

Таким образом, лечение больных пневмонией целесообразно начинать обычными дозами бензилпенициллина, но вопрос об их эффективности решать не позднее чем через 3—4 дня. При отсутствии выраженного улучшения в состоянии больных за это время дозу пенициллина надо повышать сразу до 12 млн. ЕД в сутки (по 2—3 млн. ЕД через 4—6 ч). Тактику постепенного увеличения доз антибиотика (сначала до 2—3 млн. ЕД в сутки, а затем больше) мы считаем порочной, так как она способствует селекции лекарственно-устойчивых возбудителей болезни. При тяжелых формах деструктивной пневмонии оправданно применение повышенных доз пенициллина без предварительного испытания его обычных дозировок. Только при отсутствии эффекта от внутримышечного введения бензилпенициллина следует назначать его внутривенные вливания или использовать полусинтетические препараты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Булатова З. В. Тер. арх., 1974, 5.—2. Васильева Н. Г., Цляк М. С. Антибиотики, 1967, 6.—3. Грискин Я. П., Вульфович Е. С. и др. Клин. мед., 1973, 5.—4. Дубилей В. В. В кн.: Комплексная терапия и профилактика хронических воспалительных заболеваний органов дыхания. М., Медицина, 1968.—5. Злыдинов Д. М. В кн.: Хронические пневмонии. М., Медицина, 1969.—6. Миреса-швили Э. И. Сов. мед., 1970, 1.—7. Навашин С. М., Фомина И. П. а) Полусинтетические пенициллины. М., Медицина, 1974; б) Клин. мед., 1979, 7.—8. Плоткин В. И. Казанский мед. ж., 1970, 1.—9. Прохоров Б. С. Антибиотики, 1967, 6.—10. Черномордик А. Б. В кн.: Рациональное применение антибиотиков. Киев, 1973.—11. Abernathy R. S. Dis. Chest, 1968, 53, 592.—12. Klose F. u. a. Dtsch. med. Wschr., 1962, 87, 34.—13. Spitz u. K. H. Wien. klin. Wschr., 1962, 74, 840.

Поступила 26 марта 1981 г.

УДК 616.988.7—053.31

ФАКТОРЫ РИСКА ПРИ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У НОВОРОЖДЕННЫХ

О. И. Пикуза, Л. А. Кузнецова, Л. Я. Александрова

Кафедра детских болезней (зав.—проф. Е. В. Белогорская) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Реферат. Изучение клинических особенностей острых респираторных вирусных инфекций и пневмонии у 320 новорожденных дало основание выделить группу детей с повышенным риском неблагоприятного течения заболевания. Отрицательное влияние на прогноз острых респираторных заболеваний у новорожденных оказывают токсикозы, острые заболевания женщины во время беременности, воздействие на будущую мать профвредностей, отягощенный акушерский анамнез, недоношенность новорожденного, натальная травма центральной нервной системы. Разработаны специальные схемы в дополнение к общепринятой истории болезни, которые могут облегчить учет состояний риска и дифференцированный подход к новорожденному.

Ключевые слова: респираторная вирусная инфекция, пневмония, новорожденные, факторы риска.

1 таблица. Библиография: 5 названий.

Задачей данной работы являлось изучение состояний риска при респираторной патологии у новорожденных с целью привлечь внимание практических врачей-неонатологов к необходимости оценки преморбидного фона. В литературе этот вопрос мало освещен [2, 3].

Под нашим наблюдением в специализированном отделении новорожденных 2-й детской клинической больницы г. Казани в 1979—1980 гг. находилось 320 детей в возрасте от 2 до 29 дней с острым респираторным заболеванием и пневмонией. При обследовании иммунофлуоресцентным методом в сочетании с серологическими и вирусологическими исследованиями у 63,4% детей доказана вирусная этиология заболевания. Наиболее часто выявлялись аденовирусная (24,4%) и респираторно-синцициальная (20,1%) инфекции, реже диагностировались грипп (14,6%), парагрипп (10%) и пневмомикоплазмоз (2,5%). Изучение микробной флоры зева у новорожденных с неосложненными и осложненными формами острого респираторного заболевания (Р. А. Уразов и Г. И. Гедзе) выявило наличие золотистого, эпидермального стафилококков, гемолитического стрептококка, энтерококков, клебсиелл, энтеробактера; реже выделялся пневмококк, синегнойная палочка.

