

ISSN 0207-4419

TARTU RIIKLIKU ÜLIKOOLI

TOIMETISED

УЧЕНЫЕ ЗАПИСКИ

ТАРТУСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА

ACTA ET COMMENTATIONES UNIVERSITATIS TARTUENSIS

607

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ
АСПЕКТЫ В ПЕДИАТРИИ

Труды по медицине

TARTU RIIKLIKU ÜLIKOOLI TOIMETISED
УЧЕННЫЕ ЗАПИСКИ
ТАРТУСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА
ACTA ET COMMENTATIONES UNIVERSITATIS TARTUENSIS
ALUSTATUD 1893.a. VIHK 607 ВЫПУСК ОСНОВАНЫ В 1893.g.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ПЕДИАТРИИ

Труды по медицине -

Сборник посвящен 350-летию Тартуского
госуниверситета и 60-летию со дня
основания Тартуской городской клинической
детской больницы-учебной базы ТГУ



ТАРТУ 1982

Редакционная коллегия: Э. Васар (председатель), А. Ленцнер
(зам. председателя), Л. Тяхепылд, Ю. Аренд,
К. Гросс, К. Кырге, К. Пыдер, Ю.Саарма, Э.Лепп,
А. Тикк, И. Таммеорг.

Ответственные редакторы: Л. Керес, К. Митт, Л. Тамм.

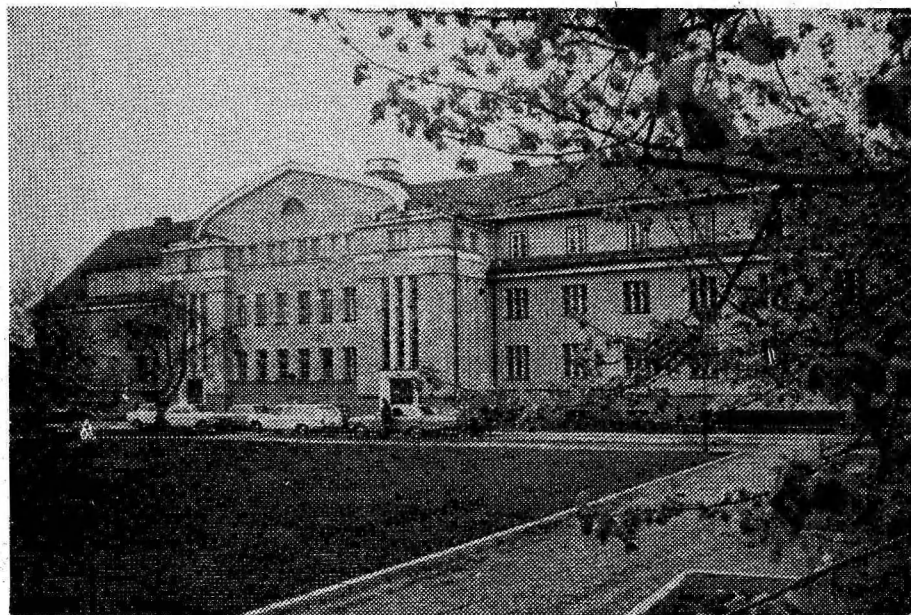


Фото I. Здание Тартуской городской клинической детской больницы (ул. Ору 3), в котором с 1945 г. находятся детская больница и кафедра педиатрии Тартуского госуниверситета.



Фото 2. Новый инфекционный корпус Тартуской клинической детской больницы на ул. Ноорузе.

ОЧЕРК О КАФЕДРЕ ПЕДИАТРИИ ТАРТУСКОГО ГОСУНИВЕРСИТЕТА

Л.Я. Тамм

Кафедра педиатрии ТГУ

Кафедра педиатрии работает на базе Тартуской городской клинической детской больницы. В работах сотрудников кафедры и клинической базы освещаются вопросы истории преподавания детских болезней, подготовки детских врачей, некоторые проблемы научных исследований в области педиатрии в разные периоды деятельности кафедры и детской больницы и т.д./I, 2, 3, 4, 5/.

В данной работе приводятся некоторые сведения о деятельности кафедры педиатрии в настоящее время и о совместной работе с клинической базой кафедры в течение 1972-1981 гг.

На кафедре педиатрии работают проф. Л. Бостон, доценты Л. Керес, А. Павес, Л. Сильдвер, Л. Тамм, Х. Тялли, ассистенты Р. Лихтмаа, А. Ормиссон, Т. Соо, Т. Юхансоо, старший лаборант Т. Винни и лаборантка Р. Пярн. В 1972 году в составе кафедры педиатрии насчитывалось семь человек. К настоящему времени условия работы сотрудников кафедры стали уже тесными.

До 1975 г., семнадцать лет, кафедрой педиатрии заведовала доц. Л. Керес, затем доц. Л. Сильдвер. В 1977 г. был избран и.о. доцентом и заведующим кафедрой канд. мед. наук Лео Тамм. С сентября 1981 года Л. Тамм учится в докторантуре. Обязанности заведующего кафедрой выполняет доцент А. Павес. В целевой аспирантуре в Москве в 1980-1981 гг. училась А. Лакс. В заочной аспирантуре по гастроэнтерологии учится Р. Лихтмаа.

На педиатрическое отделение медицинского факультета ТГУ в 1967-1977 гг. принималось ежегодно 25 студентов, в 1978 г. - 35, в 1978 г. - 40, в 1980 и 1981 г. - 50 человек. Первый выпуск педиатров состоялся в 1973 г. На педиатрическом отделении в настоящее время учится 241 студент. Всего педиатрическое отделение с дипломом врача-педиатра окончило 183 человека. Студенты, будущие педиатры, с третьего курса работают на базе отделений стационара и детской поликлиники. Мно-



Фото 3. Коллектив кафедры педиатрии Тартуского госуниверситета. Сидят доц. Х.Тялли, доц. Л.Тамм, доц. А.Павес, доц. Л. Сильдвер, доц. Л.Керес; стоят лаб. Р.Пярн, асс. А.Ормиссон, асс. Т.Юхансоо, асс. Т.Соо. Отсутствуют проф. Л.Бостон, асс. Р.Лихтмаа, ст. лаб. Т.Винни.

гие студенты выполняют в клинике должности медицинских сестер.

Тесная связь кафедры педиатрии с клинической базой позволила успешно совершить научную работу преподавателям и проходить клиническую ординатуру педиатрам. Кандидатские диссертации выполнили А. Павес (1972), Эне Самарютель (1973), Т. Соо (1974), Х. Тялли (1975), А. Ормиссон (1975), докторскую диссертацию завершила Л. Бостон (1978). Клиническую ординатуру окончили Ю. Раади, Т. Эллер, А. Каасик, Х. Лийвамяги, Е.-Е. Кикерпилл и М. Ратник.

На кафедре педиатрии проходят подготовку по детским болезням, кроме студентов педиатрического отделения, студенты лечебного отделения, отделений спортивной медицины и стоматологии. В преподавательской работе принимают участие врачи Л. Ляэтс, А. Уйбо, А. Волникина, М.-Л. Мяги, Э. Пярль, Х. Прээм, Е.-Е. Кикерпилл и др.

С 1964 года ежегодно для педиатров проводятся курсы усовершенствования (ОУ). С 1979 г. для заведующих детскими отделениями больниц и поликлиник организовываются месячные циклы по актуальным проблемам педиатрии (ТУ₂, ТУ₄). На базе кафедры проходят занятия по педиатрии терапевты, акушеры-гинекологи, врачи сельских участковых больниц, врачи скорой помощи, инфекционисты, диетологи, находившиеся на курсах повышения квалификации. С 1976 года планируются выездные месячные циклы усовершенствования педиатров. Выездные циклы проводились в Нарве, неоднократно в Таллине, в Кохтла-Ярве и в Пярну.

Научная работа кафедры планировалась и проводилась по наиболее актуальным для детского здравоохранения республики направлениям. В 1968-1980 гг. основной темой научной работы кафедры было "Некоторые показатели состояния обменных процессов при острых пневмониях". Исполнителями темы являлись Л. Керес, Л. Бостон, Л. Сильдвер, А. Павес, Т. Соо, Х. Тялли, А. Ормиссон, Т. Винни. Были запланированы две докторских (Л. Керес и Л. Бостон) и кандидатские диссертации. Фрагментами основной темы по острой пневмонии являлись следующие работы: 1. Об изменениях кислотно-щелочного равновесия при оксигенотерапии. 2. О новых показателях между содержанием электролитов и кислотно-щелочным равновесием крови. 3. Об обеспеченности витаминами группы "В" и ее связи с кислотно-щелочным равновесием организма. 4. Об изменениях равновесия

транскапиллярного обмена жидкости и белка. 5. Об изменениях pCO_2 в крови в связи с применением оксигенотерапии и антиацидотическим режимом лечения детей. Очный аспирант кафедры, Эне Самарютель защитила кандидатскую диссертацию на тему: "Анаболические стероидные препараты в лечении детей с гломерулонефритом и пиелонефритом". Нарушения гемокоагуляции и возможности их коррекции у детей раннего возраста при различных патологических состояниях изучали бывшие заочные аспиранты кафедры М.-Л. Мяги и М. Топман (научный руководитель доц. Л. Керес). Результаты исследований внедрены в практику в Тартуской детской клинической больнице.

В связи с перепрофилированием детского коечного фонда в Тарту детей с острыми пневмониями стали лечить в инфекционной больнице. Учитывая вышеизложенное, актуальность и перспективность проблемы детской кардиологии на современном этапе планировалась новая тема научной работы на 1979 - 1990 гг. под общим названием "Ранняя диагностика кардиопатий и адаптационные механизмы при них у детей (инструментально-биохимическое исследование с использованием в обработке результатов системы АИС-врач). В подготовительный период этой темы с 1977 года совместно с клиниккой координировались и планировались заказы на аппаратуру и на реактивы. Кафедра и больница пополнились аппаратурой. Были получены механо-, эхо-, поли-, кинето- и электрокардиографы, полиграф с приставками, реограф, велоэргометры, спирограф с газовыми анализаторами, спектрофотометр и другие аппараты. Для данной комплексной темы разработана и оформлена на перфокартах первичная документация исследований детей для использования системы АИС-врач (карты анамнеза, осмотра, инструментально-лабораторных данных). Проводятся исследования по механо- и поликардиографии, применяются пробы с физической нагрузкой для оценки кардиогемодинамики у детей с миокардитами, вегетодистонией, с врожденными пороками сердца, с миокардиодистрофией различной этиологии. Для углубленного изучения возрастных особенностей заболеваний сердечно-сосудистой системы выясняется истинное распространение поражений сердца и сосудов у детей в Эстонской ССР и факторы риска. Устанавливается комплекс мероприятий для ранней диагностики поражения сердца и возможности адаптации организма у этих детей. Выявляется оптимальная тактика лечения до и после операции ВПС, эффективность реабилитации наблюдаемых детей. Разрабатывается автоматизированная информационная система для педиатрии, кото-

рую максимально использует ЭВМ.

Для выполнения поставленных задач по детской кардиологии необходимо организовать рабочую группу "Возрастные особенности детского организма в норме и при болезнях сердечно-сосудистой системы" при Институте молекулярной и общей патологии ТГУ. Также необходимо дальнейшее участие в работе всех педиатров клинической больницы и кардио-ревматологов республики. Большого внимания и поддержки требуют научные исследования по педиатрии от органов здравоохранения республики.

В настоящее время в работе принимают участие все сотрудники кафедры, некоторые врачи Тартуский клинической детской больницы (рук. К. Митт) и Таллинской I детской больницы (рук. канд. мед. наук Л. Суурорг). Работа тесно связана с НИИ педиатрии АМН СССР, с кардиохирургами и с кафедрой спортивной медицины ТГУ.

Студенты педиатрического отделения медицинского факультета ТГУ всегда интересовались научной исследовательской работой. Руководителем СНО по педиатрии является с 1949 года доцент Л. Керес. В рассматриваемом периоде научными исследованиями успешно занимались бывшие студенты, нынешние педиатры: К. Валгме, К. Вехм, М. Мокс, Э. Мяги, А. Кильк, Я. Сепп, Л. Майсте, Л. Петропавловская, С. Пяртин, М. Ратник, К. Педари, К. Каллас, Я. Тобредутс, М. Селимяз, Р. Муйде, К.Эйнберг, К. Тязкре, М. Удрас, М. Уусталу, Т. Кутсар, К. Ниттим, А. Ярвсаар, А. Коорт, Х. Метс, А. Каракай, Т. Кяпп, К. Отт, Л. Майпуу, К. Гайлит, Э. Кяярмеес, Т. Прикк, М.Руут, М.Отс, А. Линдерман, Э. Лиллемяги, К. Цильмер, Р. Вальмет, А. Лакс, Р. Рятсеп, Р. Аас, Р. Суур, М. Лай, К. Каллик, Т. Мюжрсеп, Л. Хальдре, А. Таммпере, А. Олеск, Т. Роозипуу, Т. Таммпере, М. Таген и многие другие. Руководителями студенческих научных работ являлись все преподаватели кафедры, а также некоторые врачи больницы.

Сотрудниками кафедры, в частности в соавторстве с врачами больницы, опубликовано в 1972-1981 гг. 140 научных работ. Для студентов и педиатров составлены и изданы учебные пособия по актуальным проблемам педиатрии: по гематологии (Л. Сильдвер, 1976), нефрологии (Х. Тялли, 1977), пульмонологии (Л. Керес, 1978), кардио-ревматологии (Л.Тамм и А. Павес, 1980). В 1974 г. и в 1976 г. вышли соответственно 3-е и 4-е издания руководства "Дозировка лекарственных средств в детском возрасте". Сотрудниками кафедры составляется учебник по детским болезням. В соавторстве с педиатрами (Х. Канд,

Л. Керес, Э. Коханди, Х. Кяэри, Х. Лийскмаа, Х.-Л. Мяэпалу, А. Павес, Х. Прээм, Э. Пярд, Э. Ратник, Х. Тялли, А. Уйбо) в 1981 г. вышло третье издание монографии "Гигиена ребенка".

Преподаватели кафедры педиатрии являются постоянными консультантами и кураторами отделений по неонатологии, пульмонологии, нефрологии, гастроэнтерологии, гематологии, кардио-ревматологии, эндокринологии. Т. Соо проводит бронхологические исследования у детей.

Сотрудники кафедры принимают участие во многих комиссиях и мероприятиях здравоохранения. Доцент Л. Керес является председателем проблемной комиссии по педиатрии УМС-а МЗ ЭССР "Научные основы лечебно-профилактической помощи детям". Вместе с комиссией она организует научную работу по педиатрии в республике. Заместителем председателя данной комиссии работает Л. Тамм. Л. Керес состояла заместителем председателя оргкомитета IX съезда детских врачей ЭССР и членом редколлегии в 1975 г. Она - член редколлегии журнала "Здравоохранение Советской Эстонии" и правления республиканского общества детских врачей. Преподаватели кафедры Л. Керес, Л. Сильдвер, Л. Тамм, Х. Тялли являются членами Совета лечебно-профилактической помощи детям МЗ ЭССР. Л. Тамм состоит членом правления Всесоюзного научно-медицинского общества детских врачей и председателем республиканского общества педиатров. В 1980 г. он занимал должность зам. председателя оргкомитета XI съезда детских врачей республики и является членом редколлегии. Членом правления общества детских врачей Эстонской ССР является и А. Ормиссон. Л. Тамм состоит членом Республиканского совета научных медицинских обществ и членом Республиканской проблемной комиссии по ревматологии. Доцент Л. Сильдвер консультирует больных в Таллинской клинической детской больнице. Сотрудники кафедры регулярно выступают с докладами на семинарах и конференциях.

Совместное планирование и материально-техническое обеспечение ежедневной клинической и научной работы способствуют успешному проведению занятий со студентами и врачами. В последние годы кафедра получила ретропроектор, полуавтоматический диапроектор, пишущую машинку, современную диагностическую аппаратуру. Администрация больницы снабдила аудиторию и некоторые учебные комнаты мебелью. Хорошо оборудованы кабинеты функциональной диагностики и эндоскопии больницы.

Научная направленность клиник, постоянное и добросовестное хозяйственное обеспечение помещений и оборудования

может служить основой успешной совместной деятельности кафедр с клинической базой.

Литература

1. Керес Л.М. О преподавании детских болезней и о научных исследованиях по педиатрии в Тартуском университете в период 1802-1971 гг. - Уч. зап. ТГУ, вып. 295. Тарту, 1972, 7-55.
2. Сильдвер Л.М., Керес Л.М., Тялли Х.Э. О подготовке к практической работе специализировавшихся педиатров на лечебном отделении медицинского факультета ТГУ. - Уч. зап. ТГУ, вып. 295, Тарту, 65-72.
3. Керес Л.М., Сильдвер Л.М., Тамм Л.Я., Тялли Х.Э. Роль кафедры педиатрии в организации медицинского обслуживания детского населения в Эстонской ССР. - Тезисы докл. XI съезда педиатров Эстонской ССР. Таллин, 1980, 10-11.
4. Sildver, L. Lastearstide ettevalmistamine ja kvalifikatsioonitõstmise TRÜ-s. - Nõukogude Eesti Tervishoid, 1979 2, 148 - 150.
5. Keres, L. Lastehaiguste õpetamine ja pediaatria-alane teadustöö Tartu Ülikoolis. - Nõukogude Eesti Tervishoid, 1981, 3, 193 - 196.

REVIEW OF DEPARTMENT OF PEDIATRICS OF TARTU STATE UNIVERSITY

L. Tamm

S u m m a r y

The activity of the department of pediatrics of Tartu State University from 1972 to 1981 is analysed. During the last ten years the scientific level of the department rose. Five academic degrees were promoted: one of the doctor of medicine and four of the candidates. The direction of investigation has changed, now the main direction being pediatric cardiology. The department of pediatrics is in close cooperation with the Tartu Clinical Children's Hospital.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ТАРТУСКОЙ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЫ В 1971-1980 ГГ.

К.Р. Митт, Э.Я. Кэвба, А.А.-Г. Ормиссон
Тартуская городская клиническая детская больница,
кафедра педиатрии ТГУ

В деятельности Тартуской городской клинической детской больницы произошли в последние 10 лет важные изменения и в лечебной и в диагностической работе благодаря значительному улучшению материально-технической базы и подготовке специализированных кадров.

Так как пристройку /1/, спроектированную в шестидесятые годы, не осуществляли из-за большой стоимости, то добивались включения многопрофильной 500-коечной детской больницы в городской генеральный план /2/. Сооружение новой детской больницы в медицинском городке Маарьямяйза предусматривалось в трех этапах:

- I - 150-коечный детский инфекционный корпус
- II - 200-коечный детский соматический корпус
- III - 150-коечный детский хирургический корпус (с хирургическим, глазным, отделением уха-горла-носа и др. отделениями).

В планах X и XI пятилетки предусматривалось сооружение детского инфекционного корпуса на 120 коек стоимостью около двух миллионов рублей за счет финансов из фонда коммунистических субботников. Строительство начиналось в октябре 1979 года.

С декабря 1976 года по апрель 1980 года был проведен капитальный ремонт здания на Ору 3. С 18 марта 1977 года больница переместилась в помещение, освободившееся из-под отделения торакальной хирургии Тартуской клинической больницы на улице Пуусепа 6, где больница разместились в полном объеме коек. В ходе капитального ремонта переоборудованы рентген-кабинет, лаборатория, кабинет функциональной диагностики, аптека, кухня, молочная кухня, создан кабинет эндоскопии.

С января 1978 года был присоединен к детской больнице I Тартуский дом ребенка, на базе которого организовали пси-

хоневрологическое отделение (IV отделение) на 60 коек для реабилитации детей до 4-летнего возраста с церебральным детским параличом.

В августе 1980 года в связи с внутрибольничными переустройствами коечного фонда было открыто отделение патологии новорожденных и выхаживания недоношенных на 30 коек - I отделение. II соматическое отделение на 45 коек предусматривалось для детей с гастроэнтерологической, гематологической и нефрологической патологией, III - соматическое отделение на 35 коек для детей с бронхопульмонологической, кардиоревматологической патологией. Итак, с августа 1980 года больница расширена на 170 коек.

