

ПУТИ СНИЖЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ ПНЕВМОНИЕЙ*

Е. В. Белогорская, Л. А. Кузнецова

Кафедра детских болезней лечебного факультета (зав.— заслуж. деят. науки ТАССР проф. Е. В. Белогорская) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

В структуре заболеваний детского возраста первое место занимают болезни органов дыхания: острые респираторные инфекции, бронхиты, пневмонии. После перинатальной патологии пневмония является одной из главных причин детской смертности.

Анализ 355 вызовов педиатрической бригады скорой медицинской помощи к детям показал, что наибольшая обращаемость населения была по поводу болезней органов дыхания (69,1%): острых респираторных заболеваний (41,6%), пневмонии (18,6%), бронхита (8,9%). Большинство вызовов было к детям раннего возраста (73,1%). Из медико-биологических факторов отмечено влияние искусственного и раннего смешанного вскармливания (50,2%), сопутствующего аллергического диатеза с развитием пищевой и лекарственной аллергии (38,0%), частых предшествующих респираторных заболеваний (34,0%). Недоношенными родились 10,9% детей, осложнения в родах возникли у 10,9% матерей, отягощенная наследственность была у 6,6%; у 18,0% детей родители имели хронические заболевания. Из вредных социальных факторов наибольшее негативное воздействие оказывали курение одного из родителей, обычно отца (в 47% семей), и употребление алкоголя (в 25%).

Среди острых респираторных вирусных инфекций ведущее место занимают респираторно-синтициальная и аденовирусная, на долю которых приходится половина случаев ОРВИ; реже диагностируются грипп, парагрипп, микоплазменная пневмония. Известно, что респираторные вирусные инфекции понижают иммунитет, способствуя возникновению осложнений, наиболее часто пневмонии, обусловленной вирусно-бактериальными ассоциациями. Возросла роль пневмококка, по-прежнему сохраняет свое действие патогенный стафилококк, имеют значение грамотрицательная микробная флора и различные микробные ассоциации, существуют пневмоцистные пневмонии, а также заболевания, вызванные цитомегаловирусной и грибковой инфекциями.

Пневмония имеет инфекционную этиологию, однако ею не заражаются, а заболевают; она развивается не у всех инфицированных детей. Установлены различные

факторы риска, способствующие развитию пневмонии; играет роль и состояние возрастной реактивности. Изучение факторов риска, способных привести к осложненному течению острого респираторного заболевания, является важным этапом практической пульмонологии.

Из большого количества факторов риска, описанных в литературе [1, 3], нами выделены 43, которые могут оказать наибольшее влияние на течение и исход респираторных заболеваний новорожденных. К ним отнесены возраст, профессия матери, состояние ее здоровья, характер течения беременности и родов, недоношенность, трофические расстройства (пренатальная гипотрофия, крупный плод) и др.

Факторы риска изучены у 320 новорожденных в возрасте от 2 до 29 дней с острыми респираторными заболеваниями и пневмонией. 20% детей не имели факторов риска, они были доношенными, с массой тела при рождении 3—4 кг, родившимися от здоровых матерей при нормально протекавшей беременности и родах. ОРЗ у них осложнилось пневмонией лишь в 3,3% случаев, тогда как из 256 детей с отягощенным анамнезом пневмония развилась у 24% детей, то есть почти в 7 раз чаще. ОРЗ у новорожденных без факторов риска протекало легче и заканчивалось выздоровлением в среднем через $12,9 \pm 0,5$ дней; при отягощенном же преморбидном фоне без пневмонии средняя продолжительность заболевания составила $18,1 \pm 0,3$ дня ($P < 0,001$). На возникновение пневмонии при ОРЗ у новорожденных наибольшее влияние оказывали следующие факторы: токсикозы беременных ($P < 0,001$), острые заболевания женщины во время беременности ($P < 0,001$), крупный плод, натальные повреждения центральной нервной системы ($P < 0,001$). У больных пневмонией почти в 2 раза чаще, чем при неосложненных ОРЗ, в анамнезе встречались асфиксия плода и новорожденного (соответственно $14,2 \pm 2,0\%$ и $24,6 \pm 3,5\%$; $P < 0,001$). Патология родового акта (слабость родовой деятельности, затяжные роды), вызывая нарушения маточно-плацентарного кровообращения, также отрицательно сказывалась на здоровье новорожденного, вызывая в последующем в 2,3 раза чаще осложнение ОРЗ пневмонией. Такому же осложнению способствовали недоношенность, врожденная гипотрофия ($P < 0,05$). Факторы риска

* Доложено на заседании общества детских врачей ТАССР 18.02.1988 г.

влияти и на исход пневмонии, увеличивая частоту летальных исходов. Так, недоношенными родились $30,7 \pm 5\%$ новорожденных, натальная травма центральной нервной системы была у $23,1 \pm 4,8\%$; аналогичные показатели были у выздоровевших детей (у $11,5 \pm 2,0\%$ и $10,5 \pm 2,0\%$).