Из большого количества факторов риска, описанных в литературе [1, 5], нами выделено 43, которые, по нашему мнению, могут оказать наибольшее влияние на течение и исход респираторных заболеваний новорожденных. К ним, в частности, относятся юный или пожилой возраст матери, профессия ее, связанная с вредными воздействиями, болезни матери, осложнения беременности и родов, недоношенность, трофические расстройства у новорожденных (перинатальная гипотрофия, крупный плод).

64 новорожденных (20%) не имели указанных выше факторов риска (1-я группа). Дети были доношенными, с массой тела от 3 до 4 кг, от здоровых матерей при нормально протекавшей беременности и родах. В этой группе острое респираторное заболевание осложнилось пневмонией лишь в 3,3%, тогда как из 256 детей с отягощенным анамнезом (2-я группа) пневмония развилась в 24%, т. е. в 7 раз чаще. Острые респираторные заболевания у новорожденных 1-й группы протекали легче и заканчивались выздоровлением в среднем через $12,9 \pm 0,5$ дня, в то время как у новорожденных с отягощенным преморбидным фоном без пневмонии средняя продолжительность заболевания составила $18,1 \pm 0,3$ дня ($P < 0,001$).

На возникновение пневмонии при острых респираторно-вирусных заболеваниях у новорожденных 2-й группы существенное влияние оказывают следующие факторы: токсикозы беременности ($P < 0,001$), острые заболевания матери (ОРЗ, ангины) во время беременности ($P < 0,001$), крупный плод и натальные повреждения центральной нервной системы ($P < 0,001$). Из других состояний риска следует подчеркнуть отягощающее влияние асфиксии плода и новорожденного на характер течения острого респираторного заболевания (см. табл.). В литературе имеются указания на высокую смертность от пневмонии и септических заболеваний детей, перенесших асфиксию [4]. По нашим данным асфиксия в анамнезе при неосложненном остром респираторном заболевании встречалась в $14,2 \pm 2\%$, а при наличии пневмонии — в $24,6 \pm 3,5\%$ ($P < 0,001$). Патология родового акта — слабость родовой деятельности, затяжные

Влияние факторов риска на частоту острых респираторных заболеваний и пневмонии у новорожденных (в %)

Факторы риска	ОРЗ	Пневмония	P
	M \pm m	M \pm m	
Юный возраст матери	6,2 \pm 1,5	9,0 \pm 2,0	> 0,05
Пожилой возраст	8,5 \pm 1,5	17,5 \pm 3,0	> 0,05
Отягощенный акушерский анамнез	21,6 \pm 3,0	31,6 \pm 4,0	< 0,05
Хронические заболевания матери	11,9 \pm 2,5	14,0 \pm 3,0	> 0,05
Острые заболевания матери	6,8 \pm 1,9	17,5 \pm 3,0	< 0,001
Токсикозы беременности	32,0 \pm 4,0	80,6 \pm 2,0	< 0,001
Неудовлетворительные бытовые условия	32,3 \pm 4,0	37,0 \pm 4,0	> 0,05
Вредная профессия	26,1 \pm 3,5	28,1 \pm 3,0	> 0,05
Слабость родовой деятельности	4,5 \pm 1,5	10,5 \pm 2,0	< 0,05
Ножное предлежание	1,0 \pm 0,5	3,5 \pm 1,9	> 0,05
Стремительные роды	6,3 \pm 2,5	8,8 \pm 2,2	> 0,05
Асфиксия плода	14,2 \pm 2,5	24,6 \pm 3,5	< 0,05
Врожденная гипотрофия	14,2 \pm 3,5	17,5 \pm 3,0	> 0,05
Недоношенность	9,0 \pm 2,1	14,0 \pm 2,0	< 0,01
Обвитие пуповины	7,2 \pm 3,5	8,8 \pm 2,0	> 0,05
Крупный плод	8,5 \pm 2,5	17,5 \pm 2,0	< 0,001
Травма центральной нервной системы	5,1 \pm 1,5	10,5 \pm 2,0	< 0,05

роды, — вызывая нарушения маточно-плацентарного кровообращения, оказывает отрицательное влияние на состояние здоровья новорожденного. Осложненное течение острого респираторного заболевания в 2,3 раза чаще встречалось у детей, рожденных от матерей, у которых была слабость родовой деятельности и другая патология родов. Значительную роль в осложненном течении респираторной вирусной инфекции играет недоношенность, врожденная гипотрофия.