Наряду с изменениями в структуре больницы произошли изменения и в штатах и в руководящем составе (табл. 1), повысилась квалификация врачей и среднего медицинского персонала (табл. 2). Выполнение койко-дней и среднее использование койки в последние годы десятилетия резко повысилось (рис. 1). Среднее пребывание на койке удлинилось с 1978 года в связи со спецификацией контингента психоневрологического отделения и отделения патологии новорожденных (рис. 2).

В Тартуской городской клинической детской больнице находилось на лечении за последние 10 лет 12 885 детей, из них в соматических отделениях 12 070 детей, в психоневрологическом - 845 детей. Из числа лечившихся детей 65,7% проживало в городе Тарту, 34,3% поступило из других районов республики, в основном из Южной Эстонии (рис. 3).

Основные изменения, происшедшие в структуре заболеваемости (табл. 3) в течение 10 лет, связаны с изменениями профиля отделений.

1. Резкое уменьшение ОРЗ в 1977 году (с 243 случаев до 96 случаев) в связи с закрытием респираторного отделения и некоторое увеличение в 1978 году из-за временного открытия отделения.

2. Постоянное увеличение случаев церебрального детского паралича в связи с открытием соответствующих специализированных коек в 1975 году в соматическом отделении и с открытием психоневрологического отделения в 1978 году.

Кроме того, при анализе структуры заболеваемости выяснилось, что:

- с годами уменьшилось число случаев нефрита и пиелонефрита, что, по-видимому, обусловлено уточнением диагностических критериев за последние годы (Х. Тялли, Эне Самаркель, Х. Браун);



Фото 4. Палата в отделении патологии новорожденных и выхаживания недоношенных.

Таблица I

Руководящий состав и руководители общественных организаций Тартуской городской
клинической детской больницы в 1971-1980 гг.

Главный врач	Заместители	Секретарь первичной партийной организации	Председатель местного комитета профсоюза	Стационар		Поликлиника		Заведующие вспомогательной службой
				Заведующие отделениями	Главная сестра	Заведующие отделениями	Старшая сестра	
1952-1977 А. Кярра с 1977 К. Митт	По лечебной части: 1961-1978 Э. Рагняк с 1978 Э. Кяэба <u>По поликлинике:</u> с 1964 г. Х. Прэем <u>По админ. хоз. части:</u> 1961-1973 Р. Фрейман 1973-1978 С. Оттио 1978-1981 Т. Лане	1961-1974 Р. Бахман 1974-1977 Х.-Л. Мязшаду с 1977 г. Р. Сийман	1971-1973 Р. Аккел 1973-1974 Х. Роосвар 1974-1976 Э. Тамм 1976-1977 Р. Бахман с 1977 г. Э. Пярл	<u>I отделение</u> с 1979 г. М.-Л. Мяги <u>II отделение</u> 1945-1977 Э. Коханди с 1977 г. А. Волянкина <u>III отделение</u> с 1956 г. А. Уйбо <u>IV отделение</u> В. Кару	1964-1971 Х. Кярвер 1971 С. Ребана 1971-1977 Х. Терепяг с 1977 г. М. Пргенсон	<u>I педиатр. отд.</u> 1964-1967 А. Волянкина с 1967 г. Э. Пярл <u>II педиатр. отд.</u> 1969-1976 М. Ори 1976-1979 Х.-М. Браун 1979-1980 Р. Тали с 1980 Р. Соснетс <u>Отд. дошкольных учреждений:</u> с 1969 г. Э. Самарийтель <u>Отд. школ</u> Р. Бахман	1968-1979 К. Уйбо с 1979 г. М. Пиккер <u>Зав. рентген-кабинетом:</u> с 1960 г. И.-В. Новек <u>Зав. лабораторией:</u> с 1969 г. М. Топманн <u>Зав. физиотерапевтическим кабинетом:</u> с 1963 г. Л. Дягтс	

Таблица 2

Распределение врачей и среднего медперсонала Тартуской городской клинической
детской больницы по стажу и квалификации в 1971-1980 гг.

	1971-1972 г.		1973-1974 г.		1975-1976 г.		1977-1978 г.		1979-1980 г.	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
Врачи а) по стажу										
0 - 5 лет	9	16,1	6	11,4	6	10,3	6	10	10	14,2
5 - 10 лет	16,5	29,5	14	23,6	12	19,8	10	16,2	11	15,6
10 - 15 лет	18,5	33,0	15	27,2	15	25,8	15	25,5	15	21,7
15 - 30 лет	12	21,4	22	37,8	23	40,6	26	44,9	30	42,2
более 30 лет	-	-	-	-	2	3,5	2	3,4	4	6,3
Всего	56	100	57	100	58	100	59	100	70	100
б) по категории										
высшая	2		2		2		1		1	
I	10		11		12		12		12	
II	10		14		22		24		26	
III	5		2		1		1		-	
Всего	27	47,3	29	50	37	64	38	64	39	56
Аттестированный средний медперсонал	-	-	-	-	-	-	1	0,7	6	4,4

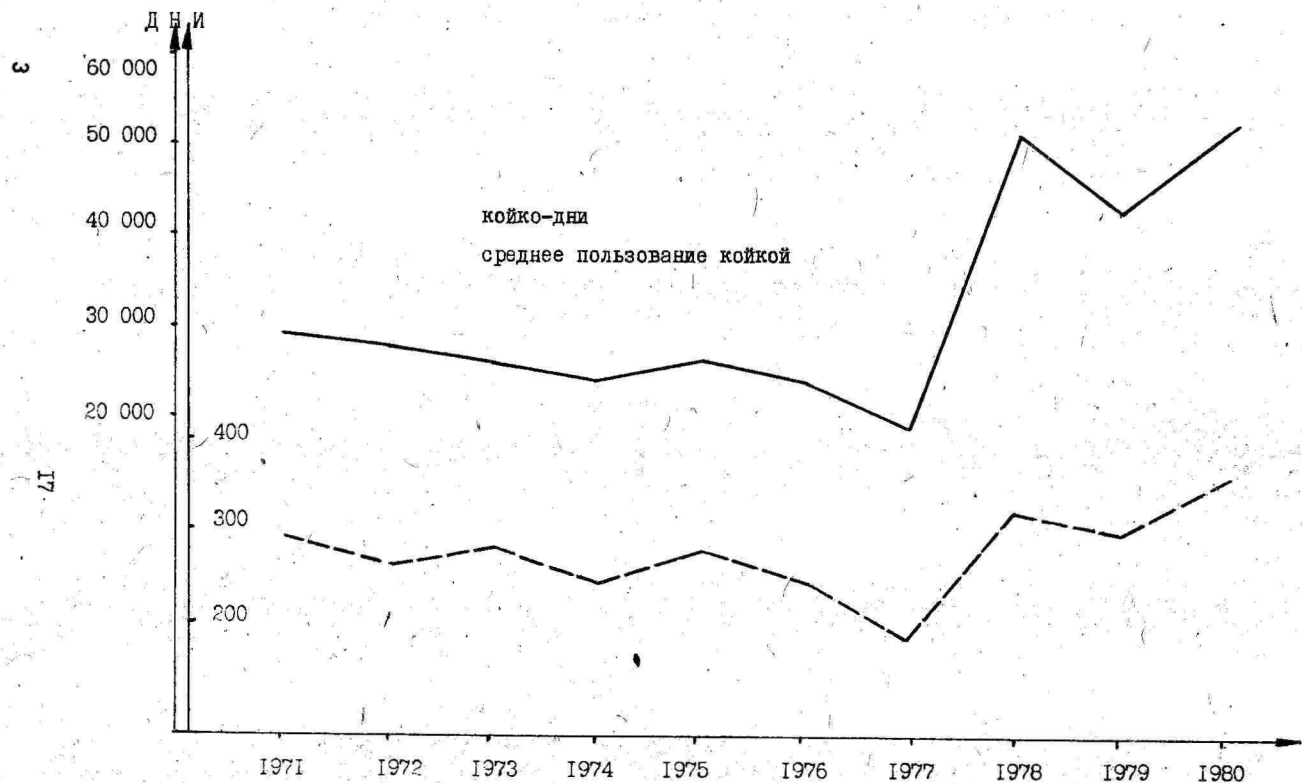


Рис. 1. Выполнение койко-дней и среднее пользование койкой в 1971-1980 гг.

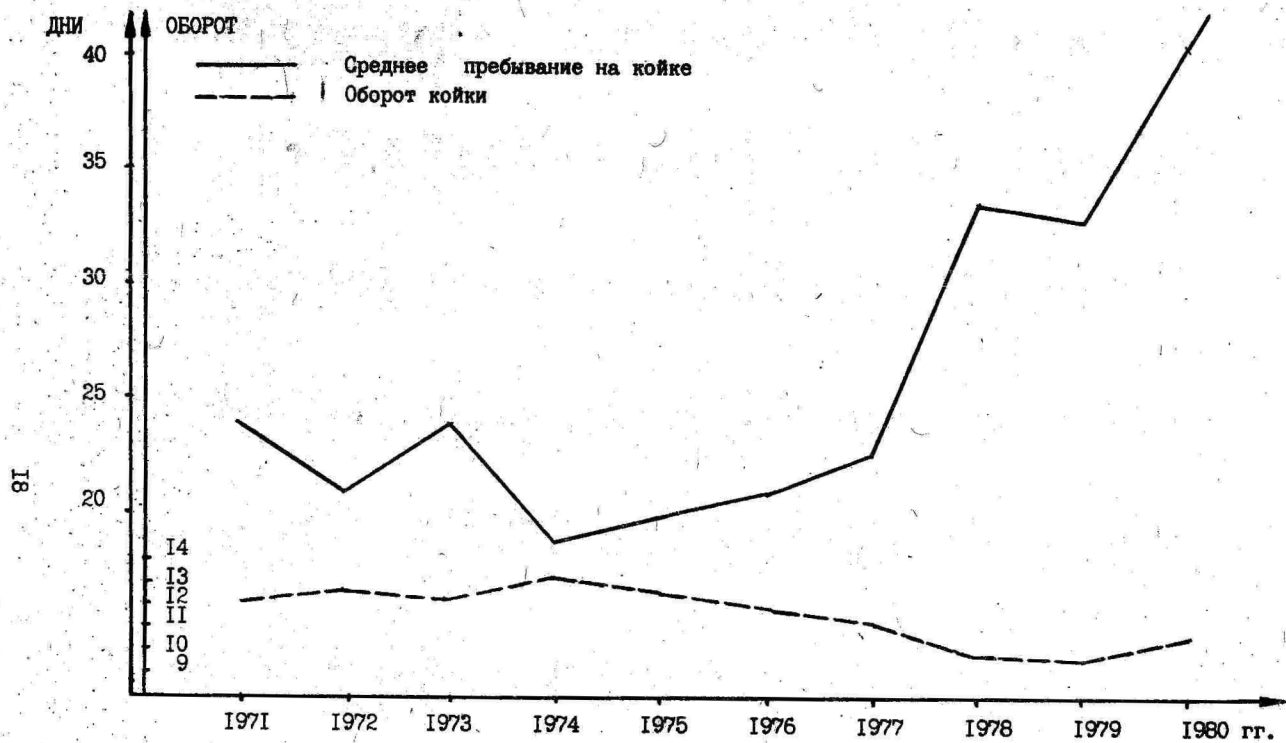


Рис. 2. Среднее пребывание на койке и оборот койки в 1971-1980 гг.

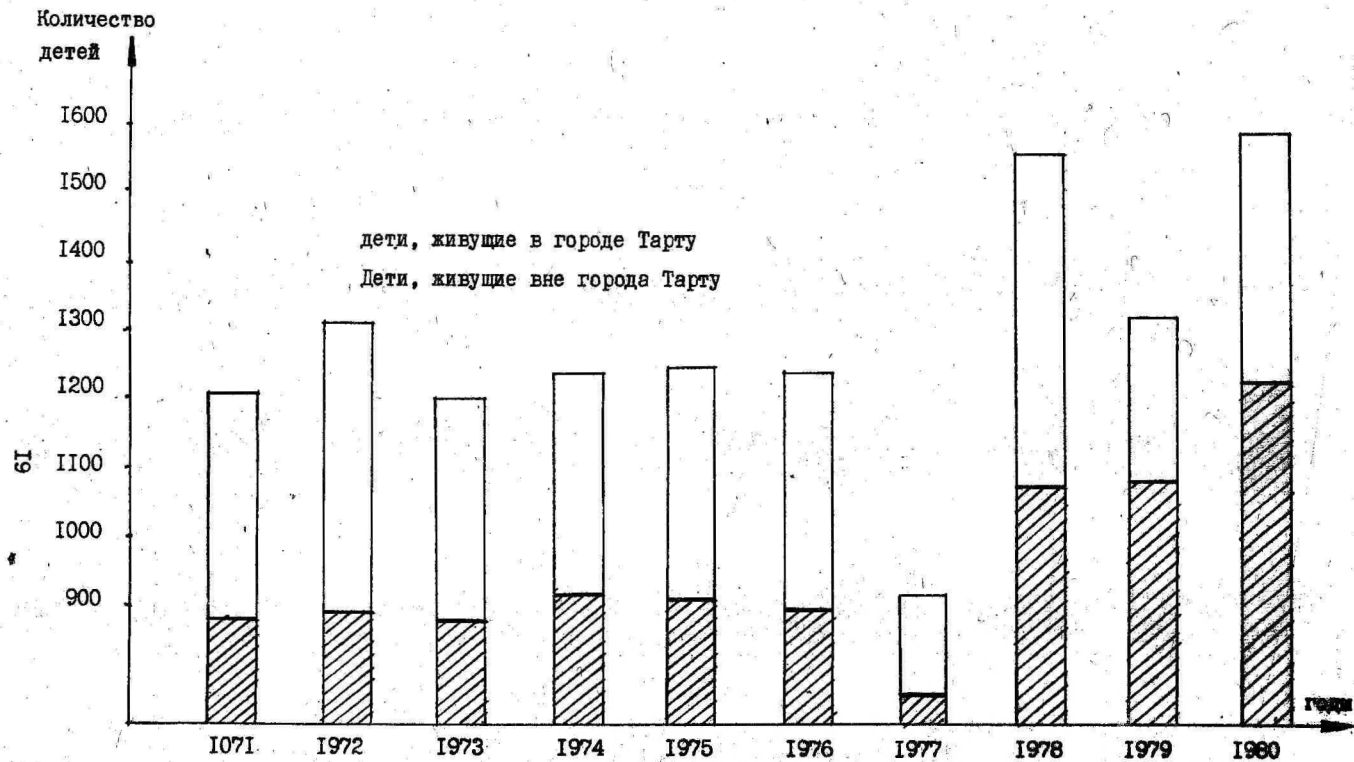


Рис. 3. Количество детей, выписанных в 1971-1980 гг.

Таблица 3

Структура заболеваемости в Тартуской городской клинической
детской больнице в 1971-1980 гг. (в процентах)

Годы	Острые респират. инфекции	Острая пневмония	Хронические бронхопуль- мон. забо- левания	Гастроэнте- рологические заболевания	Кардиорев- матологи- ческие за- болевания	Психонев- рологиче- ские забо- левания	Нефрологи- ческие за- болевания	Гематоло- гические заболева- ния
1971	50	10,4	3,1	15,0	4,1	4,0	9,0	2,9
1972	54	10,0	1,0	10,0	3,0	3,0	7,0	1,6
1973	52	16,7	2,4	14,5	2,4	1,8	6,4	2,4
1974	52	11,2	1,4	8,0	3,4	2,4	7,0	1,8
1975	46,2	17,6	0,6	14,2	5,2	4,8	5,6	2,7
1976	40,8	13,4	8,9	6,1	2,9	7,4	7,2	2,7
1977	39,7	13,5	2,4	12,1	2,8	8,6	9,4	5,1
	Закрыли респираторное отделение					Открыли пси- хоневрологи- ческое отде- ление		
1978	12,8	15,0	1,5	12,6	3,8	11,1	4,6	2,9
1979	8,5	6,3	1,9	13,5	2,9	33,3	7,0	2,8
1980	7,0	5,2	1,6	11,9	6,5	29,9	5,0	3,2

- имеется тенденция к явному уменьшению числа бактериальных пневмоний, хронических и гнойных процессов в легких, особенно в последние 2 года благодаря бронхоскопическому методу в диагностике и в лечении (Т. Соо);

- гастрит и язвенная болезнь заняли определенное место в детской патологии благодаря фиброгастродуоденоскопии (Т. Ряго) и особенно рентгенологическому методу исследования (И. Новек);

- значительно участились врожденные аномалии, особенно за последние 5 лет;

- участились болезни соединительной ткани и костно-суставной системы;

- частота случаев ряда заболеваний, как сахарный диабет (16-18 случаев в год), лейкоз (11-16 случаев в год), острый ревматизм (11-18 случаев в год) осталась стабильной.

Для улучшения диагностики бронхопульмонологической патологии внедрены современные методы исследования, как бронхоскопия (1978 - Т. Соо), бронхография под наркозом (1980 - Т. Соо, И. Новек). При лечении недостаточности дыхания у грудных детей применялась кислородная терапия под постоянным давлением (1977 - Л. Керес, Т. Соо, А. Уйбо), при обструктивных и астматических бронхитах применялись новые лекарственные препараты ацетилицтеин, мукогельвин, беротек, салбутамол, интал и др.

В диагностике кардиоревматологической патологии наряду с рутинными методами исследования для оценки состояния миокарда внедрены механокардиография (1979 - Л. Тамм), аспеккардиография (1980 - К. Митт), поликардиография (1980 - К. Митт), велоэргометрия (1980 - К. Митт, Э. Ратник), на базе Тартуской клинической больницы использован метод эхокардиографии. В лечении применены новые антиаритмические препараты иммунодепрессанты, новейшие противовоспалительные препараты.

При исследовании больных с болезнями пищеварительного тракта применен ряд новых методов, как слепая гастробиопсия (1971 - А. Волянкина), фиброгастродуоденоскопия с биопсией (1978 - Т. Ряго), интрагастральная pH-метрия (1980 - А. Волянкина, Т. Ряго), исследование диастазов в крови и в моче (1972 - М. Топманн), углубленное исследование микрофлоры кишечника с 1979 г. на базе инфекционной больницы, рентген-исследование пищеварительного тракта для оценки функциональных расстройств при помощи электрон-оптического преобразователя (1980 - И. Новек). В лечении больных с болезнями пище-



Фото 5. Врач Р. Райело и медсестра Т. Паап работают в кабинете функциональной диагностики.

варительного тракта назначались новые ферментативные препараты (Фесталь, панзинорм, гастрофарм: трифермент), биогенные препараты (бифидум и лактобактерин, бификол), антибактериальные препараты (бактрим, бисептол) и др.

При заболеваниях почек и мочевыводящей системы для оценки функциональной возможности почек применяли на базе Тартуской клинической больницы изотопренеографию (1977) и ренангиографию, внедрили количественное определение оксалатов в моче при диагностике метаболических нефроуропатий (1978 - М. Топманн, Т. Винни). При лечении хронического гломеруло-нефрита применяли иммунодепрессанты, гепарин; при лечении почечной недостаточности - леспенефрил; при лечении воспалительных процессов уротракта - ряд новых противовоспалительных препаратов (бактрим, бисептол, грамурин, ампиокс и др.).

При исследовании детей с поражениями нервной системы и с задержкой психомоторного развития применяли ряд скрининг-тестов мочи (1980 - М. Панов, М. Топманн), определение спектра аминокислот в крови на базе НИИ животноводства и ветеринарии ЭССР, электроэнцефало-, пневмоэнцефало-, электромио- и ангиографию больницы. Для реабилитации этих детей в психоневрологическом отделении были созданы условия, соответствующие современным требованиям: лечебная физкультура и массаж, лечебные ванны, физиотерапия, логопедодефектологическое лечение, медикаментозная и диетотерапия.

Количество получавших физиотерапевтическое лечение из года в год увеличивалось. В последние годы 70% из лечившихся в соматических отделениях и 80% из лечившихся в психоневрологическом отделении получали физиотерапевтическое лечение. В кабинете применен ряд новых методов лечения: как амплипульс, ультразвук-ловаторез, ультразвук-аэрозоль, дециволны и др.

Потребности в массаже и в лечебной физкультуре постоянно возрастали, особенно с 1975 года в связи с реабилитацией детей с повреждениями нервной системы. К 1980 году было оказано массажем и лечебной физкультурой 96% из контингента психоневрологического отделения.

