

Таким образом, соблюдение алгоритма реабилитации привычного самопроизвольного прерывания беременности позволит повысить рождаемость и сохранить репродуктивную функцию женщины.

Л и т е р а т у р а

1. Сидельникова В.М. (ред.) Актуальные проблемы невынашивания беременности. М., 2001. 168 с.

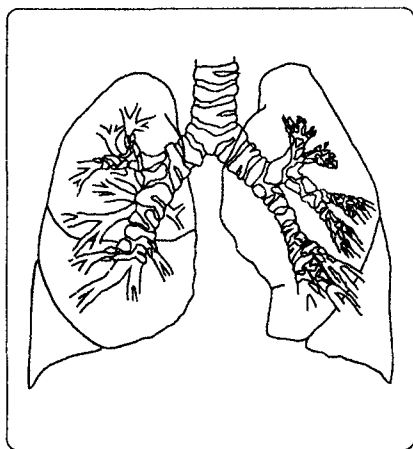
2. Когут Е.П., Янн О.Б., Владимирова Н.Ю. // Дальневост. мед. журн. 1996. №2. С.39-43.

3. Никонов А. П., Асцатурова О. Р. // Акуш. и гинекол. 1997. №1. С.11-13.

4. Отраслевые стандарты объемов обследования и лечения в акушерстве, гинекологии и неонатологии. М.: Триада-Х, 1999. 246 с.

5. Владимирова Н.Ю., Когут Е.П., Янн О.Б. и др. Привычное невынашивание беременности при латентных вирусных инфекциях. Хабаровск, 1996. 21 с.

6. Слепцова С. И. // Акуш. и гинекол. 1991. №4. С.20-23.



УДК 616.24 - 602-053.2: 614.841.42

Ю.А. Боженков, З.Н. Ерохова, В.А. Маймусова,
С.Д. Корнева, С.В. Макаревич, В.Ю. Каменская,
В.Ф. Ерохова, И.В. Балабкин

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД “ЗАДЫМЛЕННОСТИ” г. ХАБАРОВСКА

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск*

Острая внебольничная пневмония представляет собой инфекционное воспалительное заболевание легких, развившееся в домашних условиях. Среди многочисленных преморбидных факторов, обуславливающих ее возникновение, важную роль играет состояние окружающей среды, в частности, задымленность вдыхаемого воздуха [1, 3, 4]. Известно, что дым представляет собой сложный “коктейль”, содержащий свыше 750 различных химических веществ в твердом, жидком и газообразном состоянии. Органы дыхания, имея прочную связь с внешним миром, первыми воспринимают воздействие различных вредных веществ, находящихся в воздухе [1, 2]. При этом нарушается защитно-очистительная функция бронхолегочной системы, что в конечном итоге способствует возникновению пневмонии и определяет клинико-рентгенологические особенности ее течения, выявление которых имеет важное значение для практического здравоохранения.

В этой связи нами изучены основные показатели, характеризующие острую внебольничную пневмонию у детей, получавших лечение в 9-й детской больнице г. Хабаровска с 1 августа 1998 г. по 31 января 1999 г. (период задымленности, основная группа) в сопоставительном аспекте с аналогичными показателями у детей, получавших лечение с 1 августа 1997 г. по 31 января 1998 г. (период, предшествовавший задымленности, контрольная группа). Диагноз “пневмония” устанавливался на основании общепринятых критериев при обязательном выявлении очаговых или инфильтративных изменений на рентгенограмме легких [3, 4]. Результаты исследования представлены в таблице.

Согласно полученным данным, заболеваемость пневмонией в период задымленности г. Хабаровска возросла в 2,3 раза (в 1998 г. — $0,81 \pm 0,05\%$ от обслуживаемого населения, в 1997 г. — $0,35 \pm 0,03\%$). Вместе с тем, больных осложненной пневмонией среди них было в 5 раз

Р е з ю м е

Изучены основные показатели, характеризующие острую внебольничную пневмонию у детей, получавших лечение в 9-й детской больнице г. Хабаровска с 1 августа 1998 г. по 31 января 1999 г. (период “задымленности”, основная группа) в сопоставительном аспекте с аналогичными показателями у детей, получавших лечение с 1 августа 1997 г. по 31 января 1998 г. (период, предшествовавший “задымленности”, контрольная группа).

