

легких за счет снижения ООЛ на 19,5% и повышения ЖЕЛ на 10,5%. Двусторонняя операция снижает ООЛ на 28%, повышает ЖЕЛ на 17%.

3. Рестриктивных нарушений биомеханики дыхания, связанных с эндохирургическим формированием плевродеза (до уровня купола диафрагмы), не выявлено — показатели ОЕЛ находятся в нормальных пределах.

Л и т е р а т у р а

1. Абакумов М.М., Абросимов В.А. // Хирургия. 1993. № 2. С. 34-39.

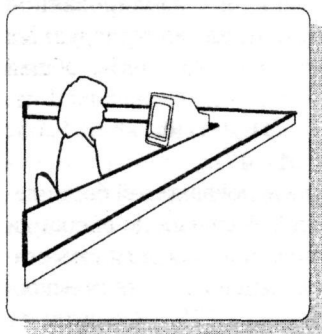
2. Бабичев С.И., Плаксин Л.Н., Брюнин В.Г. // Хирургия. 1989. №12. С. 3-7.

3. Бисенков Л.Н., Гладышев Д.В., Чуприна А.П. // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2004. № 5. С. 50-55.

4. Назыров Ф.Г., Исламбеков Э.С., Исмаилов Д.А. и др. // Анн. хирургии. 1998. №6. С. 23-26.

5. Письменный А.К., Корымасов Е.А., Федорин И.М. // Спонтанный пневмоторакс. Самара, 2002.

6. Liu H.P., Yim A.P., Izzat M.B. et al. // World-J-Surg. 1999. №11. P. 1133-1136.



УДК 616.24 - 002 - 053.4 / .6 (571.620)

С.Н. Шолодишова, О.В. Кушнарченко

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ СМП п. ВАНИНО

МУ ЦРБ Ванинского района, п. Ванино, Хабаровский край

В Ванинском районе с сентября по декабрь 2004 г. осложнилась эпидемиологическая ситуация в связи с массовой регистрацией острой пневмонии у детей, причем на фоне стабильной заболеваемости острыми респираторными инфекциями. За этот период зарегистрирован 161 случай острой внебольничной пневмонии, из них 140 детей, что составило 87%. Заболевание регистрировалось в 8 административных территориях: п. Ванино, п. Октябрьский, п. Монгохто, п. Токи и др.

Случаи регистрировались в разных школах, классах, разных группах детских дошкольных учреждений. В октябре было выявлено 5 семейных очагов. Но уже с сентября, после регистрации первых 8 случаев острой пневмонии, были предприняты все меры для установления природы этого заболевания. Первые лабораторные и последующие исследования показали, что у больных имеет место инфекция смешанной этиологии.

В п. Ванино пневмонией переболело 67 детей. Лабораторные исследования были проведены 41 ребенку, что составило 61%. Основные исследования этиологической расшифровки заболевания были проведены в НИИ охраны материнства и детства СО РАМН (Хабаровск). Частичные исследования проведены в лаборатории ЦРБ п. Ванино. Применялись серологические, иммунохимические и молекулярно-биологические методы диагностики: РСК (реакция связывания

комплемента), ИФА (иммуноферментный анализ) для выявления антител класса Ig G к *Mycoplasma pneumoniae*, ПЦР (полимеразная цепная реакция).

Заболевание внебольничной пневмонией чаще начиналось остро: с высокого подъема температуры тела до 38,5-39°C, сухого навязчивого кашля, головной боли. В зеве отмечалась выраженная гиперемия, увеличение фолликулов задней стенки глотки. Физикальные изменения в легких, как правило, были выражены слабо, не отличались разнообразием. Сухие или незвучные влажные хрипы в небольшом количестве начинали появляться только на 4-5 день. Так же отмечалась неэффективность назначенной участковыми педиатрами противовирусной терапии в первые дни, которая включала прием интерферона, арбидола, альгирема, оксалина. И тогда проводилось рентгенологическое обследование.

По "Скорой помощи" пневмония была заподозрена у 22 детей из п. Ванино, что составило 32,8% от числа заболевших.

Количество детей, зарегистрированных по детскому отделению (n=67): до 1 года — 4 ребенка, 1-3 лет — 16 детей, 3-7 лет — 19 детей, 7-14 лет — 28 детей.

Количество детей зарегистрированных по "Скорой помощи" (n=22): до 1 года — 3 ребенка, 1-3 лет — 5 детей, 3-7 лет — 8 детей, 7-14 лет — 6 детей.

В условиях "Скорой медицинской помощи" несколько чаще была заподозрена внебольничная пнев-

Этиологический фактор внебольничной пневмонии (n=41)

Этиологический фактор	Абсолютное число	%
Микоплазма	22	53,66
Парагрипп	8	19,51
Хламидии	2	4,88
РС-вирус	4	9,76
АДВИ	3	7,31
ГЛПС	1	2,44
Грипп А, В	1	2,44

мония в возрастной группе от 3 до 7 лет, а по детскому отделению — в возрастной группе от 7 до 14 лет, что не противоречит аналогичным исследованиям в других регионах страны. Считается, что микоплазменные пневмонии с наибольшей частотой встречаются в возрастной группе детей от 5 до 15 лет [2].