Структуру гематологических заболеваний представляли в основном две нозологические единицы - гемобластозы и врожденная микросфероцитарная гемолитическая анемия. Железодефицитная анемия утратила свое значение благодаря улучшению качества патронажа грудников (в стационаре наблюдалось 1-2 случая в год). В диагностике микросфероцитарной анемии име-

ются критерии дополнительных исследований эритроцитарной системы и билирубинового обмена, но гемобласты сохраняют свою актуальность в педиатрической клинике из-за малой эффективности результатов лечения и в настоящее время.

В связи с открытием отделения патологии новорожденных перед всем коллективом больницы возникло много трудностей, связанных с организационными и лечебными вопросами. Оказалось, что больше 50% из контингента отделения нуждается в интенсивной терапии. Вместе с тем возникла необходимость в повышении квалификации всего персонала по вопросам неонатологии. Сильно увеличивалась нагрузка лаборатории, кабинета функциональной диагностики, физиотерапии, рентгенкабинета, аптеки. В острых ситуациях требовалось тесное сотрудничество с отделением реанимации Тартуской клинической больницы и с многими консультантами, как невропатологами, детскими хирургами, кардиохирургами, эндокринологами, генетиками и т.д.

Анализ летальности за 10 лет в Тартуской городской клинической детской больнице показывает (табл. 4), что больнич-

Таблица 4

Летальность Тартуской городской клинической
детской больницы в 1971-1980 гг.

Годы	Больничная летальность (%)	Летальность детей до 1 года (%)	
1971	1,4	1,8	
1972	0,8	2,2	
1973	0,7	1,5	
1974	0,8	0,5	
1975	0,7	0,2	
1976	0,6	0,3	
1977	1,0	0,6	
1978	0,9	2,7	Открыли психоневрологическое отделение
1979	1,1	0,6	
1980	1,5	8,4	Открыли отделение патологии новорожденных

ная летальность из года в год стабильно держалась на одном уровне - в среднем 0,95%, но по сравнению с предыдущим деся-

тилетием (в среднем 1,2%) снизилось /3/. Некоторое увеличение в показателях летальности в 1978 году, особенно в 1980 году, связано с открытием психоневрологического отделения и отделения патологии новорожденных. В 1978 году в психоневрологическое отделение перешли из дома ребенка дети-инвалиды с тяжелейшими повреждениями и аномалиями нервной системы, некоторые из них умерли от осложнений респираторных инфекций. В 1980 году было открыто отделение патологии новорожденных, летальность которого оказалась существенно высокой из-за своеобразия контингента. Ведущей причиной смерти оказались септикотоксические инфекции у недоношенных, наряду с ними врожденные аномалии, особенно со стороны сердца, как у недоношенных, так и у доношенных новорожденных.

Из анализа случаев смерти (табл. 5) вытекает, что:

1) по сравнению с шестидесятью годами уменьшилась летальность в группе детей, родившихся здоровыми, почти в 3 раза, в возрасте как до 1 года, так и от 1 до 15 лет (в 1961-1970 гг. соответственно 32 ребенка и 17 детей, в 1971-1980 гг. 11 детей и 6 детей) /3/;

2) роль неизлечимых заболеваний (в основном лейкоз, ретикулез) в летальности детей от 1 до 15 лет является важной, составляя 52% из летальности данной группы;

3) врожденные аномалии (55,4%) и повреждения при родах (28,3%) являются основной причиной смерти в группе детей до 1 года, но имеют и важное значение в летальности детей от 1 до 15 лет соответственно 24% и 10%) /3/.

Анализ всех 18 случаев смерти детей, родившихся здоровыми в 1971-1980 гг., показывает, что 8 случаев, т.е. 44% (4 из 11 в возрасте до 1 года и 4 из 7 в возрасте от 1 до 15 лет) обусловлены стафилококковыми пневмониями и осложненными респираторными инфекциями. Как правило, в этих случаях имела место запоздалая госпитализация. В 3 случаях смерти в возрасте до 1 года причиной был грамотрицательный сепсис, где несмотря на современные методы лечения, эффекта не достигли. В 2 случаях причиной смерти послужил сывороточный гепатит на втором месяце жизни и в 2 случаях - иммунологическая несовместимость матери и ребенка.

Из анализа случаев смерти детей от 1 до 15 лет вытекает, что некоторые болезни, как нефрит и ревматизм, утратили свое значение в качестве причины смертности, т.к. за 10 лет смертельных случаев от приобретенного нефрита не наблюдалось, и латентно текущий ревматизм оказался причиной смерти

Таблица 5

Случаи смерти в Тартуской городской клинической детской больнице в 1971-1980 гг.

Годы	Г р у д н ы е д е т и				Всего	Д а т и о т 1 д о 15 л е т				Всего
	Родились здоровыми	Поврежденные при родах	Родились с аномалиями развития	Неизлечимые болезни		Родились здоровыми	Поврежденные при родах	Родились с аномалиями развития	Неизлечимые болезни	
1971	1	1	10	-	12	1	-	2	3	6
1972	2	-	3	-	5	1	1	3	1	6
1973	1	-	3	-	4	-	-	1	4	5
1974	1	-	5	1	7	1	-	-	3	4
1975	2	1	2	-	5	1	-	2	1	4
1976	1	3	-	-	4	1	-	-	2	3
1977	1	1	3	-	5	1	-	-	3	4
1978	1	3	4	-	8	-	3	1	2	6
1979	1	3	4	-	8	-	2	1	4	7
1980	-	9	7	-	16	-	-	2	3	5
Всего	11	21	41	1	74	6	6	12	26	50
В %-ах	15	28,3	55,4	1,3	100	12	12	24	52	100

в одном случае (в 1971 г.). Кроме того, в одном случае причиной был геморрагический васкулит с молниеносной формой у 8-летнего ребенка и в одном случае инфекционный гепатит, осложнившийся в апластическую анемию у 14-летнего мальчика.

Из анализа вытекает, что снижение летальности детей, родившихся здоровыми, остается основной целью в работе стационара, так как летальность детей до I года (II случаев) и летальность детей от I года до 15 лет (7 случаев) составляет 12-15% из общей больничной летальности.

Анализ диагностической и лечебной работы и анализ летальности за 10 лет Тартуской городской клинической детской больницы дает возможность определить новые задачи в работе больницы на следующее десятилетие.

Этими задачами являются уменьшение заболеваемости, летальности новорожденных, развитие детской интенсивной терапии и реанимации, расширение генетических исследований и исследований на врожденные хронические инфекции, улучшение диагностики и качества реабилитации детей с поражениями нервной системы, улучшения диагностики и качества лечения пульмонологических, аллергологических, гастроэнтерологических и инфекционных болезней.

В следующем десятилетии возможности оказания стационарной помощи детям в г. Тарту и в Южной Эстонии улучшатся благодаря открытию инфекционного корпуса Тартуской городской клинической детской больницы в 1982 году, который станет в г. Тарту первой больницей, построенной специально для детей.

Литература

1. Кязри Х. Об организации медицинского обслуживания детей г. Тарту - Уч. зап. ТГУ, вып. 295, Тарту, 1972, 73-96.
2. Письмо Министерства здравоохранения ЭССР № 2-44/231 - 15 XI 1976 г. Тартускому отделению проекторганизации "Эстонпроект".
3. Ратник Э. Результаты лечения в Тартуской городской клинической детской больнице в 1922-1977 гг. - Уч. зап. ТГУ, вып. 295, Тарту, 1972, 99-110.
4. Годовые отчеты Тартуской городской клинической детской больницы с 1971 по 1980 г.

ACTIVITIES OF TARTU CLINICAL CHILDREN'S HOSPITAL DURING
THE YEARS 1971 UP TO 1980

K. Mitt, E. Kõõbi, A. Ormisson

S u m m a r y

In this article authors describe the development of Tartu Clinical Children's Hospital during the last ten years. There are represented a lot of original data and material of a great historical value. The development was great. The structure of hospital was changed. The new units of treatment were opened. The quality of treatment has risen. The number of modern diagnostic equipments has risen.

The mortality in the hospital is analysed. During the last 10 years the mortality of children born healthy was diminished by three times. The most important causes of infants' death were congenital anomalies and perinatal pathology. At the age from 1 to 15 years the main reason of death was haemocytoblastosis. The main goal of hospital activity is to diminish the mortality of children born healthy.

ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ г. ТАРТУ в 1971-1980 гг.

Х. Прээм

Тартуская городская клиническая детская больница

Бурное развитие педиатрической науки в настоящее время обеспечивает снижение детского morbidity и mortality, предупреждение хронических форм заболеваний и выраженных необратимых резидуальных явлений.

Целью настоящей статьи является проанализировать, в какой мере возможно внедрением передовых методов медицины и повышением качества медицинского обеспечения добиться улучшения состояния здоровья детей в г. Тарту за период с 1971 по 1980 г.

Основными направлениями в работе поликлиник являлись внедрение и совершенствование диспансеризации и специализированной помощи детям. Перспективный план был составлен в два этапа на 1972-1975 гг. и на 1976-1980 гг.

За анализируемый период число обслуживаемых детей возросло в г. Тарту до 2500. Прибавилось 6 новых педиатрических участков. На начало 1981 г. в г. Тарту имелось 24 участка с общим числом детей 22 449 в возрасте 0-14 лет, количество детей на участке в среднем 935 (до 1979 г. 1000-1100), из них грудников в среднем 65 (6,9%).

Прирост кадров

В 1980 г. в штатах детской поликлиники, кроме 24-х участковых педиатров и 18,5 врачей детских коллективов, имелись педиатры-специалисты по 14 специальностям. Кроме этого, еще логопед и сурдопедагог с высшим образованием (табл. I). Руководство и контроль за лечебно-профилактической работой осуществляли 4 заведующих отделениями: 2 по участковой службе, 1 по дошкольной и 1 по школьной работе. Ответственность за работу специалистов и диагностико-лечебных кабинетов была возложена на заместителя главного врача по поликлинической части. В течение 10 лет рост кадров с высшим образованием был на 19,5 ставок, из них специалистов узких специальностей 8,0, из которых врачи-специалисты в школах - 1,0 и в до-

Таблица I

Рост штатов врачей при поликлинике

Должность	Финансированные штаты			
	Общее количество		Из них в коллективах	
	1971	1980	1971	1980
Участковые педиатры	18,0	24,0	-	-
Врачи дошкольных детских учреждений	8,5	12,5	8,5	12,5
Школьные врачи	4,5	6,0	4,5	6,0
Зав. отделениями:	4,0	4,0	2,0	2,0
Врачи-специалисты:				
офтальмолог	1,25	1,75	0,5	0,75
ЛОР-врач	2,0	3,25	0,5	1,25
психиатр	0,5	1,0	0,5	1,0
невропатолог	1,0	2,5	-	0,5
ортопед	0,5	1,0	-	-
хирург	0,5	0,5	-	-
ревматолог	0,5	0,5	-	-
пульмонолог	0,5	0,5	-	-
нефролог	0,5	0,5	-	-
гастроэнтеролог	0,5	0,5	-	-
физиотерапевт	0,5	0,75	-	0,25
врач-ЛФК	1,0	1,0	-	-
рентгенолог	0,5	1,0	-	-
ЛОР-врач сурдолог. каб.	-	1,0	-	-
логопед	-	1,0	-	-
сурдопедагог	-	1,0	-	-
В с е г о	44,75	64,25	16,5	24,25

школьных учреждениях - 1,25. Это позволило в 1980 году открыть в поликлинике сурдологопедический кабинет и в 1977 году укомплектовать врачами-специалистами спецгруппы в дошкольных детских учреждениях.

С 1977 г. введена система денежного премирования, стимулирующая работу кадров. Несмотря на нехватку помещений в поликлинике удалось в 1980 г. открыть комнату труда и отдыха с буфетом для персонала.

Повышение квалификации врачей

Мероприятия по повышению квалификации врачей и сестер проводятся регулярно в больнице и поликлинике по годовым планам. Кроме этого, врачи-специалисты (офтальмолог, ортопед, невропатолог и ЛОР врачи) участвуют в семинарах и симпозиумах соответствующих отделений Тартуской клинической больницы. Все специалисты за последние 5 лет побывали на курсах усовершенствования. На будущее запланированы курсы усовершенствования через 3 года. Для повышения знаний по охране здоровья детей работникам школ и дошкольных детских учреждений проводились лекции и II общегородских выставок-семинаров. В настоящее время врачебные кадры нашей поликлиники имеют хорошую подготовку и нужные практические навыки.

Врачи поликлиники активно участвуют в научной разработке актуальных проблем по анализу состояния здоровья, заболеваемости и смертности детей нашего города. За 10 лет разработано 15 проблем (М. Виллемс, В. Майснер, М. Браун, Е. Пярл, Эви Самаройтель, М. Мурде, Р. Бахман, М. Сеэне, М. Орн, С. Тенсинг, Х. Прээм, Х. Роосаар).

Реконструкция помещений

За анализируемый период удалось в некоторой мере добиться улучшения условий труда. С 1975 по 1977 г. проведен капитальный ремонт поликлиники, в ходе которого осуществлен ряд реконструкций: в помещениях бывшей молочной кухни размещены рентгенологические отделения, кабинет массажа, кабинет медицинской статистики и отделение грудников. Отделение грудников обеспечило изолированное обслуживание, так как имеется отдельный вход, ожидальная, два кабинета для участковых педиатров и кабинет для специалистов. В результате капремонта в доме по ул. Юликооли 14 (с 1979 г. по 1981 г.), расширились физиотерапевтический кабинет и лаборатория. Поликлиника находится в приспособленном из квартир двухсотлетнем доме, в котором в настоящий момент недостает 37% нормативной площади. Большой дефицит помещений поликлиники (дефицит 600 м²) затруднял организацию медицинской помощи детям. В 1983 г. запланировано открытие филиала детской поликлинике в микрорайоне Аннелинна, но это еще полностью не удовлетворит потребностей в площади. Строительство новой поликлиники отодвинуто на неопределенный срок.

Медицинское обеспечение дошкольных детских учреждений.

Количество дошкольных детских учреждений возросло с 1971 по 1980г. на 7 280-местных яслей-садики. Общее количество

детей в детских дошкольных учреждениях увеличилось на 2000 человек. На конец 1980 г. поликлиника обслуживала 4 ясли, 10 детсадов и 22 ясли-сада с общим числом детей 6 108, что составляет 59% из числа детей дошкольного возраста (в 1971 году - 42%). Существенным достижением является открытие специальных групп для детей с нарушением здоровья при детских учреждениях. На конец 1980 г. имелось 16 таких групп с 8 видами заболевания на 250 мест. Дети в этих группах находятся под наблюдением 9 педиатров специалистов. В сотрудничестве с Горонб составлено по профилям групп методическое письмо по медико-педагогическому обеспечению детей. Для внедрения научных основ питания детей в коллективах составлена центральная картотека блюд, где высчитано количество белка, жира, углеводов, витаминов, минеральных солей и калорий. Эта картотека вместе с фотоальбомом была представлена в 1976 г. на Всесоюзной сельскохозяйственной выставке в Москве (ВДНХ).

С 1977 г. введен в коллективах для вновь поступающих детей так называемый адаптационный режим. Для профилактики кишечных инфекций с 1979 г. вновь проводится ежегодно фагирование детей с дизентерийным фагом. Несмотря на все проводимые профилактические и оздоровительные мероприятия, заболеваемость детей в коллективах существенно не снизилась.

Медицинское обслуживание школ

За последние 10 лет в г. Тарту построено 3 новых школьных здания (III, XII, XIV). На конец 1980 г. в городе было 14 общеобразовательных, одна вспомогательная и 2 специальные школы-интерната для детей с расстройством слуха и зрения. Количество учащихся в них увеличилось на 2552 человека и составило на конец 1980 г. 15 045. Все поступающие в школу дети диспансированы специалистами в шестилетнем возрасте, а с 1980 г. - пятилетнем возрасте. Учащихся специальных школ диспансируют врачи-специалисты этих школ. Учащихся же общеобразовательных школ - врачи-специалисты поликлиник. Мероприятия по охране здоровья учащихся проводятся в сотрудничестве с Горонб. Ежегодно проводятся лекции для учителей по охране здоровья школьников. В 1981 г. проведено обширное изучение знаний по охране здоровья среди учащихся.

Достижения в профилактике

Для изолированного обслуживания грудников впервые в нашей республике с 1979 г. организовано отделение приема грудников, где, кроме участкового педиатра (раз в неделю), принимают ежедневно ортопед, невропатолог и офтальмолог. В ла-

боратории и кабинете физиотерапии было выделено время для грудников.

С целью рационального использования рабочего времени участковыми педиатрами с 1971 г. выработан патронажный лист для дородового патронажа, новорожденных, грудников и малышей.

В сотрудничестве с заведующим отделением роддома, главным врачом поликлиники и заведующим кафедрой педиатрии выработана и внедрена с 1974 г. форма эпикриза передачи новорожденного в детскую поликлинику и 15-летних в подростковый кабинет /1, 2/. Врачи поликлиники участвовали в издании научно-популярной литературы /3, 4, 5, 6/.

Достижения в диагностике

С целью ранней диагностики был введен целый ряд новых форм работы, из них некоторые совместно со стационаром. С 1974 г. внедрена специфическая аллергологическая диагностика вначале в аллергологическом кабинете Таллинской республиканской клинической больницы, и с 1976 г. — пульмонологами нашей поликлиники. Для выявления патологии в грудном возрасте расширен неврологический контроль и с 1974 г. грудники проходят контроль у офтальмолога (табл. 2).

Таблица 2

Грудники, подлежащие осмотру специалистов

Специалист	% грудников	
	1975	1980
Ортопед	96	97
Невропатолог	30	60
Офтальмолог	10	66

Всем недоношенным детям, начиная с 1979 г., проводится на II-III месяце жизни определение гемоглобина, а с 1980 г. также всем детям, матери которых страдали анемией во время беременности /7/. С 1973 г. введен массовый скринингтест мочи "Биофанов" для определения фенилкетонурии. Врачами-специалистами составлены в 1976 г. методические рекомендации по диагностике гастрологических (Е. Пярл), нефрологических (М. Браун) и пульмонологических (И. Орн) больных, из которых два последних — приняты Министерством здравоохранения для распространения по всей республике.

Лечение больных

Начиная с 1976 г. проводится комплексное лечение грудников с церебральным параличом. Физиотерапевтический кабинет стал проводить следующие процедуры: с 1972 г. УВЧ индуктотермия, с 1973 г. эндоносальный электрофорез, микровольная терапия, с 1979 г. лидаз или ронидаз электрофонофорез в чередовании с ультрафонофорезом с гидрокортизоном в лечении колюйдов, с 1979 г. и ультрафонофорез с трилоном Б. Значительно расширилось физиотерапевтическое лечение ортопедических больных с 1977 г. С 1976 г. внедрено гипосенсибилизирующее лечение специфическим аллергеном больных бронхиальной астмой. Сурдологопедическая диагностика и лечение проводится с 1980 г.

Совершенствовался диспансированный метод в лечебной работе. Количество диспансированных детей составляло в среднем 15-17% от общего числа детей, что было выше среднего предполагаемого (10%), так как мы задались целью:

1) взять на специальный учет детей с начинающейся патологией, чтобы активно тормозить развитие процесса;

2) взять на учет детей со всеми нарушениями в состоянии здоровья, препятствующими нормальному росту и развитию.

Метод профилактической диспансеризации позволил ликвидировать позднюю диагностику заболеваний и этим с 1978 г. практически не выявлено тяжелых форм заболеваний. В настоящее время заметно снизилась заболеваемость ревматизмом. Количество больных с хронической пневмонией постоянно снижается, а также с хроническим гломерулонефритом.

Среди детей с хроническими заболеваниями достигнуто снижение рецидивов /8/.

Хорошим результатом работы специалистов нужно считать снижение числа подростков, которые болели хроническими заболеваниями, но при передаче в подростковый кабинет в возрасте 15 лет не имели обострений свыше 5 лет (58%). Это практически здоровые дети.

С 1975 г. офтальмологом у 2/3 детей со страбизмом были получены удовлетворительные результаты ортоптическим лечением, страбизм ликвидировался или уменьшился, фиксация нормализовалась.