Таким образом, для снижения заболеваемости пневмонией у новорожденных наряду с профилактикой инфицирования необходимо предупреждение факторов риска (травмами, акушерами при наблюдении за беременной в женской консультации и при оказании помощи в родах в родильных домах).

С целью выяснения значения факторов риска, влияющих на развитие пневмонии у детей старшего одного мес, нами проанализированы истории болезни 395 детей, находившихся на лечении по поводу пневмонии в 1986 и 1987 гг. во 2-й детской клинической больнице Казани. По возрасту дети распределялись следующим образом: от одного до 6 мес было 11,6% больных, от 6 мес до одного года — 12,9%, от одного года до 2 лет — 23%, от 2 до 3 — 15,0%, от 3 до 7 — 20,8%, от 8 до 14 — 16,7%. Таким образом, дети первых 3 лет жизни составляли большинство (62,5%), всего же до 7 лет было 83,3% детей.

Наиболее часто диагностировали очаговую бронхопневмонию: у всех детей первого полугодия жизни и у 88,2% — второго (у 11,8% детей этой возрастной группы пневмония была сегментарной). В возрасте от одного года до 3 лет очаговая бронхопневмония была у 80%, сегментарная — у 16,7%, лobarная — у 3,3%, в дошкольном возрасте — соответственно у 74,4%, 24,4%, 1,2%, в школьном возрасте (до 14 лет) — у 68,2%, 24,2%, 7,6%. Обструктивным синдромом пневмония сопровождалась чаще у детей раннего возраста (до одного года — у 30,5%, от одного до 3 лет — у 24,7%); в дошкольном возрасте он возник у 15,9%, в школьном — еще реже, причем лишь в сочетании пневмонии с бронхиальной астмой. Тяжелые сливные пневмонии были у 9,0% детей первого полугодия и у 6,0% — второго, у 5,0% больных в возрасте от одного до 3 лет, у 1% — от 3 до 7 лет, то есть с возрастом частота сливных пневмоний уменьшалась.

Большой интерес представляет преморбидный фон у детей с пневмонией в настоящее время. По-прежнему высок процент больных пневмонией первого года жизни, рано переведенных на искусственное вскармливание. Они составляют более половины числа всех детей.

Анализ показал, что участковые педиатры не обращают должного внимания на наличие у детей сопутствующих заболеваний, предшествовавших пневмонии, которые, как известно, не только способствуют заболеванию

ребенка пневмонией, но и оказывают влияние на характер ее течения. Об этом свидетельствует почти полное отсутствие в направительном диагнозе указания на наличие сопутствующего заболевания или отмечаются не все фоновые болезни. Между тем только 8,4% детей, больных пневмонией, не имели отягощенного преморбидного фона.

Известно, что хронические расстройства питания в настоящее время стали встречаться реже, однако они оказались самым частым сопутствующим заболеванием у детей раннего возраста. Так, дистрофия сопутствовала пневмонии у больных первого полугодия жизни в 41,3% случаев (у 19,6% детей она была типа гипотрофии, у 21,7% — паратрофии), у детей второго полугодия — в 60,8% (у 43,4% — типа гипотрофии, у 19,6% — паратрофии), у детей от года до трех лет — в 43,4% (у 36,7% — типа гипотрофии, у 6,7% — паратрофии). У 12,2% детей дошкольного возраста, больных пневмонией, было пониженное питание, у 4,9% — ожирение I степени.

Почти с той же частотой, как и дистрофия, у больных детей наблюдалась анемия, обычно железодефицитная легкой степени. Она была выявлена у 45,2% больных в первый год жизни, у 21,0% детей в возрастной группе от года до 3 лет, у 7,3% дошкольников и у 1,5% школьников.

Симптомы рахита, чаще II степени, констатируются у 15,2% детей первого полугодия жизни, у 41,0% — второго, у 20% в возрастной группе от года до 3 лет.

Различные проявления аллергии были отмечены у 34,1% больных первого года жизни, у 38,0% детей в возрасте от года до 3 лет, у 24,7% дошкольников. Рентгенологом установлена тимомегалия у 17,0% больных пневмонией первого года жизни, у 3,3% детей в возрасте от года до 3 лет. Другая сопутствующая патология, как врожденные пороки сердца и различные стигмы дисэмбриогенеза, последствия натальной травмы центральной нервной системы, пиелонефриты, холециститы, встречались у них сравнительно редко (8,3%). Более чем у половины больных пневмонией выявлено сочетание нескольких фоновых заболеваний.

В возрастной группе от года до 3 лет было 37,3% часто болеющих детей, в группе от 3 до 7 лет — 31,7%. Аденоиды были у 9,3% детей в возрасте от года до 3 лет и у 34,1% — от 3 до 7 лет.