Нами был проведен анализ клинической картины, рентгенологических исследований и лабораторных исследований общего анализа крови у 45 заболевших детей, которым либо не проводили серологическое обследование и иммуноферментный анализ, либо у которых был отрицательный результат на микоплазменную инфекцию. Из них у 31 ребенка (68,9%) — типичная клиническая картина пневмонии, изменения в общем анализе крови и схожие рентгенологические данные. У 14 детей (31,1%) отмечалось медленное, постепенное начало заболевания, нерезкий подъем температуры.

У 53 детей (22 ребенка с выявленной микоплазменной инфекцией и 31 ребенок с неподтвержденным этиологическим фактором) была схожая клиника заболевания, что составляет 79% от общего числа заболевших детей в п. Ванино. Из этого можно предположить, что основная этиология острых внебольничных пневмоний — микоплазменной природы (79%).

Таким образом, в Ванинском районе была своевременно распознана вспышка микоплазменной инфекции и проведены все противоэпидемические мероприятия, которые направлялись на три звена эпидемической цепочки: источник инфекции, пути передачи и восприимчивый контингент.

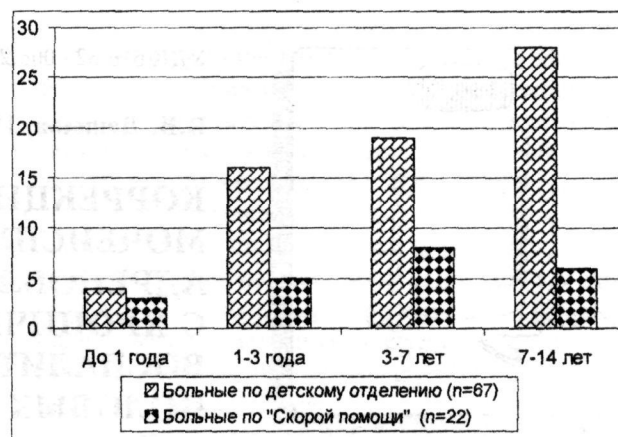
С этой целью был разработан оперативный план действий:

1. Четкая связь между подразделениями больницы: СМП — детская консультация — детское отделение. Проведены занятия по клинике, диагностике, лечению микоплазменной инфекции. Ежедневный мониторинг заболеваемости, отслеживание негоспитализированных больных. Передача "активов" в детскую консультацию и на "Скорую помощь".

2. Во всех подразделениях больницы введен постоянный масочный режим для медработников и пациентов.

3. Экстренная госпитализация больных с подозрением на острую внебольничную пневмонию. Для этого были подготовлены и перепрофилированы детское отделение портовой больницы и инфекционное отделение.

4. Стартовым препаратом для лечения острых фарингитов, сопровождающихся подъемом температуры тела, назначались антибиотики группы



Количество детей с внебольничной пневмонией, зарегистрированных по детскому отделению и по "Скорой помощи" по возрастным группам

макролидов (рулид, макропен, эритромицин).

5. Проводилась разъяснительная работа среди населения и неспецифическая профилактика, которая оказывает быстрое защитное действие от всех возбудителей острых респираторных инфекций.

6. Для своевременного выявления потенциального источника инфекции в детских дошкольных учреждениях утром при приеме детей проводился осмотр каждого ребенка, а в случае необходимости, изолировался и наблюдался на участке. Усилился и санитарно-эпидемический режим в школах.

Выводы

Преимущественное время возникновения микоплазменной инфекции — осень.

Характерной особенностью вспышки явилось длительное (до 4 мес.) течение и распространение в районе. Заболеваемость в нашем районе достигла максимума в октябре и ноябре. Отдельные группы, классы вовлекались в эпидемический процесс с существенным интервалом. Эти особенности обусловлены длительным инкубационным периодом (от 8 до 35 дней) и низкой контагиозностью. Характерным признаком явилась локальность очагов. Вовремя проведенный комплекс мероприятий по выявлению и предупреждению распространения заболевания дал положительный эффект.

Значительную роль сыграл рационально разработанный оперативный план, где каждое подразделение четко выполняло определенные функции. Роль "Скорой медицинской помощи" в своевременной диагностике и госпитализации больных с острой внебольничной пневмонией во время создавшейся эпидемиологической ситуации существенна.

Л и т е р а т у р а

1. Покровский В.И., Прозоровский С.В., Малеев В.В. и др. Этиологическая диагностика и этиотропная терапия острых пневмоний. М.: Медицина, 1995.
2. Дриневский В.П., Осидак Л.В., Цыбалова Л.М. Острые респираторные инфекции у детей и подростков. СПб., 2003.
3. Байжомартов М.С., Прозоровский С.В., Царевский Л.П. Этиопатогенез и ускоренная лабораторная диагностика микоплазменной пневмонии. Алма-Ата, 1988.