Раннее выявление признаков болезни давало возможность получать хорошие результаты при консервативном лечении, например, при подвывихах и вывихах тазобедренного сустава получали хороший лечебный эффект абдукционной подушкой, ремня-

Таблица 3

Частота рецидивов у детей с хроническими заболеваниями

Наименование болезни	Число больных (в скобках число рецидивов)		
	1971	1974	1980
Ревматизм	85(4)	43(2)	26(10)
Пиелонефрит хронический	35	44(4)	38(4)
Диффузный гломерулонефрит гематаур. форма	(II) 41	49(5)	3(1)
Хронические воспаления желудка и желчных путей	193(9)	117(2)	60(1)
Бронхиальная астма	31(12)	33(11)	47(3)
Хроническая пневмония	37(10)	10(3)	6(0)

ми Павлика, электрофорезом с кальцием, фосфором, гистамином, лечебным массажем. Снизилась потребность в наложении гипсовой фиксации. Так, в 1970 г. было 12 случаев фиксации, в 1975 - 4 случая и в 1980 г. - 2 гипсовых фиксации.

С 1976 г. установлена регулярная связь с диспансерами, обслуживающими детей, как-то: противотуберкулезный, психоневрологический, кожно-венерический и противозобный. Они регулярно, 1 раз в квартал, представляют письменные данные о взятых на учет. Полученные диагнозы переносятся в историю развития ребенка на листок уточненных диагнозов. Таким образом, врачи нашей поликлиники имели обзор о специальных профильных заболеваниях у детей.

Для госпитализации больных не хватало мест в стационаре, в особенности при заболеваниях дыхательных органов и ЛОР заболеваниях. В стационаре в 1980 г. лечилось всего 57,7% больных с пневмонией, с приступами бронхиальной астмы - 1/3.

Начиная с 1976 г. врачами-специалистами больше направлено детей на санаторное лечение. За последние 5 лет в среднем в год 270 детей получали лечение в санаторных пионерлагерях или санаториях.

Изменения в структуре заболевания

Явное изменение произошло в структуре острых заболеваний за период с 1971 по 1980 г. В год имелись единичные случаи заболевания коклюшем и брюшным тифом (за последние 4 года 1 случай). В 1980 г. по сравнению с 1971 г. более чем в 6 раз снизилась заболеваемость корью и в 16 раз - заболеваемость дизентерией.

Возросло число различных нарушений в состоянии здоровья у новорожденных (от 10% до 24,6% из числа новорожденных). Особенно увеличилось количество детей, родившихся в асфиксии и с родовой травмой (2,5 раза), а это значит, что возросла группа риска с повреждением нервной системы. Заболеваемость новорожденных гнойными процессами увеличилась в 7 раз.

Заболеваемость пневмонией во всех возрастных группах увеличилась в 2,3 раза. Тенденцию к увеличению имеет заболевание инфекционным гепатитом (с 4-х случаев до 81 случая) и вирусным миокардитом (1980 г.). Тенденции к снижению не имеют также бронхиальная астма и респираторные вирусные инфекции.

В результате интенсификации профилактической работы специалистами в 4 раза больше выявлено случаев ортопедической патологии и свыше 2-х раз больше офтальмологических отклонений.

Смертность

В последнем десятилетии общая смертность грудных детей в г. Тарту осталась на прежнем уровне (табл. 4). Понизилась неонатальная и повысилась постнеонатальная смертность. Анализ причин смерти детей грудного возраста после выписки из родильного дома показал, что изменилась структура смертности. Хорошим показателем работы является отсутствие случаев смерти от кишечных инфекций в 1971-1980 гг. Частота случаев смерти от пневмоний осталась на том же уровне (один-два случая в год). В 1979 по 1980 г. увеличилось число умерших от острых респираторных вирусных инфекций (9 случаев) и в 1980 г. - от сепсиса (4 случая). Для дальнейшего уменьшения смертности необходимо уделить больше внимания ранней диагностике и лечению местных гнойных процессов и расширить профилактические мероприятия против острых респираторных вирусных инфекций.

Подводя итоги всему вышесказанному, следует отметить, что совершенствование и внедрение диспансерного метода в рамках поликлинического обслуживания детей является совершенно необходимым. За 10 лет удалось практически ликвидировать тяжелые формы заболеваний. Заметно уменьшилась частота рецидивов болезней и снизилась частота рецидуальных явлений.

Количество обслуживаемого контингента детей обуславливает необходимость строительства двух поликлиник в г. Тарту. Количество детей на участках было свыше нормы, что оказывало неблагоприятное влияние на работу участковых педиатров.

Таблица 4

Смертность грудных детей (на тыс. жит.) в г. Тарту

Годы	Неонатальная смертность				Постнеона- тальная	Общая смерт- ность		
	Ранняя 0-6 дней	Поздняя 7-28 дней	Всего					
1971			9,8		5,5		15,3	
1972			10,8		3,6		14,4	
1973	7,8	0,6	8,4	11,5	0,6	3,1	9,0	14,6
1974	11,5	3,8	15,3		5,1		20,4	
1975	6,2	1,1	7,3		3,3		10,6	
1976	5,6	1,2	7,1	10,7	8,9	4,5	16,0	15,1
1977	13,8	3,9	17,7		1,2		18,8	
1978	8,0	3,4	11,5		3,9		15,4	
1979	5,5	3,7	9,1	9,7	3,7	4,7	12,8	14,4
1980	6,0	2,4	8,4		6,4		14,9	

Открытие нового инфекционного отделения детской больницы улучшит возможности госпитализации больных, детское отделение ЛОР нуждается в расширении.

Доведение обслуживания детей до нормы зависит от выполнения решения Горисполкома гор. Тарту о выделении помещений для детской поликлиники.

Внутри поликлиники необходимо совершенствовать систему информации и повышения квалификации.

Литература

1. Keres, L., Tälli, H., Ormisson, A., Aru, S., Preem, H. Pediatristi ja terapeudi töö järgivus noorukite arstiabis. - Nõukogude Eesti Tervishoid, 1978, 1, 41-44.
2. Keres, L., Tälli, H., Ormisson, A., Preem, H., Loolaid, V. Vastsündinute järelvalve üleandmine sünnitusasutusest jaaskonnaarstile. - Nõukogude Eesti Tervishoid, 1978, 4, 344-347.
3. Kand, H., Keres, L., Kohandi, E., Kaäri, H., Liiskmaa, H., Mäepalu, H., Paves, A., Preem, H., Päril, E., Ratnik, E., Tälli, H., Uibo, A. - Lapse tervishoid, 3. täiend. ja par. tr. - Tln.:Valgus, 1981.
4. Preem, H. Enneaegne laps. - Teadus ja tervis, 1972.
5. Kook, L. Koolilapse tervis. - Tln.: Valgus, 1979. (Kaasautor R. Bachmann), 230-235, 239-246.
6. Варес А., Бахман Р., Нааритс С., Нигесен У., Прээм Х. Уманская Э. Уманский С. Справочник по диспансеризации здоровых детей. Таллин, 1975.
7. Виллемс М., Сильдвер Л. О врожденной железодефицитной анемии новорожденных и грудных детей. - Тезисы докладов XI съезда педиатров ЭССР. Таллин, 1980, 215-216.
8. Kaäri, H., Keres, L., Preem, H., Orn, M., Päril, E., Braun, H. Laste spetsialiseeritud pulmonoloogilise, gastroenteroloogilise ja nefroloogilise polikliinilise teenindamise kogemusi Tartus. - Nõukogude Eesti Tervishoid, 1977, 1, 13-15.

ACHIEVEMENTS AND PERSPECTIVES OF THE POLICLINICAL
TREATMENT OF CHILDREN OF TARTU IN 1971-1980

H. Preem

S u m m a r y

During the last 10 years the policlinic has got 19.5 posts for doctors with higher education, among them 8.0 posts for (narrow) specialists. The study of surdology as well as the department for infant treatment were opened, the rooms for physiotherapy, massage and roentgenotherapy were widened. Neurological and ophthalmological control of infants has increased to the large extent (30 % - 60 % and 10 % - 66 %, respectively).

Together with the Department of Education of Tartu, 16 special groups of 8 different profiles on the whole for 250 children were opened at preschool institutions.

The main direction of work in the policlinic was the widening and accomplishing of specialized treatment and dispensary method. Reduction of chronic illnesses has been achieved.

For the further improvement of treatment of children of Tartu the construction of two new buildings for the policlinic is necessary.

О ДОСТИЖЕНИЯХ И ПЕРСПЕКТИВАХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В ГОРОДЕ ТАРТУ
В 1972-1981 ГОДАХ

А.А.-Г. Ормиссон
Кафедра педиатрии ТТУ

Мероприятия общественного здравоохранения направлены прежде всего на профилактику заболеваний, а также на повсеместное развертывание и осуществление квалифицированной медицинской помощи /1/. Специализированная педиатрическая помощь в г. Тарту стала бурно развиваться в шестидесятые годы. Во второй половине десятилетия в детской поликлинике начали работать более 10 врачей узкой специальности /2/.

В настоящее время в поликлинике принимают детский кардиолог, пульмонолог, аллерголог, гастроэнтеролог, офтальмолог, психоневролог, нефролог, ортопед, хирург, физиотерапевт, рентгенолог, врач уха-горла-носа и лечебной физкультуры. В женской консультации принимает детский гинеколог. Наряду с лечебной работой и диспансеризацией проводится профилактический осмотр специалистами грудных детей и всех детей, поступающих в школу, пятиклассников и восьмиклассников. Раннее выявление заболеваний и высококачественное лечение у специалистов сказывается в снижении некоторых хронических заболеваний.

Новым этапом специализированной медицинской помощи детям является открытие сурдологопедического кабинета в детской поликлинике в 1980 году и кабинета иглотерапии в 1981 году.

Многие дети, особенно с поражениями нервной и опорно-двигательной системами, с логопедическими дефектами и нарушениями зрения нуждаются в постоянном лечении /3/. С целью обеспечить им окончательную реабилитацию с 1966 года в детских дошкольных учреждениях организованы специальные группы, в которых дети находятся под наблюдением специалистов детской поликлиники. С 1979 года в Доме ребенка на 60 коек выделено 30 коек для выхаживания детей с отставанием в умственном развитии. С тех пор большое внимание уделяется психоневрологическому лечению наряду с педагогической и логопеди-

ческой учебой, в Доме ребенка работает психоневролог.

Тарту является высшим лечебным центром Южной Эстонии, поэтому приблизительно 30% мест для детей с соматическими и инфекционными заболеваниями и 50% мест в других отделениях занято обслуживанием иногородних детей. При детском отделении туберкулезного диспансера работает средняя школа, которая является единственной в этом роде в республике. В течение последнего десятилетия повысилось количество специализированных детских коек (табл. I):

Таблица I

Детские стационарные койки в г. Тарту

Количество коек	Количество коек		Учреждение
	1972 г.	1981 г.	
соматические	100	100	Детская клиническая больница
психоневрологические	-	60	Детская клиническая больница
инфекционные	120	120	Клиническая инфекционная больница
хирургические	35	60	Клиническая больница
неврологические	-	15	Клиническая больница
отоларингологические	12	15	Клиническая больница
офтальмологические	6	6	Клиническая больница
ортопедические	10	10	Клиническая больница
туберкулезные	100	100	Туберкулезный диспансер
дерматологические	15	15	Кожно-венерический диспансер
Всего	398	521	

Нехватка педиатрических соматических коек в городе не позволяла организовать новые специализированные отделения в детской клинической больнице, поэтому использованы резервы других клиник. В Тартуской клинической больнице расширили отделение детской хирургии и детские палаты в отделении уха-горла-носа.

Открытое в 1979 году в клинической больнице отделение

детской неврологии на 15 коек является главным диагностическим и лечебным центром Южной Эстонии. В 1976 году в новом здании кардиологического центра клинической больницы было открыто отделение реанимации, которое лечит и детей. В последние годы на лечении находилось в среднем 60 детей за год.

С целью снижения инвалидности детей, вызванной ante- и интранатальными поражениями нервной системы, в 1978 году был реорганизован I Дом ребенка. На базе Дома ребенка было открыто 60-коечное психоневрологическое отделение детской больницы для детей младшего возраста, которое принимает детей на лечение со всей Эстонии. Отделение является реабилитационным центром для малышей с детским церебральным параличом.

В последнем десятилетии произошло изменение в заболеваемости детей, особенно детей раннего возраста. Более важными стали респираторные инфекции, снизилась заболеваемость детей кишечными инфекциями. В 1977 году были реорганизованы детские отделения инфекционной больницы. Открыли отделение респираторных инфекций на 40 коек, которое до тех пор занимало в детской больнице 25 коек.

В последние годы большое внимание во всем мире обращается на проблемы здоровья беременных женщин и новорожденных /4/. Снижение недоношенности и смертности новорожденных является перспективным путем снижения детской смертности. В 1977 году в городском родильном доме было открыто отделение патологии беременности на 20 коек, которое позволяет госпитализировать женщин с осложненным течением беременности. В 1980 году в перестроенных после капитального ремонта помещениях детской больницы было открыто 30-коечное отделение патологии новорожденных и выхаживания недоношенных детей, где с помощью современного оборудования применяются новейшие методы лечения. Отделение является единственным учреждением Южной Эстонии, принимающим новорожденных из всех районов.

Таким образом, в последнее десятилетие в городе Тарту успешно развивается специализированная медицинская помощь детям. Особым достижением можно считать усовершенствование организации неврологической и психоневрологической помощи детям младшего возраста. В 1979 году было заложено новое здание инфекционного корпуса детской больницы, что является первым этапом в создании полипрофильной детской больницы в

Тарту. В связи с открытием инфекционного корпуса в 1982 году станет возможным открытие аллергологических палат в детской больнице и детского отделения психоневрологической больницы и ликвидировать недостатки аллергологической и психоневрологической помощи детям.

Перспективным является сотрудничество педиатров и акушеров-гинекологов в области генетических исследований и перинатальной патологии с Институтом молекулярной и общей патологии ТГУ. К сожалению, отсталость материальной базы задерживает организацию новых специализированных кабинетов в детской поликлинике. Постройка новой комплексной поликлиники предусмотрена в 12-й пятилетке.

Литература

1. Андреева Е.И. Состояние и дальнейшее улучшение поликлинической помощи детям в СССР. - Педиатрия, 1981, 4, 3-6.
2. Кязри Х. Организация медицинского обслуживания детей города Тарту. - Уч. зап. ТГУ, вып. 295, Тарту, 1972, 73-98.
3. Никитина М.Н. Медико-социальная реабилитация инвалидов с детства. - Педиатрия, 1981, 2, 3-5.
4. Новикова Е.Ч. Новые перспективы развития системы охраны материнства и детства. - Вспр. охр. мат., 1981, 26, 2, 3-8.

ACHIEVEMENTS AND PROSPECTS OF SPECIALIZED PEDIATRIC CARE IN TARTU IN 1972-1980

A. Ormison

S u m m a r y

During the last decade the specialized pediatric care in Tartu has successfully developed.

The department of respiratory infections at the infectious clinic, the department of psychoneurology and neonatal pathology at the children's hospital, children's neurological department at clinical hospital and others were founded. The polyclinical care has improved.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛАХ ГОРОДА ТАРТУ

Р.И. Бахман, Т.Р. Соо

Тартуская городская детская клиническая больница,
кафедра педиатрии ТГУ

Одним из актуальных аспектов формирования личности ребенка школьного возраста является гигиеническое обучение и воспитание, которое можно рассматривать как органическую часть всего педагогического процесса.

В программе природоведения первого класса предусмотрено ознакомить детей со следующими темами: правильная осанка и правильная поза при письме; чистота и порядок в школе; режим дня; личная гигиена; соблюдение гигиенических правил при еде фруктов и ягод, во время работы в огороде, при контакте с животными.

В программе природоведения в третьем классе отведено 16 часов для изучения анатомии человека и охраны здоровья. В программе зоологии седьмого класса имеется тема о паразитарных червях. В восьмом классе в течение всего учебного года изучают курс анатомии, физиологии и гигиены человека. Кроме того, в программе здравоохранения предусмотрен курс "гигиенические аспекты полового воспитания" для девочек четвертого класса и мальчиков шестого класса 2 часа и для учащихся восьмого и одиннадцатого классов 4 часа.

Девушки одиннадцатого класса по курсу начальной военной подготовки изучают оказание первой помощи в течение 72 часов.

В помощь учителям и медицинским работникам, проводящим гигиеническое обучение и воспитание, издан ряд методических рекомендаций. Центральным научно-исследовательским институтом санитарного просвещения Министерства здравоохранения СССР разработан примерный объем знаний и навыков школьников различных возрастных групп по вопросам гигиены и охраны здоровья /4/. Им же изданы методические рекомендации по вопросам медицины и гигиены в курсе биологии /1/. Эстонским республиканским домом санитарного просвещения эти материалы изданы на эстонском языке /3/; им же разработаны методические

рекомендации по вопросам охраны здоровья в начальных классах /2/. Недостатком является отсутствие отдельного учебника по вопросам медицины и гигиены.

Целью настоящей работы было определение объема знаний и характера становления навыков и привычек по охране здоровья. Исследовали школьников трех возрастных групп - четвертого, девятого и одиннадцатого классов. Был применен метод опроса. Опрос проводился с помощью напечатанных анкет. Анкета для учащихся четвертого класса состояла из 55, для девятого класса из 87 и для одиннадцатого класса из 100 вопросов. Анкеты состояли из двух разделов. В первом были вопросы теоретического порядка, во втором - по применению изученного в повседневной жизни. Учащимся предлагалось в основном выбрать правильный вариант и отметить его кружком или же знаком "+" в правильной графе. Учащиеся заполняли анкеты анонимно на уроках в присутствии учителя или медицинской сестры.

Анкеты проработаны в вычислительном центре ТТУ.

Заполнено было всего 689 анкет, из них 235 учащимися четвертого класса, 272 - девятого класса и 182 - одиннадцатого класса из эстонских общеобразовательных школ г. Тарту.

В первую очередь рассматриваются теоретические знания учеников. Пытались выяснить, знают ли дети главные источники белка как основного строительного материала для растущего организма, знают ли они, в каких пищевых продуктах имеются белки, витамины и минеральные соли.

Из пищевых продуктов, предложенных в анкете для учащихся четвертого класса, почти все дети правильно считают источником белка сыр (97,3%), творог (94,7%), молоко (98,9%), хлеб (82,6%). Содержание витаминов в этих продуктах отметили немногие: в молоке отметили витамины только 30% учеников, в твороге 19,5%, в сыре 15,3%, в хлебе 26% из числа заполнявших анкету. 91,5% учащихся считают правильно овощи и фрукты источником витаминов. Больше половины детей (60,9%) отметили правильно, что в сахаре нет ни белка, ни витаминов.

От учащихся девятого и одиннадцатого классов спрашивалось содержание в этих же пищевых продуктах, кроме белков и витаминов, еще и минеральных солей. Ответы по содержанию белка в молоке и молочных продуктах, а также в хлебе совпадали с ответами четвертого класса. Совершенно неудовлетворительными оказались знания о содержании витаминов и минеральных солей в названных пищевых продуктах у всех трех возрастных групп. Следовательно, знания старших учеников не были

лучше учеников четвертого класса.

Исследовали знания детей о гигиене зрения. Для профилактики усталости глаз смотреть вдаль или закрывать глаза время от времени считают нужным только 50% учащихся четвертого класса. О гимнастике глаз как об эффективном средстве сохранения хорошего зрения знало только 46,6% детей девятого и одиннадцатого классов. Только 30,1% учащихся девятого и 22,9% учащихся одиннадцатого классов сумели правильно отметить три основных фактора, необходимых для сохранения хорошего зрения (правильная рабочая поза, правильное освещение, правильный режим труда и отдыха).

Из полученных данных о гигиене зрения выяснилось, что большинство учащихся не придерживается гигиенического правила готовить уроки при общем и местном освещении в темное время суток, 61,3-81,5% детей применяет только местное освещение. Знания учащихся всех возрастных групп о мерах профилактики для сохранения хорошего зрения явно недостаточные.

Пытались выяснить, как учащиеся повышают свою физическую тренированность и двигательную активность. Результаты анализа полученных данных приведены в таблице I.