Рассматривая пневмонию как инфекционное полиэтиологичное заболевание, мы считаем нужным подчеркнуть необходимость раздельной госпитализации детей с пневмонией для предупреждения внутрибольничного инфицирования в периоде реконвалесценции. Внутрибольничное инфицирование приводит к ухудшению состояния, затяжному течению болезни, удлиняет сроки пребывания в стационаре, тем самым наносится

ущерб здоровью ребенка. По нашим данным, у 14,8% госпитализированных новорожденных (у 74 из 500) наблюдалось затяжное течение пневмонии (более одного мес у 82,4%), которое было связано с рецидивами острой респираторной инфекции и пневмонии, обусловленной во всех случаях суперинфекцией. При суперинфекции у 83,6% больных рентгенологически подтверждалось обострение пневмонического процесса на фоне незавершенного предыдущего воспаления. «Рецидив» пневмонии был у 63% детей в возрасте до 15 дней и у 37% — старше 15 дней. Особенно опасны внутрибольничные инфицирования для новорожденных с неблагоприятным преморбидным фоном (отягощенная беременность у матери, врожденная гипотрофия, родовая травма головного и спинного мозга, недоношенность и др.). На таком фоне частота пневмонии была в 2—3 раза выше, чем у детей, не имеющих отягощенного фона. У 24,7% новорожденных старше одного мес в условиях стационара наблюдалось ухудшение состояния в связи с внутрибольничным инфицированием, что подтверждает необходимость раздельной госпитализации детей с пневмонией.

УДК 616.152.112—08:547.419.1

ИЗУЧЕНИЕ АНТИАЦИДОТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ДИМЕФОСФОНА

И. А. Студенцова, И. В. Заиконникова, А. О. Визель, Р. С. Гараев

*Кафедра фармакологии (зав.— заслуж. деят. науки РСФСР проф. И. В. Заиконникова)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова*

Ацидотический сдвиг кислотно-основного состояния является важным патогенетическим звеном многих заболеваний. Его срочная коррекция у ургентных больных проводится обычно внутривенным введением натрия гидрокарбоната или трисамина, химически нейтрализующих избыток кислых метаболитов крови. Однако эти препараты не устраняют внутриклеточные сдвиги pH, не влияют на метаболические процессы в тканях, вызвавшие ацидоз. Они могут быть применены только в условиях стационара под постоянным контролем кислотно-основного состояния, требующим использования специальной аппаратуры.

Нормализация кислотно-основного состояния в неэкстремальных ситуациях, основанная на изменении обменных процессов, облегчает течение многих заболеваний и ускоряет выздоровление. Известен эффект применения комплекса витаминных препаратов. В результате многолетних исследований и разработок химиков, технологов, фармакологов, клиницистов создан, освоен промышленностью и внедрен в медицинскую практику димефосфон — новый оригинальный отечественный препарат для борьбы с аци-

Таким образом, проблема снижения заболеваемости пневмонией у детей должна решаться на разных уровнях медицинского обслуживания населения. В борьбу с пневмонией следует включиться акушерам-гинекологам женских консультаций и родильных домов, микропедиатрам, эпидемиологам, организаторам здравоохранения, участковым педиатрам, врачам детских стационаров, инфекционистам, отоларингологам, врачам домов санитарного просвещения. Необходим эффективный контроль за здоровьем ребенка на всех этапах его развития начиная с антенатального периода, то есть главный упор должен быть сделан на реализацию профилактической направленности советской педиатрии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воротченкова Л. М., Дегонская И. В., Казакова В. А. // В кн.: Антенатальная охрана плода и профилактика перинатальной патологии. — Киев, 1979.
2. Закирова Р. А., Белогорская М. В. // Казанский мед. ж. — 1988. — № 5. — С. 394—395.
3. Мучиев Г. С., Фролова О. Г. // В кн.: Охрана здоровья плода и новорожденного в СССР. — М., Медицина, 1979.

Поступила 19.04.88.

дозом, который принципиально отличается от известных антиацидотических средств. Его действие связано не с химической нейтрализацией избытка кислых метаболитов, а с активированием метаболических механизмов регуляции кислотно-основного состояния крови. В качестве антиацидотического средства димефосфон можно эффективно использовать как при острых, так и при хронических заболеваниях. Он отличается быстротой действия, отсутствием побочных эффектов и возможностью длительного применения вне стационара.

Его внедрение в клиническую практику следует рассматривать первым итогом в аспекте нового научного направления — поиска лекарственных препаратов среди синтетических фосфорорганических соединений с низкой токсичностью, не проявляющих антихолинэстеразной активности, оказывающих многогранное влияние на метаболические процессы.

Димефосфон — диметилловый эфир 1,1-диметил-3-оксобутилфосфоновой кислоты — синтезирован в ИОФХ имени А. Е. Арбузова Казанского филиала АН СССР (Б. А. Арбузов, А. О. Визель,