гамартумы можно при наличии характерного обызвествления после исключения туберкуломы, так как петрификаты закономерно встречаются в основном при этих патологических процессах. При гамартомах без включений с учетом рентгенологических данных, периодичности предварительных флюорографических обследований, темпов роста и др. возможен лишь предположительный диагноз доброкачественной опухоли без уверенности в ее морфологической характеристике (в 20% встречаются аденомы, фибромы, миомы, ангиомы и др.).

Основным в дифференциальной диагностике туберкулом и гамартом является рентгенологический метод, так как оба заболевания, как правило, протекают без клинических проявлений и обнаруживаются обычно при массовых флюорографических обследованиях (туберкуломы, образовавшиеся во время диспансерного наблюдения из очагового туберкулеза или при обратном развитии туберкулезной каверны или инфильтрата, во внимание не принимаются, так как при этом не возникает трудностей в дифференциальной диагностике). Рентгенограммы и томограммы следует проводить в прямой и боковой проекциях, потому что очень важно определение не только локализации, но и формы тени, которая для диагностики некоторых округлых образований (например, ретенционных кист) имеет первостепенное значение. При небольших раз-