Таблица I
Двигательная активность учащихся

Вид деятельности	Занятость в %		
	IV кл	IX кл	XI кл
Занимается в спортивных секциях	52,8	36,0	28,0
Делает утреннюю гимнастику	61,7	35,0	31,0
Плавают круглогодично	40,3	не спрашивалось	
Играют в мяч	92,7	не спрашивалось	
Катаются на санках, лыжах, коньках	97,0	74,6	52,7
Ходят в походы в воскресные дни	42,1	27,6	43,0
Ходят пешком в школу	78,6	64,3	73,6
Не занимаются	3,0	7,1	5,0

Цель закаливания была ясна почти всем учащимся четвертого класса (98,7%); знают, что надо приучать организм к холоду. В среднем 2/3 опрошенных детей четвертого класса закалывают себя регулярно: моются прохладной водой (68,5%), моют вечером ноги прохладной водой (53%), не одеваются слишком

тепло (68%), ежедневно совершают прогулки (55,7%), спят в прохладной комнате (46,3%), не спят под ватным одеялом (61,3%). Большинство учащихся четвертого класса (75%) пребывает на свежем воздухе ежедневно 2-3 часа.

Ответы на вопросы о некоторых вредных и полезных факторах охраны зубов оказались правильными у большинства учащихся всех возрастных групп (у 90-99,3%). Дети считают вредным открывать лимонадные бутылки, раскалывать орехи и другие твердые предметы зубами, знают, что вредно влияет и курение. Большинство детей правильно считает, что полезно для зубов есть сырые овощи, хлебную корку, жевать жевательную резинку и мыть зубы вечером и утром. Немногие (около 10%) ошибочно считают вредным мыть зубы и утром и вечером.

Из причин возникновения нарушения осанки почти все учащиеся четвертого класса (94,9%) считают неправильную позу за партой и ношение сумки или портфеля в одной руке. О том, что мягкая кровать способствует возникновению нарушения осанки, знало 72,8% опрошенных. Гораздо меньше (50,2%) знают, что слабый мышечный корсет является причиной нарушения осанки.

Ежедневно в одно и то же время готовят уроки дома только 30,3% учащихся четвертого, 25,6% девятого и 28,1% одиннадцатого классов. Это свидетельствует о том, что большинство учащихся всех трех возрастных групп не имеет постоянного режима дня.

Неблагоприятно обстоит дело с питанием учеников: 24,3% учащихся одиннадцатого и 15,2% учащихся девятого классов употребляют горячую пищу только один раз в день. Половина опрошенных детей во всех возрастных группах питается горячей пищей только два раза в день. Также только половина учащихся девятого и одиннадцатого классов кушает горячую пищу в школе. Из ответов вытекает, что дома еще мало употребляют овощи, ужинают очень поздно) вечером после 20 часов ужинает около 20% старших учащихся).

Детей спрашивали о вредных привычках - об употреблении алкогольных напитков и о курении. Оказалось, что большинство учащихся четвертого класса пробовали курить (85,6%) и пить алкогольные напитки (81,2%). Поэтому именно в этом возрасте необходимо разъяснить вредное влияние алкоголя и табака на растущий организм. Это и предусмотрено в новой программе по сексуальному воспитанию, которое проводится в школах с 1980-1981 учебного года. Больше половины учащихся старших классов (58,3%) употребляют алкогольные напитки в компаниях. На

теоретический вопрос о влиянии алкоголя и курения на организм почти все дети четвертого класса (97,4%) отвечали правильно. Большинство учащихся девятого и одиннадцатого классов (73,5% и 79,4%) считает алкоголь и табак ядами, повреждающими прежде всего нервную систему. Они знают, что алкоголь и курение снижают силу мышц (80,1%), снижают волевые качества человека (76,5%), повреждают половые клетки (80%). Ученики знают, что курение приводит к раку легких (93%). Недостаточными оказались знания о том, что алкоголь и курение снижают сопротивляемость к заболеваниям (знали 47,8%), снижают продуктивность умственного труда (знали 44,3%), ослабляют память (знали 61,5%).

Правильное определение понятия иммунитета как невосприимчивости к инфекционным заболеваниям дали 92,2% учащихся девятого класса и только 58,8% учащихся одиннадцатого класса. Это говорит о том, что учащиеся одиннадцатого класса успели уже позабыть изученное в восьмом классе на уроках анатомии. Из профилактических прививок предлагалось по выбору отметить заболевания, против которых проводится активная иммунизация. Вполне удовлетворительными оказались знания учащихся девятого и одиннадцатого классов об иммунизации против полиомиелита, тифа и гриппа (знали 80%), недостаточными — об иммунизации против туберкулеза (знали 60,8%), дифтерии (58%) и клещевого энцефалита (52%). Плохо знают об иммунизации против кори (знали только 37,4%) и коклюша (25,8%), некоторые учащиеся ошибочно считают, что иммунизируют и против скарлатины, ангины, воспаления легких и глистных инвазий. Не выявилось существенной разницы между знаниями учащихся девятого и одиннадцатого классов.

Неудовлетворительными оказались знания о путях выделения возбудителей некоторых наиболее распространенных инфекционных заболеваний из организма больного. Данные приведены в таблице 2.

Основной путь заражения венерическими заболеваниями — половой — сумели ясно и понятно назвать только 64,4% учащихся девятого и 56,3% абитуриентов. Эти данные утверждают необходимость включить в новые программы по сексуальному воспитанию темы "венерические заболевания" для учащихся восьмых и одиннадцатых классов. До заполнения анкет такие беседы еще не проводились во всех школах.

О том, что мытье рук после пользования уборной и до еды является одним обязательным гигиеническим требованием в про-

Таблица 2

Знания о путях выделения возбудителей заболеваний
из организма больного

Заболевание	Путь выделения	Правильный ответ (%)		
		IV кл.	IX кл.	XI кл.
Дизентерия	кал	79,1	80,0	95,7
Инфекционный гепатит	кал и моча	81,2	42,2	69,2
Туберкулез	дыхательные пути	не спрашивали	64,2	85,7
Грипп	дыхательные пути	84,5	85,0	95,1

филаксии кишечных инфекций, знают все опрошенные дети четвертого класса. О том, что руки нужно мыть и всегда, когда они загрязнены и по приходу домой знало только 2/3 (72,3%).

Одиннадцатиклассники заполняли дополнительный лист о вредных факторах, влияющих на развитие плода. Из анализа полученных данных выяснилось, что довольно хорошо знают о таких факторах, как хронические болезни матери (87,4%), курение (92,3%), попытки аборта (90,1%), влияния радиоактивного излучения и химикатов (84,1%), употребление алкогольных напитков (93,9%). Гораздо меньше знали, что плохо влияют и хронические заболевания отца (58,8%), употребление лекарств матерью без назначения врача во время беременности (58,2%), перенесенные заболевания матери во время беременности (67,6%), курение отца (54,4%). 77,8% абитуриентов ответили правильно, что плод наиболее чувствителен к действию вредных факторов в первые месяцы беременности. 2/3 из учащихся знали, что наследственные болезни передаются от родителей детям хромосомами половых клеток. Наилучшим возрастом вступления в брак считалось 20-25 лет (90,6%).

Выводы

1. Знания учеников девятого и одиннадцатого классов по вопросам гигиены и здравоохранения не были существенно выше знаний учеников четвертого класса.

2. Неудовлетворительно знают ученики источники минералов и витаминов, в режиме питания учеников имеется много недостатков; мало знают ученики об охране зрения. Недостаточно

знания детей о путях распространения инфекционных заболеваний, в том числе и венерических.

3. Требуется улучшить обучение вопросам гигиены и здравоохранения в эстонских общеобразовательных школах.

Литература

1. Вопросы медицины и гигиены в курсе биологии. М., 1968.
2. Вопросы охраны здоровья в начальных школах. Методические рекомендации. Таллин, 1976.
3. Вопросы медицины и гигиены на уроках анатомии, физиологии и гигиены человека. Таллин, 1974.
4. Примерный объем знаний и навыков школьников различных возрастных групп по вопросам гигиены и охраны здоровья. М., 1978.

RESULTS OF TEACHING HYGIENE IN SECONDARY SCHOOLS

R. Bachmann, T. Soo

S u m m a r y

The level of pupils' knowledge of hygiene was studied with the help of questionnaires.

Out of 689 pupils tested 235 were fourth-, 274 ninth- and 182 eleventh- formers.

It turned out that the knowledge of the pupils was insufficient. They did not know the main victuals containing minerals and vitamins. Little was known about the care of eyesight and the ways of spreading infectious diseases.

The dietary and physical activities of the pupils leave much to be desired.

Teaching hygiene in secondary schools ought to be improved.

ИТОГИ РАБОТЫ ЛЕЧЕБНЫХ ГРУПП ДЕТСКИХ ДОШКОЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ В ГОРОДЕ ТАРТУ

Э. Самарийтель, Х. Тялли

Кафедра педиатрии ТГУ,

Тартуская городская клиническая детская больница

С целью улучшения охраны здоровья детей дошкольного возраста проводился всесоюзный смотр работ детских дошкольных учреждений, а также углубленные медицинские осмотры по программе комплексного изучения состояния здоровья. Выяснилось, что в младшей возрастной группе (0-4 года) от 6,2 до 12,5% детей страдали хронической патологией и нуждались в своевременном выявлении, лечении и диспансеризации. Проведение этой работы целесообразно в детских дошкольных учреждениях, в специальных группах /1, 2/.

До 1973 года в г. Тарту работало две санаторные группы для инфицированных детей или для детей с угрозой туберкулеза. С 1973 по 1980 г. при восьми детских дошкольных учреждениях было открыто 14 специальных групп для детей с отклонениями в состоянии здоровья. За 1980 год в специальных группах наблюдалось и лечилось 253 ребенка по поводу затяжной патологии пяти разных органсистем. Во всех специальных группах помимо повседневной воспитательно-педагогической работы проводится регулярное лечение детей с назначением соответствующих врачей-специалистов. Лечебные группы комплектуются из 15-20 детей, куда дети поступают по решению лечебно-педагогической комиссии.

Первые лечебные группы были открыты в 1973 г. в детсадах № 33 для детей с перинатальной энцефалопатией и расстройствами опорно-двигательной системы. Так как успешность лечения детей с энцефалопатией зависит от последовательности рано начатого лечения, то создана одна группа для детей ясельного, две группы для детсадовского возраста. Данные группы работают круглосуточно. Дети регулярно обследуются неврологом, психиатром, ортопедом, врачом по лечебной физкультуре. В лечебном комплексе важное место занимают лечеб-

ная физкультура, плавание и массаж, проводимые опытными инструкторами. Проводятся логопедическое и медикаментозные курсы лечения.

По мере улучшения состояния здоровья дети переводятся в общие группы. Средний срок пребывания детей в лечебных группах в последние годы — год и два месяца.

Лечебно-профилактическая группа для детей с ортопедическими отклонениями или легкими формами перинатальной энцефалопатии работает и при яслях-садах № 32. Так как учреждение небольшое (всего на 140 детей), то здесь нет специальной группы — педагогические занятия проводятся в возрастных группах. Лечебная физкультура проводится 3 раза в неделю. Дети занимаются в трех подгруппах, укомплектованных в расчете на возраст и диагноз. Всем детям профилактическо-лечебной группы за год предусмотрено 2 курса массажа. При учреждении работает массажист с нагрузкой в размере одной ставки и инструктор по лечебной физкультуре на 0,5 ставки.

Данное учреждение обслуживает детей работников одного завода, находится на окраине города, далеко от детской поликлиники. Организация такой группы существенно улучшает состояние здоровья детей и экономит время родителей.

В яслях-саде № 34 работают две группы детей с задержкой психомоторного развития на уровне дебильности. Создание специальной группы для таких детей создало условия для сохранения ритма педагогической работы в группах детей с нормальным возрастным развитием. До поступления все дети были обследованы для выяснения причин задержки психомоторного развития (аномалия обмена веществ, врожденные инфекции и т.д.). В коллективе дети находятся под наблюдением психиатра, который по мере надобности назначает медикаментозное лечение. Групповыми воспитателями работают дефектологи. Применяются специальные меры для улучшения психомоторного развития и речи. Закаливающими процедурами являются воздушные ванны и обливание ног. Группы работают круглосуточно и дети находятся в специальных группах до поступления во вспомогательную школу. Целенаправленной работой достигается улучшение речи и углубление умений и навыков самообслуживания детей.

В 1977 г. две лечебные группы для детей с близорукостью и страбизмом были созданы в яслях-саде № 36. Для проведения специального лечения имеется офтальмологический кабинет, оборудованный различной современной аппаратурой (синоптофор, корректор-локализатор, ортоптический тестер, аппарат для

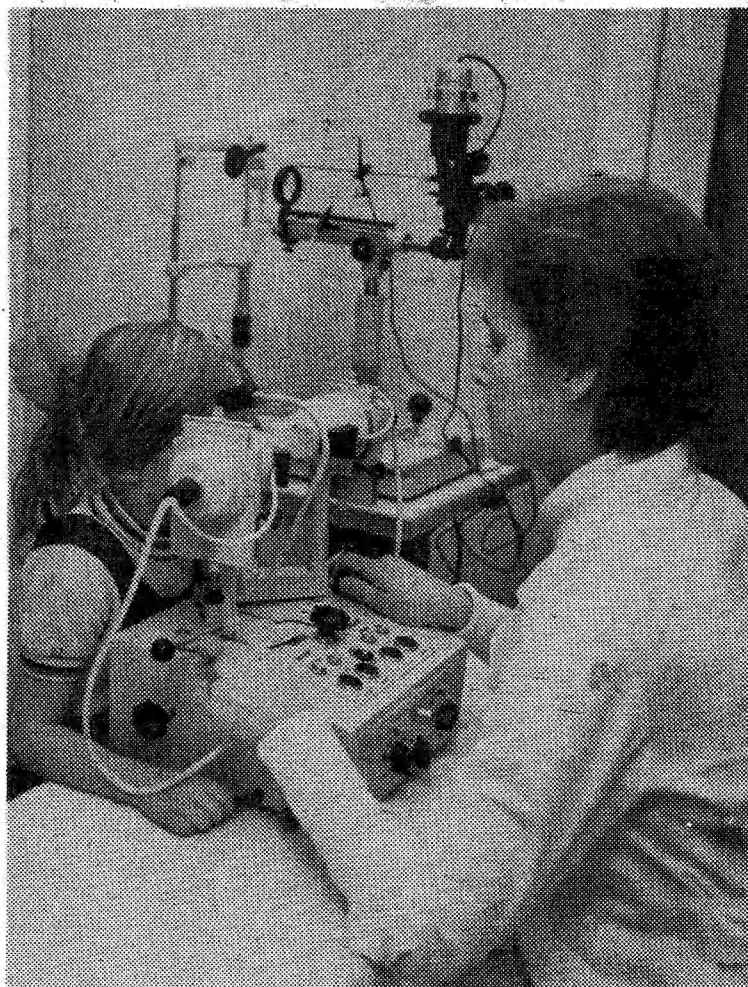


Фото 6. Занятие в офтальмологическом кабинете
яслей-сада № 36.

тренировки бинокулярного зрения и т.д.). Аппаратное лечение проводит сестра-ортопист под руководством офтальмолога. Кроме того, проводятся специальные занятия, развивающие чувство ритма и координацию. Лечебной физкультурой дети занимаются 3 раза в неделю, закаливающие процедуры в виде влажного обтирания — каждый день после дневного сна. Совокупность лечебных и педагогических занятий обуславливает напряженный режим дня. Поэтому родителям рекомендуется ежедневно гулять с детьми по крайней мере полтора часа.

Для детей с расстройствами речи укомплектованы 4 логопедические группы: по 2 группы для эстонских и русских детей (в яслях-саде № 6 и № 9). Кроме плановой педагогической работы проводятся как индивидуальные, так и групповые логопедические занятия. Срок лечения от 6 месяцев до одного года. После корригирования речи дети направляются в общую группу детского сада, в школу или в логопедический класс XI восьмилетней школы.

Физио-пульмонологические лечебные группы работают в яслях-садах № II и № 20. Кроме детей с туберкулезным очагом, здесь лечат и детей, перенесших острое воспаление легких или страдающих затяжной бронхо-легочной патологией. В группах соблюдается санаторный режим: дети находятся много на воздухе, проводится лечебная физкультура, а также закаливающие процедуры в виде воздушных ванн и обливания ног. Повышенные суточные денежные суммы на питание позволяют включать в меню добавочное количество соков, свежих овощей и фруктов. В регулировании лечения и режима в санаторных группах педиатру помогает фтизиатр, посещающий группы ежеквартально.

Оценивая итоги работы лечебных групп детских ясель-садов в г. Тарту за три последние года, можно отметить, что число детей в них ежегодно увеличивалось на одну группу (табл. I). Так как часть детей пребывала в лечебных группах от 2 до 6 лет, общее число детей за анализируемые 3 года составило 473. Из числа детей, покинувших детское учреждение (не включая детей с задержкой умственного развития), выздоровело от 20 до 35%, остальные поправились частично.

Наилучшими являются итоги лечения детей с физио-пульмонологической патологией, среди которых полное выздоровление достигнуто у 35% детей. Ортопедические отклонения ликвидировались у 30% детей, полное корригирование речи достигалось в логопедических группах в среднем у 30% детей. Дети с энцефалопатией и глазными заболеваниями поправляются в лечебных

Таблица I

Результаты лечения в группах

Специальность группы	Годы	Число детей	Из детей, покинувших группу	
			Поправились частично	Выздоровели
Ортопед. и энцефалопат. 33 ясли-сад	1978	29	6	7
	1979	42	9	10
	1980	51	15	9
Задержка умственного развития 34 ясли-сад	1978	13	-	-
	1979	13	-	-
	1980	24	-	-
Глазные заболевания 36 ясли-сад	1978	30	7	-
	1979	32	3	-
	1980	32	14	-
Расстройства речи 6 и 9 ясли-сад	1978	61	-	-
	1979	61	23	21
	1980	61	4	19
Фтизио-пульмонологические заболевания II и 20 ясли-сад	1978	44	6	10
	1979	38	8	5
	1980	39	2	9
Профил.-лечебн. ортопед. и энцефалопатия 32 ясли-сад	1978	30	16	3
	1979	48	14	7
	1980	46	16	5
Всего детей в лечебных группах	1978	207	35	20
	1979	234	57	33
	1980	253	51	32
Всего лечилось детей за 3 года		473		

группах частично. Так, из 14 детей, покинувших лечебную группу глазных заболеваний в 1980 году, у всех достигнуты хорошие результаты - хорошее зрение, бинокулярное зрение или одновременное зрение обоими глазами.

Результаты лечения детей в лечебных группах детских дошкольных учреждений города Тарту подтверждают, что эти группы вполне себя оправдывают.

Литература

1. Игнатъева Р.К., Максимова Г.М. Состояние и динамика основных показателей здоровья детского населения СССР. - Педиатрия, 1980, 2, 3-6.
2. Новикова Е.Ч. К новым достижениям в охране здоровья матери и ребенка в одиннадцатой пятилетке. - Педиатрия, 1981, I, 3-7.

SOME RESULTS OF THE WORK OF NURSING GROUPS AT KINDERGARTENS OF TARTU

E. Samarüütel, H. Tälli

S u m m a r y

There are 14 nursing groups for children with disorders or chronic diseases at 9 kindergartens of Tartu. 253 children were educated and treated in these groups in 1980. $\frac{1}{3}$ of the children recovered. The best results have been achieved in children with logopedic disorders and with broncho-pulmonary disturbances.

АДАПТАЦИЯ НОВОПРИБЫВШЕГО В ДЕТСКИХ ДОШКОЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Э.Ю. Самаринцев, К.Э. Тяли

Кафедра педиатрии ТГУ

Тартуская городская клиническая детская больница

На первом году жизни мир ребенка ограничивается домом. В домашней обстановке нервная система ребенка уравновешена. По прибытии ребенка в дошкольное учреждение необходима перестройка имеющихся стереотипов в связи с изменениями быта. Из-за возрастных особенностей нервной системы ребенок раннего возраста трудно приспосабливается к изменению помещения, микроклимата, питания, ухаживающего лица и т.д. Привыкание к новой обстановке требует времени. Адаптационный период может быть физиологическим, напряженным или патологическим. Изменение сна и аппетита, отрицательные эмоции – все эти моменты делают адаптационный период напряженным и способствуют заболеванию новоприбывшего ребенка. При патологической адаптации ребенок совсем не в состоянии свыкнуться с коллективом.