Установлено, что загрязнение вдыхаемого воздуха дымом вследствие лесных пожаров вызвало у детей увеличение заболеваемости пневмонией в 2,3 раза. Преимущественно оно отмечалось у детей школьного возраста, что обусловлено их более длительным пребыванием на улице, а значит, и большим воздействием токсических компонентов дыма. Характерными клинико-рентгенологическими особенностями пневмоний в условиях задымленности были острое начало заболевания с выраженной лихорадкой, преобладание очаговой формы с правосторонней локализацией воспалительного процес-

Основные клинические показатели острой внебольничной пневмонии у детей в периоды задымленности г. Хабаровска и предшествующий

Показатель	Период	
	задымленности	предшествующий
Количество больных,	232	102
из них осложнений	5,2±1,4%*	25,5±4,3%
Процент заболевших пневмонией ^А	0,81±0,05*	0,35±0,03
Возраст, лет	6,6±0,6	5,5±0,95
— до 3 лет, %	23,3±2,8*	46,1±4,9
— 6 лет и старше, %	64,2±3,1*	46,1±4,9
Мальчики, %	52,59±3,3	63,7±4,8
Направлено с диагнозом "пневмония", %	96,98±1,1	97,1±1,7
Поступили на 6 день болезни и позже, %	71,12±2,98	70,6±4,51
Температура 39° и выше	33,62±3,1*	19,61±3,9
Состояние семьи		
— неполная, %	26,7±2,9*	16,7±3,7
— социопатическая, %	4,7±1,4	4,9±2,1
— плохие материальн. условия, %	1,3±0,7	1,96±1,4
Физическое развитие		
— микросомия, %	19,4±2,6	17,6±3,8
— дисгармоническое, %	13,4±2,2	8,8±2,8
Часто болеющие ОРВИ, %	34,9±3,1	40,2±4,8
Положительная проба Манту ^В , %	33,62±3,1*	20,6±4,0
Рентгенологическая характеристика пневмонии		
Очаговая левосторонняя, %	25,43±2,8	26,47±4,3
— правосторонняя, %	39,66±3,2*	28,43±4,5
Очагово-сливная левосторонняя, %	9,9±1,96	11,76±3,2
— правосторонняя, %	11,21±2,1*	19,61±3,9
Сегментарная правосторонняя, %	2,59±1,04	4,9±2,1
Нижнедолевая правосторонняя, %	8,19±1,8	3,92±1,9
Верхнедолевая правосторонняя, %	3,02±1,1	4,9±2,1
Анализ крови**		
СОЭ, мм/ч	32,65±3,25*	20,42±2,6
	11,2±0,5	9,4±1,6
Лейкоциты, ×10 ⁹ /л	7,6±0,7	8,36±1,4
	6,1±0,65	6,3±1,2
Эозинофилы, %	3,8±0,38	4,2±0,81
	3,7±0,77	4,3±0,75
Палочкоядерные нейтрофилы, %	5,1±0,55	6,99±1,6
	3,0±0,4	3,14±0,78
Сегментоядерные нейтрофилы, %	49,5±4,8	45,1±5,1
	44,5±0,75*	40,1±1,95
Лимфоциты, %	35,35±1,5	36,75±4,93
	37,95±0,76*	42,4±1,28
Моноциты, %	6,25±0,75	6,96±1,44
	10,85±0,46	10,06±1,55
Нормализация температуры, сут ^С	6,5±0,6*	10,1±1,1
Нормализация бронхолегочного синдрома, сут ^С	11,9±1,2*	14,5±0,6

Примечания. * — различие сравниваемых показателей в группах достоверно, $p < 0,05$; ** — в верхней ячейке — показатель при поступлении, в нижней — показатель при выписке; ^А — процент от обслуживаемого населения; ^В — проба с 2 ТЕ; ^С — от начала заболевания.

са и значительным увеличением СОЭ, относительно редкими легочными и внелегочными осложнениями при более быстрой нормализации температуры и бронхолегочного синдрома на фоне адекватной терапии. Способствуют развитию пневмонии социальное неблагополучие семьи, микросомия и дисгармоничность физического развития, частые ОРВИ в анамнезе, инфицированность микробактериями туберкулеза.

U.A. Bochenov, Z.N. Erochova,
V.A. Maymusova, S.D. Komeva,
S.V. Macarevich, V.U. Kamenskaya,
V.F. Erochova, I.V. Balabkin.

CLINICO-ROENTGENOLOGIC
FEATURES OF ACUTE NON-
HOSPITAL PNEUMONIAS IN
CHILDREN IN THE PERIOD OF
SMOKE AIR POLLUTION OVER
Khabarovsk

Far Eastern State Medical University,
Khabarovsk

S u m m a r y

The basic parameters describing acute non-hospital pneumonias were investigated in children, treated in 9-th children's hospital of Khabarovsk since August 1, 1998 to January 31 1999 (the smoke pollution period; the basic group) in comparative aspect with similar parameters of children treated since August 1, 1997 to January 31, 1998 (the period preceding to smoke pollution; control group).

