

(abstr.).— 17. Curnutte J. T., Babior B. M. J. Clin. Invest., 1974, 53. — 18. Klebanoff S., Clark R. The neutrophil Function and Clinical Disorders. Amsterdam — New-York — Oxford, 1978. — 19. Matula G., Paterson Ph. G. New Engl. J. Med., 1971, 285, 6. — 20. Park B. H., Fikrig S. M., Smithwick S. M. Lancet, 1968, 2, 532.

Поступила 6 января 1981 г.

ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 616.233+616.24]—002.2—081.213

Н. А. Черкасова, М. Х. Габидуллина, Э. Х. Шакирова (Казань). Опыт организации санаторного лечения детей с бронхолегочными заболеваниями в условиях городской детской больницы

В течение последних двух лет при 4-й детской больнице в летнее время функционирует отделение санаторного лечения детей с бронхолегочными заболеваниями (2 смены по 1,5 мес). У 71 из 177 детей, получивших санаторное лечение за это время, была хроническая пневмония, у 7 — бронхиальная астма, у 99 — частые заболевания органов дыхания (пневмония и бронхит 3—4 раза в год). 20 детей были в возрасте до 3 лет, 90 — от 3 до 7 лет и 67 — от 7 до 14 лет.

В санаторное отделение поступали дети вне обострения легочного процесса. Большинство детей жаловались на быструю утомляемость, вялость, снижение аппетита, плохой сон. У части больных была субфебрильная температура. У 33% детей при обследовании отмечена бледность кожи, пониженная упитанность, у 16,3% — кашель с отхождением мокроты, у 35% в легких выслушивались влажные хрипы разного калибра.

В первые три дня пребывания в санаторном отделении у детей проводили полное клиническое обследование и консультации специалистов. Каждый ребенок был осмотрен отоларингологом и физиотерапевтом.

У 43% детей были выявлены очаги инфекции: у 27% — хронический тонзиллит и аденоиды, у 11% — гнойный хронический отит, гайморит, у 5% — хронический холецистит.

Основу комплекса санаторного лечения составляли правильная организация режима дня, диетотерапия, физиотерапия, лечебная дыхательная гимнастика, массаж трудной клетки, медикаментозные средства. Лечение каждого ребенка проводилось с учетом его индивидуальных особенностей и реакции на лечебные процедуры. Распорядок дня предусматривал длительное пребывание на свежем воздухе на озелененной территории больницы. Обязательным был дневной сон после обеда в течение 2 часов. Для повышения эмоционального тонуса проводились прогулки, посещение кинотеатра, к организации которых широко привлекались родители. Было организовано полноценное, разнообразное, сбалансированное пятиразовое питание. Дополнительно детям давали в 7 утра кефир, на полдник — свежие фрукты, овощи, соки. Большую роль в комплексе лечения больных отводили физиотерапии. В среднем каждый больной получил по 38 физиопроцедур (электрофорез на область легких с растворами хлористого кальция, никотиновой и аскорбиновой кислот, сернокислой магнезии, индуктотермия, микроволновая терапия и т. д.).

Особое внимание обращали на лечение хронических очагов инфекции в носоглотке. Тубускварц и ультразвук на область миндалин и носовых входов получили 29% детей, ингаляцию с панкреатином, отварами календулы, эвкалипта, настойкой прополиса — 73,4% детей. Всем детям назначали кислородный коктейль с отварами трав (мать-и-мачеха, душица, липовый цвет, зверобой), витамины В₁, В₆, аскорбиновую и никотиновую кислоты.

Все дни пребывания в больнице дети занимались лечебной физкультурой; каждому проведено 15 сеансов массажа грудной клетки.

В результате лечения состояние всех детей значительно улучшилось, дети окрепли, 60% детей прибавили в массе тела от 500 до 2000 г. Улучшился сон, восстановился аппетит. Утомляемость и вялость сохранились лишь у 4,5% детей. У всех детей нормализовалась температура, исчез кашель. Хрипы в легких обнаруживались только у 5% больных.

Таким образом, состояние всех детей, получавших санаторное лечение в течение 1,5 мес, значительно улучшилось.

Организация санаторного лечения в летнее время в отделении детской больницы является эффективным мероприятием по оздоровлению детей с бронхолегочными заболеваниями.

Опыт лечения таких больных может быть использован и в других стационарах города.