Нам не удалось выявить зависимости частоты пневмонии от связанных с профессиональной вредностью условий труда матери, юного возраста женщины, хронических заболеваний (холецистит, гайморит, хронический бронхит и другие), неблагоприят-

ных жилищно-бытовых условий семьи ($P > 0,05$). Статистическая разработка материала по остальным факторам риска (многоводие, многоплодие, ножное предлежание, длительный безводный период, токсоплазмоз матери и т. д.) не проводилась из-за редкой встречаемости этих состояний в анамнезе наблюдаемых больных.

Особый интерес представляет изучение влияния факторов риска на исход пневмонии. Мы сравнили преморбидный фон новорожденных, умерших от острого респираторного заболевания и пневмонии, и детей, выписанных из стационара с выздоровлением. Оказалось, что значительно ухудшает прогноз пневмонии недоношенность ($P < 0,001$), натальная травма центральной нервной системы ($P < 0,001$), отягощенный акушерский анамнез ($P < 0,05$). Так, недоношенность среди умерших детей наблюдалась в $30,7 \pm 5\%$, при благополучном исходе пневмонии — у $11,5 \pm 2\%$; натальная травма центральной нервной системы встречалась соответственно в $23,1 \pm 4,8\%$ и $10,5 \pm 2,0\%$. Хотя профессиональная вредность работы матери не влияла на частоту пневмонии при респираторной вирусной инфекции у новорожденных, но при летальных исходах от пневмонии влияние этого фактора статистически достоверно ($P < 0,001$).

Таким образом, результаты исследования позволяют выделить группу детей с повышенным риском неблагоприятного течения острого респираторного заболевания и пневмонии, что поможет врачу правильно оценить тяжесть, прогноз заболевания, обеспечить ребенка адекватным лечением и наблюдением. Дети с неблагоприятным преморбидным фоном уже с первых дней острого респираторного заболевания нуждаются в назначении антибактериальной терапии, во введении гамма-глобулина, так как у них высок риск развития пневмонии.

Полученные данные диктуют необходимость создания для матерей с осложненным течением беременности оптимальных социально-гигиенических условий в родо-вспомогательных учреждениях. В дальнейшем дети этих матерей должны быть объектом пристального внимания участковых педиатров.

ВЫВОДЫ

1. Для прогнозирования течения, исхода респираторной вирусной инфекции у новорожденного и дифференцированного подхода к больному необходим подробный сбор анамнестических сведений, касающихся факторов риска.

2. Наибольшее отрицательное влияние на течение и исход острого респираторного заболевания у новорожденного оказывают токсикозы, острые заболевания женщины во время беременности, профессиональная вредность работы матери, отягощенный акушерский анамнез, недоношенность, натальная травма центральной нервной системы.

3. Учет состояний риска может быть облегчен применением специально разработанных схем, дополняющих общепринятую историю болезни, с включением вопросов по факторам риска.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воротченкова Л. М., Дегонская И. В., Казакова В. А. В кн.: Антенатальная охрана плода и профилактика перинатальной патологии. Киев, 1979.
2. Грачева А. Г., Степина Г. Г. Педиатрия, 1979, 10.—3. Каримова Д. Ю., Яруллин А. Х. Вopr. oхp. мат., 1978, 9.—4. Кирюшников А. П. Влияние вредных факторов на плод. М., Медицина, 1978.—5. Мучинов Г. С., Фролова О. В. Охрана здоровья плода и новорожденного. Москва, Медицина, 1979.

Поступила 20 марта 1981 г.

УДК 616.441+616.447]—089.843

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЛЛОТРАНСПЛАНТАЦИИ ЩИТОВИДНО-ОКОЛОЩИТОВИДНОГО КОМПЛЕКСА

Т. Ф. Бредихин, В. Т. Бредихин

Кафедра факультетской хирургии (зав.—проф. И. И. Чудаков) Курского медицинского института

Реферат. Произведены аллопластические пересадки щитовидно-околощитовидного комплекса под прикрытием иммунодепрессантов (6-меркаптопурина и гидрокортизона) и без них 15 больным, страдавшим тиреоидно-паратиреоидной недостаточностью. Пересадки выполняли на сосудистой ножке по Богоразу. Результаты про-