Приспосабливание зависит прежде всего от возраста ребенка – легче привыкают дети в возрасте 10–11 месяцев, полутора лет и в пятилетнем возрасте. Тяжело привыкают к коллективу годовалые дети, а также дети в 2–3-летнем возрасте. Значение имеют и психо-физиологические особенности ребенка, уровень его психомоторного развития и его предыдущих привычек /1, 2, 3, 4/.

В процессе приспособления ребенок прежде всего изучает незнакомую среду, вырабатывая в этой обстановке соответствующую модель действия и общения. При сильной адаптации преобладают положительные эмоции, чужая же обстановка и новые, непонятные ребенку требования вызывают у него психическую напряженность – фрустрацию. В таком случае защитные силы ребенка ослабевают. Большинство новоприбывших детей в адаптационный период заболевает. Это связано с комплексными факторами. Для понижения чисто инфекционного фактора следует чаще проветривать и облучать ультрафиолетовым аппаратом групповые комнаты. Рекомендуется и профилактическое исполь-

зование интерферона новоприбывшим во время адаптационного периода /1, 2/.

Для облегчения приспособления детей в детских коллективах города Тарту с 1977 года введен адаптационный режим для новоприбывших. Прежде всего предусмотрена встреча с родителями. Родители знакомятся в торжественной обстановке с персоналом яслей, с помещением. Ребенок привыкает тем легче, чем меньше моментов изменяется в его жизни. Поэтому важно, чтобы родители знали бы режим яслей и уже до введения ребенка в коллектив ввели бы подобный режим дня дома. Обязательную беседу с родителями проводит врач. Одновременно родителям сообщают, когда ребенка привести в первый раз в коллектив. За неделю в яслевую группу принимают на более трех новых детей. Такой режим работы является щадящим для ребенка и удобным для персонала, ведь новый ребенок нуждается в большем внимании. По нашим наблюдениям, адаптационный период длится один месяц. Целесообразно приводить ребенка за один месяц до окончания годового отпуска матери, что делает возможным постепенно включить ребенка в коллектив дошкольного учреждения. На первой неделе нужно приучить ребенка рано вставать, утром его приводят в группу, но оставляют там лишь на несколько часов, чтобы он познакомился с детьми и воспитательницами. На второй неделе ребенок привыкает к кроватке, к условиям сна, но домой его берут до сна или оставляют спать в группе только через день. На третьей неделе ребенок спит днем в группе. Продолжительность пребывания в яслях на четвертой неделе зависит от привыкания и реакции поведения ребенка.

Эффективность адаптационного режима можно оценить на основе поведения и заболеваемости новоприбывших детей.

Была сопоставлена частота заболеваемости новоприбывших детей в коллективах в 1977 году, когда адаптационный режим сперва проводился только в единичных детских коллективах и в 1979 году, когда данный режим был внедрен во всех дошкольных коллективах г. Тарту. В 1977 году в детские коллективы поступило 2648 детей. Самая высокая заболеваемость наблюдалась среди детей первой ясельной группы - все дети заболевали в первые три месяца неоднократно, а 1/4 из них - более трех раз (табл. 1).

После внедрения адаптационного режима в 1979 году всего поступило 1534 ребенка. И в тот год все дети, поступившие в коллектив в возрасте от 9 месяцев до 1 года 6 месяцев, забо-

Таблица I

Заболееваемость новопробывших детей в детских коллективах за первые три месяца

Возраст детей	Год поступления	Число детей	Не заболели	З а б о л е л и			
				1 раз	2 раза	3 раза	более 3 раз
9 мес.	1977	401	-	-	100(25%)	200(50%)	101(25%)
1 г. 6 мес.	1979	274	-	156(57%)	40(29%)	38(14%)	-
1 г. 7 мес.	1977	722	130(18%)	252(35%)	188(26%)	101(14%)	51(7%)
2 г. 6 мес.	1979	454	95(21%)	136(30%)	132(29%)	82(18%)	9(2%)
2 г. 7 мес.	1977	599	150(25%)	192(32%)	150(25%)	78(13%)	30(5%)
3 г. 6 мес.	1979	338	101(30%)	108(32%)	85(25%)	34(10%)	10(3%)
3 г. 7 мес.	1977	426	187(44%)	150(35%)	65(15%)	16(4%)	8(2%)
4 г. 6 мес.	1979	233	96(41%)	75(32%)	46(20%)	12(5%)	4(2%)
4 г. 7 мес.	1977	267	126(47%)	93(35%)	37(14%)	8(3%)	3(1%)
5 г. 6 мес.	1979	129	63(49%)	46(36%)	15(12%)	4(3%)	-
5 л. 7 мес.	1977	233	116(50%)	70(30%)	35(15%)	5(2%)	7(3%)
6 л. 6 мес.	1979	106	49(46%)	36(34%)	19(18%)	2(2%)	-

лели в течение первых трех месяцев, но частота заболеваемости резко сократилась. Более половины детей заболели только один раз, но ни один ребенок не болел более трех раз. Существенно понизилось число детей, болевших 3 раза ($p < 0,05$).

Хотя среди детей старших возрастных групп (от 1 года 7 месяцев до 2 лет 6 месяцев и от 2 лет 7 месяцев до 3 лет 6 месяцев) после внедрения адаптационного режима немного повысился процент незаболевших детей и уменьшился процент более трех раз болеющих детей, сдвиги не оказались статистически достоверными.

Из детей садового возраста в среднем 45% новоприбывших не заболели, а 35% заболели всего один раз. Заболеваемость оказалась одинаковой в оба проанализированных года. Следовательно, заболевание новоприбывших детей садового возраста меньше связано с трудностями адаптации, чем у детей ясельного возраста.

Сравнение заболевания детей всех возрастных групп выявило, что дети в возрасте от 9 месяцев до 1 года 6 месяцев до внедрения адаптационного режима существенно чаще болели более трех раз, чем дети старших возрастных групп ($p < 0,005$). Число детей, незаболевших за первые три месяца, увеличивается с возрастом и от 5 лет 7 месяцев до 6 лет 6 месяцев существенно выше, чем в возрасте от 1 года 7 месяцев до 2 лет 6 месяцев ($p < 0,05$).

Один раз заболела в среднем 1/3 из детей всех возрастных групп старше полутора лет. Двухкратно болела 1/4 часть из детей ясельного и 1/6 часть из детей садового возраста.

По нашим наблюдениям, адаптационный режим для детей садового возраста рекомендуется ввести для понижения нервной напряженности новоприбывших. Продолжительность адаптационного режима для детей старше трех лет может быть индивидуальной в зависимости от характера приспособления ребенка, но не менее 1-2 недель.

Выводы

1. Внедрение адаптационного режима существенно понижает заболеваемость среди детей младшей ясельной группы.

2. Дети садового возраста одинаково редко заболевают три или более раз до и после внедрения адаптационного режима.

Литература

1. Аксарина Н.М. Воспитание детей раннего возраста. М., 1972, 216-223.
2. Мышкис А.С. О некоторых вопросах адаптации. - Дошкольное воспитание. 1980, 6, 34-38.
3. Lunge, A. Tundmuste kasvatamine. Tallinn, 1972.
4. Schmidt-Kolmer, E. Die Entwicklung der sozialen Adaptation in der frühen Kindheit. - Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1980, 74, 401-410.

ADAPTATION OF NEWCOMERS AT CHILDREN'S PRE-SCHOOL ESTABLISHMENTS

E. Samarüütel, H. Tälli

S u m m a r y

To facilitate adaptability difficulties of infants under three years old joining the children's collectives, the adaptation period regimen is applied at the kindergartens of Tartu. During a month a child gradually gets used to the life of the collective, the time spent at kindergarten is prolonged from week to week. The regimen of adaptation spares all the physiological functions of a child. Due to the application of the adaptation regimen the recurrent cases of falling ill of infants-newcomers (1-3 years old) decreased remarkably.

**ЗАБОЛЕВАНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ
РАННЕГО ВОЗРАСТА ПО ДАННЫМ ТАРТУСКОЙ ДЕТСКОЙ
КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ**

Т.А. Тальвик, В.Х. Кару, Х.-Л.А. Мязпалу, А.Э. Ведлер
Кафедра неврологии и нейрохирургии ТГУ,
Тартуская городская клиническая детская больница

Снижение детской смертности и инвалидности является одной из самых важных задач современной педиатрии. Причины инвалидности с течением времени изменялись, что отражается и в изменении профиля бывшего Тартуского I дома ребенка.

Тартуский I дом ребенка с 1949 года был специализированным заведением и клинической базой кафедры педиатрии Тартуского государственного университета. В этот период (1949-1968) он предназначался для детей с хронической формой дизентерии. Коллектив I дома ребенка под руководством главного врача В. Кару достиг хороших результатов в реабилитации больных детей благодаря систематическому закаливанию (аэротерапия, водные процедуры и т.д.), в связи с чем заметно снизилась заболеваемость в ОРЗ и пневмоний, и в течение 9 лет (1949-1957) в учреждении не было ни одного смертного случая. За достигнутые успехи коллективу в 1950 году (главный врач В. Кару) была присвоена государственная премия Советской Эстонии.

С 1965 по 1968 год заболеваемость дизентерией заметно снизилась, и по предложению кафедры педиатрии ТГУ П.Х. 1968 Минздрав Эст. ССР перепрофилировал 20 коек (из 60-ти) для лечения детей с поражением опорно-двигательного аппарата и умственной отсталостью. Благодаря этому клиническая база кафедры педиатрии ТГУ расширилась, что улучшило обучение студентов вновь созданного педиатрического отделения медицинского факультета (в 1967 г.). Постепенно увеличивался коечный фонд для детей с поражением центральной нервной системы за счет уменьшения коек для больных с хронической дизентерией, и с 1 января 1972 года дом ребенка был перепрофилирован домом для дефективных детей. В связи с этим изменились и штаты, были приглашены логопед, педагоги и создан физиоте-

рапевтический кабинет. В это время в данном учреждении находились дети с разными заболеваниями, сопровождающимися умственной отсталостью (синдром Дауна, детские церебральные параличи, врожденный токсоплазмоз, фенилкетонурия, гидроцефалия и т.д.). Из этих больных особенно активной реабилитацией требовали дети с детскими церебральными параличами, и в 1973 году были созданы кабинеты ЛФК и массажа. В эти годы (1971-1973) под руководством кафедры педиатрии было проведено исследование по изучению причин дефективности у 100 детей /1/.

Учитывая частоту детского церебрального паралича в республике (в среднем 7:1000, /2/) и уже накопленный опыт лечения таких детей, в 1973 году было выделено 15 коек для лечения детей с детскими церебральными параличами и расширили кабинет ЛФК, физиотерапии и массажа. С тех пор наладились тесные контакты с Всесоюзным восстановительным центром ДЦП и его руководителем проф. К.А. Семеновой. Сотрудники дома ребенка (врачи, массажисты, логопед) неоднократно направлялись туда на усовершенствование.

Успешные результаты лечения детей с детскими церебральными параличами и отсутствие специализированного учреждения для таких детей в Эстонии обусловило решение Минздрава Эст. ССР включить данное учреждение в состав Тартуской городской клинической детской больницы как психоневрологическое отделение (с 1 января 1978 г.). Созданное отделение было предназначено для детей в возрасте до 4 лет с остаточными явлениями ante- и интранатальных повреждений Ц.Н.С. (детские церебральные параличи, поражение спинного мозга и плечевого сплетения и т.д.), с остаточными явлениями после нейротравм и нейроинфекций, прогрессирующими нервномышечными и другими заболеваниями нервной системы. С этого времени отделение стало также клинической базой кафедры неврологии и нейрохирургии ТТУ. Данная реорганизация существенно улучшила помощь детям с неврологическими заболеваниями, так как связь между сотрудниками соответствующих кафедр (кафедры педиатрии и неврологии и нейрохирургии) и специалистов больницы стала более тесной - были введены систематические осмотры детей сотрудниками кафедры неврологии и нейрохирургии вместе с заместителем главного врача по медицинской части Тартуской клинической городской детской больницы. В связи с реорганизацией Тартуского I дома ребенка в психоневрологическое отделение Тартуской городской клинической детской больницы изменился



Фото 7. Работа в кабинете массажа с обучением матерей.



Фото 8. Медсестра физиотерапевтического кабинета А.Кярнер проводит обмотку Кенни.



Фото 9. Здание IV отделения Тартуской городской клинической детской больницы (ул. Лаурастини 14).

и контингент госпитализированных детей.

Для изучения структуры диагнозов детей, находившихся на лечении в этом отделении в течение последних двух лет, были проанализированы истории болезни 301 ребенка. Кроме того, более детально была проанализирована группа детей с детскими церебральными параличами (распределение по отдельным формам болезни, соотношение полов, выявление судорожного синдрома у этих детей и т.д.).

На основе нашего материала выяснилось, что наиболее частой патологией первых 4 лет является анте- и интранатальные поражения центральной нервной системы (детские церебральные параличи и повреждение спинного мозга), которые составляли 79%.

При этом поражение спинного мозга на нашем материале встречается почти 13 раз реже, чем поражение головного мозга. Распределение по диагнозам и по полу приведено в таблице I.

Таблица I

Распределение больных по диагнозам и по полу

Диагноз	Число больных	%	П о л	
			М	Ж
1. Д.Ц.П.	240	79,7	150	90
Спастическая диплегия	146	60,4	94	52
Двойная гемиплегия	19	7,9	14	5
Правосторонний гемипарез	22	9,2	12	9
Левосторонний гемипарез	20	8,3	10	10
Гиперкинетическая форма	2	0,8	-	2
Атоническая астатическая форма	32	13,3	20	12
2. Поражение спинного мозга	18	6,0	9	9
3. Посттравматическая энцефалопатия	1	0,3	1	-
4. Остаточные явления после менингита и менингоэнцефалита	14	4,7	7	7
5. Гидроцефалия	4	1,3	3	1
6. Нервно-мышечные заболевания	3	1,0	3	-
7. Эпилепсия и судорожный синдром	5	1,7	3	2
8. Отставание в психомоторном развитии неясной этиологии	16	5,3	8	8
В с е г о	301		184	117

Как видно из таблицы, наблюдается довольно большое число детей /16/ с отставанием умственного развития неясной этиологии, которое скорее всего обусловлено разными наследственными дефектами обмена веществ. Сравнительно небольшое число детей /4/ с эпилепсией и судорожным синдромом можно объяснить тем, что в это отделение дети попадают довольно рано, а судорожные синдромы и эпилепсия часто проявляются позднее.

Соотношение полов в пользу мальчиков встречается в группе детского церебрального паралича (соответственно 1,7:1) и в группе нервно-мышечных заболеваний, при других заболеваниях соотношение полов почти равное (табл. 1).

При более детальном анализе детей группы детского церебрального паралича (ДЦП) выяснилось, что самой частой формой ДЦП являлась спастическая диплегия (60,8%), другие формы встречались реже - гемипаретическая 17,5%, гиперкинетическая форма - 0,8%. При этом необходимо отметить, что на нашем материале правосторонний и левосторонний гемипарез встречались с одинаковой частотой (21:20). По литературным данным, правосторонний гемипарез встречается чаще /3, 4/. В этой группе детей наблюдалось явное преобладание мальчиков, что особенно выражено среди детей со спастической диплегией и аstaticкой-атонической формы ДЦП, зато в группе детей с гемипаретической формой соотношение мальчиков и девочек 1:1, так как и в группе детей с поражением спинного мозга. Однако на преобладание мальчиков в группе детей с детскими церебральными параличами указывали и другие авторы /5, 6/.

Анализ психического и речевого развития детей с ДЦП показал, что у всех детей с двойной гемиплегией и аstaticкой-атонической формой ДЦП наблюдалось выраженное отставание умственного и речевого развития. При других формах ДЦП умственная отсталость и отставание в развитии речи наблюдались реже и в менее выраженной степени (в 42-52% случаев).

При анализе проявления судорожного синдрома у детей с ДЦП выяснено, что в 24% случаев у детей с двойной гемиплегией наблюдались судороги, зато у детей со спастической диплегией в 5,5% и при гемипарезах в 9,8% случаев. Эти данные хорошо согласуются с литературными /7/.

Исходя из этих данных надо подчеркнуть, что одновременное поражение моторной, речевой и психической сферы ребенка при разных формах ДЦП требует восстановительного лечения всех этих функций, т.е. сотрудничества врача невропатолога, логопеда, специалиста ЛФК и массажиста, и только такое кол-

Лективное лечение обеспечивает хорошие результаты.

Литература

1. Karu, V., Vedler, A. Varaealiste laste vaimse alaarengu põhjusel. - Nõukogude Eesti Tervishoid, 1975, 3, 193-196.
2. Тальвик Т. Реабилитация детей с детскими церебральными параличами. - В кн.: Реабилитация неврологических и психиатрических больных. Тарту, 1979, 15-16.
3. Семенова К. Детские церебральные параличи. М., 1971, 10-50.
4. Gordon, N. Cerebral palsy. *Pediatric Neurology*. Lowenhan, 1976, 134-154.
5. Thoru, I. Cerebral symptoms in the newborn, Copenhagen, 1969.
6. Denhoff, E. Cerebral palsy: Medical aspects. Единбург, London, 1964.
7. Семенова К. О носологической сущности детского церебрального паралича. - В кн.: Актуальные вопросы детской неврологии и клинической генетики. Таллин, 1978, 6-10.

THE NEUROLOGICAL MORBIDITY OF INFANTS AND CHILDREN ON DATA OF TARTU CLINICAL CHILDREN'S HOSPITAL

T. Talvik, V. Karu, L. Mäepalu, A. Vedler

S u m m a r y

The 4th department of Tartu Clinical Children's Hospital was formed on Jan 1 st 1978 from the 1 st Tartu Children's House.

It was the psychoneurological department for treatment of children with cerebral palsy, spinal cord injury, neuromuscular disease, epilepsy and other diseases of nervous system, as well as for cure of the sequels after neurotrauma and neuroinfections.

The case histories of 301 children who were hospitalized during the last two years were analysed.

The main pathology on our material of children up to 4 years consist of cerebral palsy (60.8% of all patients).

The best results were achieved by the well-timed treatment of children with cerebral palsy.

ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЕЧНОЙ МЫШЦЫ ПРИ РАЗНЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

М.-Л.Э. Мяги, К.К. Митт, А.А.-Г. Ормиссон,
Л.А. Майпуу, М.Э. Ратник, С.В. Саар

Тартуская городская клиническая детская больница,
кафедра педиатрии ТГУ

В последнее время замечается повышение удельного веса разных инфекций в патологии новорожденных детей. При этом часто выявляется нарушение сердечной деятельности разной степени, которое является причиной удвоенного выздоравливания. В основе своей они обусловлены токсическим влиянием инфекции, изменениями обмена в миокарде и развитием дистрофических процессов.

При постнатальных различных инфекционных заболеваниях часто имеет место гипоксия /1/. Установлено, что гипоксия независимо от причин, вызвавших ее, оказывает неблагоприятное влияние на состояние сердечно-сосудистой системы. При глубокой гипоксии и ацидозе могут развиваться тяжелые циркуляторные нарушения с последующими обменно-дистрофическими изменениями в миокарде /2, 3/, даже до субэндокардиального некроза /4/ или дисфункции папиллярной мышцы /4, 5/.

Экспериментально показано, что причиной электрофизиологических нарушений в клетках миокарда имеет преимущество гипоперфузия с ишемией перед гипоксией /6/.

Клиническими признаками поражения мышцы являются периоральных или акроцианоза, изменение тонов и ритма сердца, выслушивается систолический шум, возможна кардиомегалия.

Целью данной работы является выявление тяжести и длительности течения поражения сердечной мышцы при разных бактериальных инфекциях у детей первых месяцев жизни.