The air pollution with a smoke from wood fires caused the augmentation of a children pneumonia case rate 2,3 times, mainly among schoolchildren. They were affected more often because of longer stay in the street and therefore longer exposing to toxic components of a smoke. Features characteristic to pneumonias of smoke pollution period were an acute beginning of disease with the expressed fever, prevailing of focal forms with right lobe localization of inflammatory process and substantial growth of SSE, rather low incidence of complications and faster normalization of temperature and bronchopulmonary syndrome on a background of adequate therapy. Social and family troubles, micosomia and disharmony of physical development, often ARVI in an anamnesis, tuberculosis infection promote development of a pneumonia.

меньше, чем в сравниваемой группе. Осложненное течение пневмонии наблюдалось преимущественно у детей первых трех лет жизни, проявлялось токсичес-

ким и кардиореспираторным синдромами. Легочные осложнения в виде фибринозного плеврита встречались в 2,2 и 1,96% случаев, чаще у детей школьного

возраста, но в период задымленности фебрильная температура отмечалась в 1,7 раза чаще, чем в контрольной группе. Несмотря на то, что средний возраст обследованных детей статистически достоверно не различался, в основной группе преобладали школьники при равном распределении по полу.

Большинство больных (71,12 и 70,6%) поступили в стационар на 6 день болезни и позже с диагнозом "пневмония", подтвержденным рентгенологически. Причинами госпитализации явились диагностирование пневмонии, отсутствие эффекта от проводимой терапии по поводу респираторной инфекции, ухудшение состояния больного. В период задымленности достоверно чаще болели дети из неполных семей и положительно реагирующие на туберкулиновую пробу Манту с 2 ТЕ, несколько чаще — дети с микросомией и дисгармоническим физическим развитием, а дети с частыми ОРВИ в анамнезе незначительно преобладали в контрольной группе. Отягощенность наследственностью заболеваниями бронхолегочной и сердечно-сосудистой систем, онкопатологией, обменными нарушениями была в обеих группах примерно одинаковой (76,3 и 74,6%).

Физикальных различий в течении пневмонии у обследованных больных по группам наблюдений не установлено. Вместе с тем в период задымленности чаще наблюдались правосторонняя очаговая и нижнедолевая пневмонии, а в предшествовавший - очагово-сливная и сегментарная. В общем анализе крови при поступлении в стационар статистически достоверных различий не выявлено за исключением СОЭ, которая была выше у больных в период задымленности.

Нормализация общего анализа крови наступала на $20,1 \pm 0,9$ и $21,3 \pm 0,8$ день болезни соответственно с развитием лейкопении ($6,1 \pm 0,65$ и $6,3 \pm 1,2 \times 10^9/\text{л}$) в обеих группах и более выраженной лимфоцитарной реакцией у детей контрольной группы. На фоне однотипной терапии в сравниваемых группах нормализация температуры и бронхолегочного синдрома в период задымленности г. Хабаровска наступила достоверно быстрее.

Таким образом, загрязнение вдыхаемого воздуха дымом вследствие лесных пожаров вызвало увеличение в 2,3 раза заболеваемости пневмонией детей, преимущественно школьного возраста, что

обусловлено их более длительным пребыванием на улице, а значит, и большим воздействием токсических компонентов дыма. Характерными клинико-рентгенологическими особенностями внебольничной пневмонии в период задымленности г. Хабаровска являются острое начало заболевания с выраженной лихорадкой, преобладание очаговой формы с правосторонней локализацией воспалительного процесса и значительным увеличением СОЭ, относительно редкими легочными и внелегочными осложнениями при более быстрой нормализации температуры и бронхолегочного синдрома на фоне адекватной терапии. Способствуют развитию пневмонии социальное неблагополучие семьи, микросомия и дисгармоничность физического развития, частые ОРВИ в анамнезе, инфицированность микобактериями туберкулеза.

Выводы

1. Загрязнение вдыхаемого воздуха дымом вследствие лесных пожаров вызвало увеличение в 2,3 раза заболеваемости пневмонией детей, преимущественно школьного возраста.
2. Пневмония в условиях задымленности г. Хабаровска протекла с выраженной лихорадкой, преобладанием очаговой формы с правосторонней локализацией воспалительного процесса и значительным увеличением СОЭ, относительно редкими легочными и внелегочными осложнениями.
3. Факторами риска пневмонии являются социальное неблагополучие семьи, микросомия и дисгармоничность физического развития, частые ОРВИ а анамнезе, положительная реакция на туберкулиновую пробу Манту с 2 ТЕ.

Л и т е р а т у р а

1. Гавалов С.М. Острые пневмонии у детей: Избранные вопросы. Новосибирск, 1990. 276 с.
2. Мазурин А.В., Григорьев К.И. Метеопатология у детей. М., 1990. 144 с.
3. Рачинский С.В., Таточенко В.К., Каганов С.Ю. // Росс. вестн. перинатол. и педиатрии. 1996. №2. С.52-56.
4. Таточенко В.К., Федоров Д.М., Краснов М.В. Острые пневмонии у детей. Чебоксары, 1994. 324 с.