В работе обследуется 27 детей с дистрофией миокарда в возрасте от 3 дней до 3 месяцев, которые находились на лечении в отделении патологии новорожденных Тартуской городской клинической детской больницы. Из них 5 болели сепсисом, 8 уроинфекцией, 5 омфалитом и 9 другими очаговыми инфекциями. 16 детей были недоношенными, 11 доношенными. Первые признаки

инфекции выявлялись у II детей в возрасте первой недели жизни, у I2 - на 2-4 неделе жизни и у 4 на втором месяце жизни. Тяжелое течение основной болезни наблюдалось у 7 детей, среднетяжелое - у I5 и легкое - у 5.

Клинические симптомы поражения сердечной мышцы выявились у I3 детей на 3-14 день заболевания, у I4 детей на - I5-60 день заболевания. У всех детей встречались периоральный цианоз, у 7 акроцианоз, у 2I приглушение первого или обоих тонов на верхушке сердца. У 2I ребенка отмечался систолический шум функционального характера на верхушке, в том числе у I из них шум был сильным, у I0 средним и у I0 слабым. Тахикардия замечалась у 7 детей, брадикардия у 3. Явных признаков кардиоваскулярной недостаточности ни у одного из обследованных не наблюдалось. Только у 2 имела место кардиомегалия при рентгенологическом исследовании. Данные общеклинических и биохимических исследований соответствовали характеру и тяжести инфекции, при этом у I4 детей наблюдалось повышение аминотрансферазов от I2,6 до 2I,6 ед., у одного до 4I,0 ед.

Электрокардиографические исследования проводили детям при выявлении первых клинических признаков поражения сердечной мышцы и в дальнейшем в I0-20, 2I-30, 3I-40 и 4I-55 день лечения до исчезновения кардиальных симптомов (табл. I). При исчезновении нарушения реполяризации и клинических симптомов дальнейшие исследования не проводились.

При анализе ЭКГ рассматривались показатели вольтажа, отношения R:P и T:P и смещение сегмента ST, как самые чувствительные показатели дистрофических изменений в миокарде. Общепринятыми нормами соответствующих показателей считали вольтаж выше I5 мм, R:R до I:3, T:R до I:5.

У 27 детей при первом обследовании средний показатель R:R отличался от нормы на 6,07, показатель T:R на 5,52. При этом из 27 обследованных сильные нарушения реполяризации встречались у I3, т.е. у I/2, умеренные - у 6 и слабые - у 4 детей. У I3 детей с сильными нарушениями реполяризации наблюдались более выраженные клинические симптомы (систолический шум, цианоз и т.д.). На втором исследовании наблюдалось понижение среднего показателя T:R на 3,20, но разница статистически не достоверна ($p > 0,05$), показатель R:R не показывал динамику. У 8 детей значительно уменьшалось нарушение реполяризации, которое у 6 детей было значительно выражено при первом исследовании. У 4 детей наблюдалось на 3 или 4 обследовании углубление нарушения реполяризации в связи с

Таблица I.

Показатели реполяризации у детей в динамике

	I	II	III	IV	V
$M \pm$ \bar{E}	N = 27	на 10-20 день П = 19	на 21-30 день П = 12	на 31-40 день П = 10	на 41-55 день П = 11
$M \pm$ \bar{E}	28,25 \pm 1,01	28,21 \pm 0,99	28,66 \pm 1,86	30,60 \pm 1,44	31,82 \pm 2,28
\bar{E}	5,25	4,34	6,44	4,55	7,57
$M \pm$ $P_T:R$ \bar{E}	9,07 \pm 1,09	9,58 \pm 0,75	10,08 \pm 0,97	10,50 \pm 0,72	12,55 \pm 1,53
\bar{E}	5,63	3,25	3,37	2,27	5,05
$M \pm$ $T:R$ \bar{E}	10,52 \pm 1,42	7,32 \pm 0,80	11,17 \pm 1,42	8,20 \pm 0,92	9,27 \pm 0,94
\bar{E}	7,34	3,52	4,90	2,92	3,15

ухудшением общего состояния. II детей нуждались в обследовании еще на 4I-55 день лечения, из них у 9 сохранились нарушения реполяризации, при этом у 2 сильные.

Обследованные дети были выписаны клинически выздоровевшими, но у некоторых сохранялось умеренное нарушение реполяризации. Им продолжалось соответствующее лечение дома и за ними наблюдали до полного выздоровления, которое в некоторых случаях продолжалось до конца первого полугодия жизни. По нашим наблюдениям, всякие новые заболевания у этих детей легче вызывают новые дистрофические изменения в миокарде.

Таким образом, из вышеприведенных данных выявляется, что поражение сердечной мышцы может возникать при разных, даже при легких очаговых бактериальных инфекциях в возрасте первых трех месяцев жизни. При сильно выраженных клинических симптомах наблюдаются более сильные нарушения реполяризации. Дистрофические изменения миокарда сохраняются на длительное время, даже после выздоровления от основной болезни. Дети, у которых в первые месяцы жизни имели место дистрофическое поражение миокарда при инфекциях, нуждаются в кардиологическом диспансерном наблюдении не менее до конца первого года жизни.

Литература

1. Ливдане Е.Я. О постнатальной тканевой гипоксии у недоношенных детей с инфекционной патологией. - *Вопр. охр. мат.*, 1980, 10, 50-52.
2. Состояние сердечно-сосудистой системы новорожденных, перенесших гипоксию. - *Справочник по педиатрии.* / Под ред. Устиновича А.К. Минск, 1979, 216-218.
3. Cabal L.A., Devaskar U., Siassi B. et al. Cardiogenic shock associated with perinatal asphyxia in preterm infant. - *J. Pediatr.*, 1980, 96/4, 705-710.
4. Bucciarelli R.L., Nelson R.M., Eitzman D.P., Gessner I.H. Transient tricuspid insufficiency of the newborn: A form of myocardial dysfunction in stressed newborns. - *Pediatrics*, 1977, 59, 330.
5. Nelson E.M., Bucciarelli R.L., Eitzman D.P., Egan E.A., Gessner I.M. Serum creatine phosphokinase M.B. fraction in newborn with transient tricuspid insufficiency. - *M. Engl. J. Med.*, 1978, 298, 146.

6. Finley J.P., Howmann-Giles R.B., Gilday D.L., Bloom K.R., Rowle R.D. Transient myocardial ischemia of the newborn infant demonstrated by thallium myocardial imaging. - J. Pediatr., 1979, 94, 263.

MYOCARDIAL LESION BY VARIOUS NEWBORNS' INFECTIONS.

M.-L. Mägi, K. Mitt, A. Ormisson, L. Maipuu, M. Ratnik,
S. Saar

S u m m a r y

27 newborns and infants were investigated whom during various infections the symptoms of myocardiodystrophy by clinical and EKG investigation were established.

The symptoms of myocardiodystrophy last for a long time during the first month of life, even after the recovery from the basic disease. Of the myocardial lesion occurs, the infants need cardiological follow-up at least until the end of the first year of life.

О МЕТОДАХ ОЦЕНКИ НАРАСТАНИЯ МАССЫ ТЕЛА НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Л.М. Керес, Э.У. Ваарметс, Т.Л. Оло,
Т.Я. Пуусемп, Х.Ю. Рястас
Кафедра педиатрии ТГУ

При выхаживании недоношенных детей одним из важных показателей является достаточное нарастание массы тела ребенка. Для оценки прибавки массы тела обычно применяют соответствующие таблицы, полученные в практике при выхаживании недоношенных детей /1, 2/. Оптимальным и физиологическим масштабом массы тела недоношенного ребенка в первые месяцы жизни является масса плода того же возраста, развивающегося внутриутробно. После рождения у недоношенных детей отмечается более глубокий спад и более медленное восстановление массы тела, чем у доношенных. Вследствие адаптационного периода у недоношенных детей возникает дефицит массы тела по сравнению с массой плода того же возраста. При заболеваниях нарастание массы тела задерживается. Поэтому встречаются большие различия в степени дефицита массы тела недоношенных детей.

Мы поставили цель выяснить информативность показателя дефицита массы тела недоношенного ребенка по сравнению с массой плода того же возраста.

Показатели физического развития вычисляли через каждую неделю. Определяли длительность существования ребенка, т.е. сумму внутриутробной и постнатальной жизни в неделях. Сумма показывает, какому возрасту плода соответствует возраст исследуемого недоношенного ребенка. Для сравнения брали массу тела плода ($M_{\pm I\bar{z}}$) по данным Т.М. Дементьевой и Е.В. Короткой (табл. I). Дефицитом массы тела ребенка считали разницу между массой тела исследуемого ребенка и одним сигмальным отклонением ($-I\bar{z}$) ниже средней массы тела плода того же возраста. Кроме того, определяли процент упитанности, т.е. % массы тела ребенка от средней массы (M) плода по данным Т.М. Дементьевой и Е.В. Короткой /3/. Вычисляли и относительную прибавку, т.е. прибавку (r) на один кг массы тела

Таблица I

Масса тела плода по Т.М. Дементьевой и Е.В. Короткой

Гестационный возраст (нед.)	Масса тела (г)	
	$M \pm I \sigma$	Пределы $\pm I \sigma$
28	1124 \pm 183	941-1307
29	1381 \pm 172	1209-1553
30	1531 \pm 177	1354-1708
31	1695 \pm 212	1483-1907
32	1827 \pm 267	1560-2094
33	2018 \pm 241	1777-2259
34	2235 \pm 263	1972-2498
35	2324 \pm 206	2118-2530
36	2572 \pm 235	2337-2807
37	2771 \pm 418	2353-3189
38	3145 \pm 441	2704-3586
39	3403 \pm 415	2988-3818
40	3546 \pm 457	3089-4003

ребенка в сутки (г/кг/24 часа). При нормальном течении внутриутробной жизни относительная прибавка массы тела тем больше, чем моложе плод. При массе тела плода 1400 г прибавка в сутки в среднем 15 г/кг, при 1800 г 14 г/кг и при 2200 г 13 г/кг /4/.

Были проанализированы результаты лечения 14 недоношенных детей, находившихся в Тартуской городской клинической детской больнице. Масса тела при рождении была от 960 до 1500 - у 3 детей, от 1501 до 1750 г - у 6, и от 1751 до 2000 г - у 5 детей. Из 14 у 4 детей был поставлен диагноз сепсис, у 8 - местные воспалительные процессы.

Из анализа выяснилось, что по характеру изменений дефицита массы тела ребенка можно различать 4 варианта.

I вариант. Дефицит массы тела вообще не возникает.

II вариант. В первые недели возникает дефицит массы тела, затем дефицит постепенно уменьшается и исчезает (табл.2, рис. I). Уменьшение дефицита показывает, что упитанность ребенка улучшается.

III вариант. Возникает дефицит массы тела, который остается на одном уровне. Прибавка массы тела соответствует

Таблица 2

Изменения дефицита массы тела и упитанности ребенка А.П., гестационный
возраст 32 нед., масса тела при рождении 1900 г, диагноз септицемия

Возраст		Масса тела (г)	Дефицит от - I & (г)	Упитан- ность (%)	Прибавка массы тела в предыдущую неделю	
От рождения (нед.)	соответствует возрасту плода (нед.)				Всего (г)	В среднем г/кг/24 часа
3	35	1720	398	74,1		
4	36	1980	357	77,9	260	20,1
5	37	2210	143	79,7	230	15,7
6	38	2640	64	83,9	430	25,6
7	39	2800	188	82,4	160	8,5
8	40	3030	59	85,4	230	11,3

Масса тела (г)

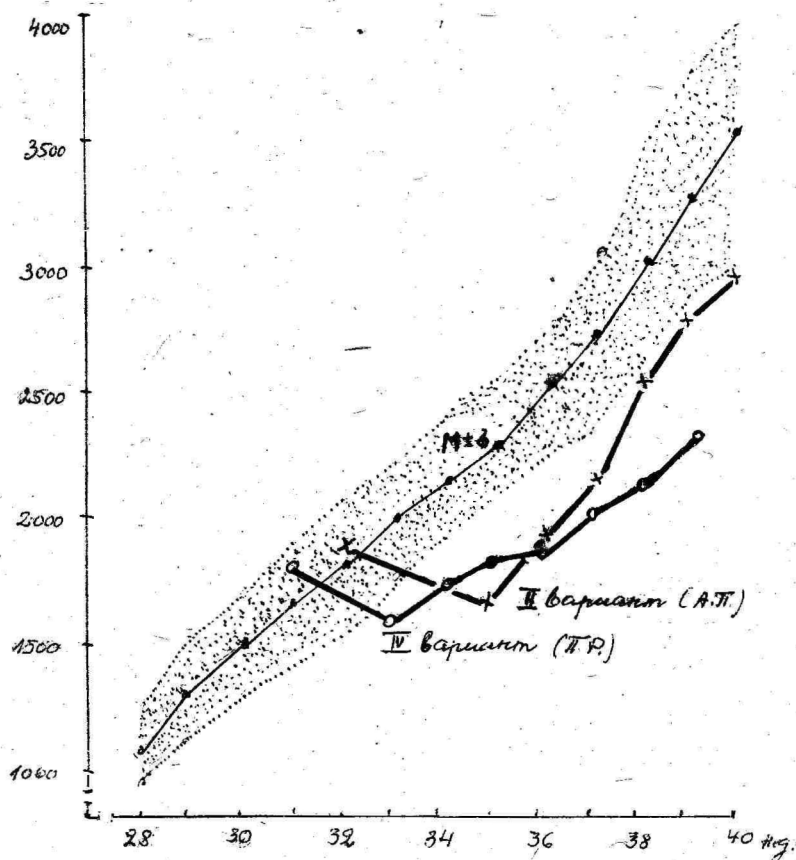


Рис. I. Варианты нарастания массы тела недоношенных детей. Пунктированная зона - масса тела плода ($M \pm 1\sigma$) по Т.М. Дементьевой и Е.В. Короткой.

Таблица 3

Изменения дефицита массы тела и упитанности ребенка П.Р. Гестационный возраст 31 нед., масса тела при рождении 1800 г, диагноз катаральный омфалит, стафилококковый энтероколит

Возраст		Масса тела (г)	Дефицит от -1 ^е (г)	Упитанность (%)	Прибавка массы тела в предыдущую неделю	
От рождения (нед.)	соответствует возрасту плода (нед.)				Всего (г)	В среднем г/кг/24 часа
2	33	1630	-147	80,8		
3	34	1770	-202	78,3	140	11,8
4	35	1840	-278	79,3	70	5,5
5	36	1890	-447	73,5	50	3,7
6	37	2050	-303	74,0	160	11,7
7	38	2160	-544	68,7	110	7,4
8	39	2400	-588	70,5	240	15,0

возрасту. Такие результаты лечения можно оценить как удовлетворительные. Дефицит не увеличивается, а масса ребенка нарастает. Поэтому медленно, но постепенно улучшается упитанность ребенка. Такие недоношенные дети достигают массы тела доношенных после 40 недель существования (сумма длительности внутриутробной и постнатальной жизни). У доношенных детей после рождения возникает физиологическая убыль массы тела и на первый месяц жизни они прибавляют в среднем только 600 г. У недоношенных детей период адаптации был раньше. К этому времени они уже в возрасте 1-2 месяцев, и прибавка составляет в среднем 800-1000 г в месяц. Поэтому массы тела недоношенных и доношенных уравниваются.

IV вариант. Дефицит массы тела постепенно увеличивается (табл. 3, рис. 1). Это показывает, что результаты лечения неудовлетворительные. Если увеличение дефицита незначительное и происходит пропорционально увеличению массы тела, то процент упитанности ребенка держится на одном уровне. При значительном увеличении дефицита ребенок гипотрофируется. При увеличении дефицита необходимо вычислять процент упитанности ребенка.

Из полученных результатов вытекает, что показатель дефицита массы тела недоношенного ребенка по сравнению с массой плода того же возраста хорошо характеризует изменения состояния упитанности и степень нарастания массы тела. При увеличении дефицита массы тела следует выяснить причины недостаточного нарастания массы тела и применять соответствующие меры: коррекция вскармливания и режима, назначение лекарств, активизирующих анаболические процессы.

Вспомогательным показателем для повседневной оценки прибавки массы тела является относительная прибавка - (г/кг/24 часа).

Литература

1. Недоношенные дети. /Под ред. Н.Козевой и Е.Ч. Новиковой. София, 1971.
2. Ладыгина В.Е. Основные показатели физического развития недоношенных детей на первом году жизни. - Педиатрия, 1972, 10, 9-13.

3. Дементьева Т.М., Короткая Е.В. Дифференцированная оценка детей с низкой массой при рождении.- *Вопр. охр. мат.*, 1981, 2, 15-20.
4. Harnack G.-A. Die Ernährung Frühgeborener. Im Buche herausgegeben von H. Opitz und F. Schmid, I Band, II Teil, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New-York, 1971, S. 429-436.

ESTIMATION OF THE BODY MASS INCREASE OF PREMATURE
BABIES

L. Keres, E. Vaarmets, T. Olo, T. Puusemp, H. Rästas

S u m m a r y

To estimate the body mass increase of premature babies in first months no ordinary tables were used, but the norms meant for the embryo of the same age were taken as a basis. Body mass deficiency was calculated considering the fluctuation of the embryo norm by $- 1$ sigma. The data by T.M. Deментьева and E.V. Korotkaya were made use for. Body mass deficiency provides information about the decrease intensity of the baby's nutritional status as well as about its change when the child becomes older. Decreasing deficiency shows improvement of the nutritional status. In case deficiency tends to increase, it is imperative to make corrections in the feeding regimen and treatment to prevent hypotrophy.

ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ СНИЖЕНИЯ СМЕРТНОСТИ ОТ ПНЕВМОНИИ ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ В ГОРОДЕ ТАРТУ

Л.М. Керес; Т.Р. Соо, А.Я. Уйбо

Кафедра педиатрии ТГУ

Тартуская городская клиническая детская больница

В последние десятилетия достигнуты большие успехи в лечении острой пневмонии. Но до настоящего времени летальность от пневмонии не ликвидирована. По данным И.С. Смиян и сотр. /1/, в Тернопольской области пневмония составляла в 1977 году в структуре детской смертности 32,4%. Пневмония является ведущим фактором танатогенеза у больных тяжелыми аномалиями и поражениями во внутриутробный период. По данным Н.А. Пискаревой и сотр. /2/, преморбидное состояние умерших от пневмонии было неблагоприятным у 89% детей. Самый большой риск летального исхода наблюдается у больных пневмонией при острых респираторных вирусных инфекциях (ОРВИ), особенно при гриппе. В грудном возрасте при ОРВИ пневмония возникает довольно часто, по данным Л.С. Карпова и сотр. /3/, у 20,3% заболевших.

Целью работы было выяснить факторы, способствующие летальному исходу больных острой пневмонией грудных детей и перспективы снижения смертности. Были исследованы данные умерших от острой пневмонии грудных детей г. Тарту с 1959 по 1976 год. В течение послевоенного периода достигнуты хорошие результаты в снижении смертности от острой пневмонии (таблица 1). В годы 1947-1949 морталитет от пневмонии составлял 17,0 на тысячу грудных детей, в годы 1977-1979 уровень смертности составил только 2,1, т.е. 8 раза ниже. Самая низкая смертность от пневмонии была с 1968 по 1973 год - 1,0, затем опять повысилась до 2,1% на тысячу.

Удельный вес острой пневмонии среди причин смерти грудных детей с 1956 по 1979 год почти не изменился, он колеблется в пределах от 7,2 до 17,6%.

Для выяснения перспективы дальнейшего снижения смертности от острой пневмонии были проанализированы все случаи смерти с 1971 по 1977 год. В этот период умерли от пневмонии

Таблица I

Изменение смертности грудных детей от пневмонии
в городе Тарту в 1919-1979 гг.

Г о д ы	Смертность грудных детей (на тысячу)		Частота (%) пневмонии среди причин смерти грудных детей
	всего	от пневмонии	
1919 - 1921 (А.Рейман, 5)	153	26	17
1937 - 1939	70	13	19
1947 - 1949	88,1	17,0	19,2
1950 - 1952	42,5	8,4	18,9
1953 - 1955	25,6	6,2	24,1
1956 - 1958	19,4	2,4	12,3
1959 - 1961	21,3	3,6	17,6
1962 - 1964	20,5	3,8	15,6
1965 - 1967	16,5	2,4	14,5
1968 - 1970	14,2	1,0	7,2
1971 - 1973	13,2	1,0	7,9
1974 - 1976	15,5	2,7	17,3
1977 - 1979	15,7	2,1	8,0

21 грудных детей, т.е. в среднем 3 больных в течение года. Возраст детей с летальным исходом был из 21 больных у 7 до 28 дней, у 6 от 29 дней до 3 месяцев, у 5 от 3 до 6 месяцев и у 3 от 6 до 12 месяцев (табл. 2). Таким образом, большинство детей умерло в возрасте до 6 месяцев, только 3 больных были в возрасте от 6 до 12 месяцев. Одна третья часть была новорожденные.

Из 21 больного у одного была врожденная пневмония, у 17 приобретенная вирус-бактериальная и у 3 септической пневмония. Среди 14 детей из 21, т.е. у 2/3 встречались разные сопутствующие диагнозы, способствующие летальному исходу. У 4 была болезнь Дауна, у одного аномалия мозга, у двух внутриутробные инфекции (токсоплазмоз, фиброэластоз), у 3 недоношенность, у одного врожденная гипотрофия, у одного тяжелая внутричерепная родовая травма и у двух увеличение вилочковой железы.

Таблица 2

Сопутствующие диагнозы и возраст больных, умерших
от острой пневмонии в годах 1971-1977

Наличие сопутствующих диагнозов	Число случаев по возрасту				Всего
	от 28 дней	от 29 дней до 3 мес.	от 3 до 5 мес.	от 6 до 12 мес.	
Сопутствующие диагнозы					
Болезнь Дауна	2	2	-	-	4
Аномалия мозга	-	1	-	-	1
Фиброэластоз	-	-	1	-	1
Токсоплазмоз	-	1	-	-	1
Недоношенность	-	1	2	-	3
Врожденная гипотрофия	1	-	-	-	1
Внутричерепная родовая травма	1	-	-	-	1
Увеличение тимуса	-	-	-	2	2
Без сопутствующих диагнозов	3	1	1	1	6
Данные недостаточные	-	-	1	-	1
В с е г о	7	6	5	3	21

У 5 больных была внезапная смерть, они умерли дома. У всех были сопутствующие диагнозы, способствующие неблагоприятному исходу. Кроме того, в 3 случаях были грубые ошибки материнского ухода за ребенком, матери обратились к врачу после смерти ребенка.

У 6 больных тяжелых сопутствующих диагнозов не было. У одного больного была внутриутробная пневмония и ребенок умер в возрасте 8 дней в родильном доме. У 3 больных была вирус-бактериальная и у 2 септическая пневмония. Госпитализация была запоздалой в 3 случаях. В двух случаях участковый педиатр недооценил состояние ребенка и в одном госпитализация ребенка опоздала из-за отказа матери. До 1976 года реанимация детей была недостаточная, так как в Тарту отсутствовало специальное отделение.

Из анализа вытекает, что самый большой риск летального исхода от пневмонии имеет место у больных с ante- и интранатальными поражениями, у недоношенных, у больных с врожденной

гипотрофией и увеличением вилочковой железы. Выяснилось, что летальный исход встречался и у грудных детей без сопутствующих диагнозов.

Дальнейшее уменьшение смертности от пневмонии в г. Тарту вполне возможно. Следует уделять больше внимания укреплению здоровья детей и реабилитации больных с ante- и интранатальными поражениями. Для расширения стационарной помощи недоношенным новорожденным открыли в 1980 году при детской больнице отделение патологии новорожденных и выхаживания недоношенных детей на 30 коек.

У большинства больных причиной тяжелой пневмонии была ОРВИ. Т.А. Черток и сотр. /4/ показали эффективность снижения заболеваемости ОРВИ с применением в эпидемический период интерферонпрофилактики. Для уменьшения заболеваемости и смертности от вирус-бактериальных пневмоний необходимо во время вспышки ОРВИ проводить интерферонпрофилактику всем детям в возрасте до года.

Следует расширить возможности госпитализации больных ОРВИ, бронхитом и пневмонией. Грудных детей с группой риска надо госпитализировать в ранний период заболевания. В наблюдаемый период были недостаточные возможности госпитализации детей при ОРВИ и с пневмонией — отделение не было оксигенированным. Обстановка нормализуется с открытием в Тарту новой детской инфекционной больницы в 1982 году.

Дальнейшее уменьшение смертности от острой пневмонии было бы достигнуто при уменьшении количества детей с врожденными поражениями. Болезнь Дауна встречалась у 4, т.е. у 1/5 части больных пневмонией с летальным исходом. В настоящее время в Тартуском родильном доме антенатальная профилактика хромосомных болезней находится в фазе внедрения.

Литература

1. Смиян И.С., Ходорчук Н.Я., Слободян Л.М., Хитняк Т.А. Значение и место острых пневмоний в структуре детской смертности. — Тезисы докладов всесоюзной научно-практической конференции "Профилактика, диагностика и лечение острых пневмоний у детей". М., 1978, 63-64.
2. Пискарева Н.А., Иванова В.В., Григорьева В.А., Курбатов Г.П. Значение возраста, преморбидного состояния и этиологии заболевания в исходе инфекционных пневмоний

у детей. - Тезисы докладов всесоюзной научно-практической конференции "Профилактика, диагностика и лечение острых пневмоний у детей". М., 1978, 62-63.

3. Карпова Л.С., Попова Т.Л., Гуляева В.Н., Шадрин А.С., Болдасов В.К., Карапац Н.М., Румель Н.Б. Вирусные и микоплазменные пневмонии у детей. - Педиатрия, 1979, 4, II-15.
4. Черток Т.Я., Макарова З.С., Белова М.Н. Некоторые принципы профилактики острых респираторных вирусных инфекций у детей раннего возраста в дошкольных учреждениях. - Педиатрия, 1979, 4, 46-48.
5. Reiman, A. Kopsupõletikud lastekliiniku andmeil. - Eesti Arst, 1932, 3, 19-30.

RESULTS AND PROSPECTS OF REDUCING BABIES' MORTALITY CAUSED BY PNEUMONIA AT TARTU

L. Keres, T. Soo, A. Uibo

S u m m a r y

The babies' mortality rate caused by pneumonia at Tartu in 1947-1949 was 17.0%, in 1974-1976 however, only 2.7%, thus 6.3 times lower. In 1956-1977 the rate fluctuated between 7.2 and 17.6%. In 1971-1977 18 babies of 21 who died from pneumonia were younger than 6 months. 2/3 of the patients had some other disease that helped to bring about death, such as: the Down disease (4) brain anomaly (1), congenital infection (2), deep prematurity (3), congenital hypotrophy (1), brain's birth injury (1) and thymus hyperplasia (2).

Virus-bacterial pneumonia occurred in 18 and septic variant in 3 cases. To reduce mortality rate antenatal prophylactic measures are being introduced in case of chromosome diseases. In 1980 the department of newborn babies' pathology and for nursing premature babies was opened in the children's hospital. To prevent acute respiratory virus infections babies undergo interferon prophylactic treatment in the period of infections. It is necessary to hospitalize all babies with weakened premorbid background who are younger than 6 months and suffer from respiratory infection.

ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ УМЕНЬШЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПНЕВМОНИЕЙ У ДЕТЕЙ

Т.Р. Соо, Х.К. Прээм, Р.С. Гороховская,
Т.Э. Рээк, А.Я. Уйсо, С.Х. Вирро
Тартуская городская клиническая детская больница,
кафедра педиатрии ТГУ

До настоящего времени хроническая пневмония является серьезной проблемой детской пульмонологии. По данным Ю.Ф. Домбровской /2/, С.В. Рачинского, В.К. Таточенко /4/, Ж.Ж. Раппопорта, Ю.М. Лубенского и К.С. Крутянской /3/, заболеваемость хронической пневмонией детей в возрасте от 1 до 15 лет составляет 0,08 до 0,1%.

Возникновению хронической пневмонии может способствовать ряд факторов. По данным Ж.Ж. Раппопорта, Ю.М. Лубенского и К.С. Крутянской /3/, у многих детей с хронической пневмонией первое заболевание острым бронхитом или острой пневмонией было на первом году жизни, у 27% даже в первом полугодии. Одной из причин первичной хронической пневмонии, по данным А.В. Богдановой /1/, является острая стафилококковая пневмония. По данным С.В. Рачинского и В.К. Таточенко /5/, мукковисцидоз является причиной хронической пневмонии 6% детей.

В настоящее время имеются мощные средства для лечения вирус-бактериальных и септических пневмоний. Следовательно, у детей, которые не имеют врожденных аномалий, можно при своевременном и достаточном лечении полностью вылечить острую пневмонию.

Целью настоящей работы было проанализировать причины развития первичной хронической пневмонии.

Одной из причин развития метапневмонической хронической пневмонии является острая стафилококковая пневмония /1/. Поэтому мы исследовали результаты лечения 23 детей с острой стафилококковой пневмонией, которые лечились в Тартуской городской детской клинической больнице с 1970 по 1979 год. Из них 3 были в возрасте до 3 месяцев и 4 в возрасте от 7 до 12 месяцев, всего 7 детей грудного возраста. 12 детей (т.е. 1/2) были в возрасте от 1 до 3 лет и 4 ребенка в возрасте от 3 до

7 лет. У 17 детей из 23 вместе с пневмонией обнаружили и плеврит. У большинства детей больничное лечение начали своевременно - на первой-второй неделе заболевания, только двух детей госпитализировали на третьей неделе заболевания. Всех детей длительно лечили антибиотиками, дети получили 2-3 антибактериальных курса, у 1/2 детей применяли более 3-х антибактериальных курсов. У 9 детей первый курс антибактериальной терапии провели внутривенно. Все дети получили антистафилококковую плазму или специфический гамма-глобулин. В интенсивной терапии нуждались 7 детей. Переливание крови делали 13 детям, каждому от 2 до 5 раз. Из 17 больных плевритом 8 детям антибиотики ввели внутривенно. 4 ребенка перевели в отделение детской хирургии, так как у них развивался гнойный плеврит. Физиотерапию провели 20 детям. Лечение было длительное. 12 детей (1/2) пребывали на больничном лечении в течение 1-2 месяцев, один ребенок даже более 2 месяцев, 7 детей лечились в больнице менее 1 месяца. Из исследуемых 23 больных один ребенок умер в первый день госпитализации. Данные катамнеза анализировали у 17 детей. 5 детей изменили место жительства и их не удалось найти для получения катамнеза. Ни у одного из 17 детей не развивалась хроническая пневмония или рецидивирующие бронхолегочные заболевания. Таким образом, при правильном и длительном лечении стафилококковой пневмонии можно избежать развития хронической пневмонии.

Заболелаемость хронической пневмонией исследовалась в г. Тарту и в Тартуском районе в 1974-1978 гг. В г. Тарту в начале 1974 года на учете стояло 25 детей с хронической пневмонией, т.е. 1,2% всех детей в возрасте от 1 до 15 лет. В конце 1978 года на учете стояло только 7 детей с хронической пневмонией, т.е. 0,3%. Таким образом, заболеваемость хронической пневмонией за 5-летний период уменьшилась в 3,5 раза.

В Тартуском районе в начале 1974 года на учете стояло 11 детей с хронической пневмонией (0,95%), в 1978 году - 7 детей (0,68%). Заболеваемость в Тартуском районе на 1978 год была выше, чем в городе Тарту ($p < 0,05$).

Причиной резкого уменьшения заболеваемости хронической пневмонией в г. Тарту явилось, вероятно, тщательное лечение острой пневмонии. Лечение заканчивали только тогда, когда кроме исчезновения клинических симптомов нормализовались данные рентгенисследования и СОЭ крови. После выписки из

больницы дети наблюдались в течение 6 месяцев.

Второй причиной такого резкого уменьшения заболеваемости было, вероятно, и изменение критерия диагностики хронической пневмонии.

В конце 1978 года на учете стояло 7 детей с хронической пневмонией. В течение 1979–1980 года выбыли с учета 4 ребенка – один из них умер, трем исполнилось 15 лет. В эти же годы приняли на учет 2 новых больных. Таким образом, в конце 1980 года на диспансерном наблюдении стояли 5 детей, больных хронической пневмонией, т.е. 0,02%. Хроническая пневмония стала очень редким заболеванием. В конце 1980 года на диспансерном учете стояло 47 детей с астмой.

Приведем анализ 9 случаев хронической пневмонии детей г. Тарту. Ни у одного ребенка с хронической пневмонией не было явлений аллергического диатеза, содержание хлоридов в поте при многократном исследовании было у всех ниже 40 мэкв/л, у трех было хроническое воспаление в ЛОР органах. У всех детей провели бронхоскопию и у 2 бронхографию.

Из 9 детей у 6 хроническую пневмонию диагностировали в возрасте до 3-х лет, у трех в возрасте от 4 до 6 лет. Таким образом, опасность развития хронической пневмонии наибольшая в возрасте до 5 лет, особенно до 3-летнего возраста.

Выяснилось, что причины развития хронической пневмонии были различны. У двух детей была вторичная хроническая пневмония из-за обширных аномалий бронхиального дерева, у одного конгенитальная бронхоэктазия (синдрома Loesche), у другого конгенитальная двусторонняя бронхоэктазия. У обоих хроническая пневмония развивалась на втором году жизни. Ребенка с конгенитальной бронхоэктазией оперировали в пульмонологическом отделении Московского НИИ педиатрии, но ребенок погиб в возрасте двух лет.

У 7 детей развивался метапневмонический хронический процесс. Из них у двух предшествовала тяжелая пневмония вирус-бактериальной этиологии, из 5 детей ни у одного не было тяжелого острого бронхита или тяжелой пневмонии. Хронический процесс развивался после повторных острых бронхитов и пневмоний. Первая пневмония была в возрасте до двух лет, отмечались повторные бронхопульмональные заболевания. После первых заболеваний больные выздоравливали, при выписке рентгениследование и СОЭ крови нормальные. После 2–4 кратного заболевания на рентгениследовании отмечались изменения, которые оказались постоянными. У таких детей хроническая пневмония

развивалась в возрасте от 2,5 до 6 лет.

При анализе заболеваний детей нам удалось выявить три основные пути развития первичной хронической пневмонии.

Первый: хроническая пневмония формируется после первой острой пневмонии, которая переходит в затяжную и хроническую форму. С 1974 года мы не выявляли таких случаев.

Второй: хроническая пневмония формируется после повторных острых пневмоний с короткими ремиссиями.

Случай № 1: К.И., 1976 года рождения, истории болезни № 646/1978, 1029/1978, 261/1979 Тартуской городской детской клинической больницы. У ребенка диагностировали хроническую пневмонию в возрасте 2-х лет. Первая острая пневмония вирус-бактериальной этиологии развивалась в возрасте 1 года и протекала длительно - ребенок лечился в больнице более 2 месяцев, выписался здоровым - исследования нормальные, кашля не было. Следующая пневмония развилась через год, т.е. в возрасте 2 года и 2 месяца. Ребенка снова лечили в больнице более одного месяца и выписали с нормальной реакцией СОЭ и без патологических изменений при рентгенисследованиях. Несмотря на это, через месяц ребенок снова заболел. Его госпитализировали и диагностировали острую пневмонию, которая перешла в затяжную и хроническую несмотря на длительное лечение. При бронхоскопии обнаружили стойкий гнойный эндобронхит.

Третий: хроническая пневмония формируется после повторных бронхитов и пневмоний с более длительными ремиссиями между обострениями.

Случай № 2: Д.С., 1973 года рождения, истории болезни № 1299/1978, 19/1979, 626/1979, 243/1980, 886/1980, Тартуской городской детской клинической больницы. Девочку приняли на учет с хронической пневмонией в возрасте 6 лет. Первая пневмония у ребенка была в возрасте 6 месяцев, когда в течение месяца ребенка лечили в Тартуской районной больнице. В течение первых двух лет жизни у ребенка лечили острую пневмонию 4 раза. Ребенок с 2 до 4 лет был здоровый. В возрасте 4 года снова развилась пневмония, после чего, несмотря на лечение, сохранился гнойный эндобронхит, который обнаружили при бронхоскопии и который стойко держался. При рентгенисследовании легкие оказались без патологии. Ребенок повторно пребывал на лечении в Тартуской детской больнице и на санаторном лечении. Повторно делали туалет бронхиального дерева, ввели лекарства эндобронхально, но в возрасте 6 лет были обнаружены постоянные изменения легких при рентгенисследовании.

Вероятно, у обоих детей после первых заболеваний пневмонией на первом году жизни развивалось постоянное повреждение слизистой бронхов с понижением естественных защитных свойств ее.

Таким образом, при анализе больных г. Тарту выяснилось, что при улучшении педиатрического обслуживания детей можно и в дальнейшем сокращать случаи хронической пневмонии. Из 9 случаев только в двух хроническая пневмония была неизбежна -

отмечалась обширная аномалия бронхов, при которой невозможно оперативное лечение.

Детей уже при первой острой пневмонии надо лечить до полного выздоровления длительными антибактериальными курсами, применяя физиотерапию и электроаэрозоли. Лечение можно закончить только тогда, когда исчезли все симптомы болезни. При сохранении кашля имеется еще эндобронхит и ребенок не здоров.

Лечение детей, которые часто болеют бронхитами, можно заканчивать только после бронхоскопии, при сохранении эндобронхита лечение надо продолжать.

Из исследований вытекает, что для избежания хронического процесса после острой пневмонии надо обратить особое внимание на детей в возрасте до 3 лет. Надо избегать острые воспаления бронхопульмональной системы у детей до годовалого возраста. При помощи раннего и эффективного лечения надо избегать тяжелый процесс. При стафилококковой пневмонии лечение должно быть длительное, в течение 1-2 месяцев. Надо принимать на особый учет всех детей, которые переболели острой пневмонией и острым бронхитом в возрасте до 5 лет два или более раз, так как, вероятно, у них есть склонность к развитию пневмонии.

Уже при второй пневмонии надо детей исследовать тщательно, в соответствии с клиническими симптомами. Необходимо выявлять возможные аномалии, муковисцидоз и экстрапульмональные воспалительные очаги. Лечение повторных бронхопульмональных воспалений должно быть длительное, закончить антибактериальное лечение можно только после бронхоскопии, если в бронхиальном дереве ликвидировался воспалительный процесс.

При выздоровлении необходим особый режим: избегание респираторных вирусных инфекций (прекращение общения с коллективом на 0,5-1 года, профилактика интерфероном), соблюдение всех приемов режима, - чтобы повысить защитные свойства ребенка. После острого заболевания дети нуждаются в лечении в отделениях для реконвалесцентов и в длительном санаторном лечении.

Литература

1. Богданова А.В. Результаты клинико-бронхологического исследования детей, перенесших острые стафилококковые деструкции легких. - *Вопр. охр. мат.* 1979, 3, 31-36.
2. Домбровская Ю.Ф. Многотомное руководство по педиатрии, том 3, М., 1962.
3. Раппопорт Ж.Ж., Лубенский Ю.М., Крутянская К.С. Хроническая пневмония у детей. Красноярск, 1973.
4. Рачинский С.В., Таточенко В.К. Хроническая неспецифическая пневмония. - В кн.: *Руководство по пульмонологии детского возраста.* /Под ред. Ю.Ф. Домбровской. М., 1978.
5. Рачинский С.В., Таточенко В.К., Капранов Н.И. Муковисцидоз у детей. М., 1974.

ACHIEVEMENTS AND PROSPECTS OF DECREASING CHRONIC PNEUMONIA IN CHILDREN

T. Soo, H. Pream, R. Gorohovskaja, A. Uibo, T. Reek, S. Virro, Y. Gurjev, M. Vann

S u m m a r y

The present paper is a study of the factors causing chronic pneumonia in children. Congenital developmental anomaly was the reason for chronic pneumonia in 11 children of 39 treated in the Tartu Clinical Children's Hospital within the past 10 years. Over a half of the patients suffering from primary chronic pneumonia had had acute pneumonia in the first year of life. None of the young patients treated for staphylococcal pneumonia developed chronic pneumonia.

Since 1974 the frequency of chronic pneumonia has been constantly falling in Tartu. The paper analyses the cases of children under dispensary control because of chronic pneumonia to find out the reasons for the disease. Children often ill with pneumonia and bronchitis must be thoroughly investigated and treated to prevent the development of chronic pneumonia.

ДОСТИЖЕНИЯ В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ И ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТИЗМА У ДЕТЕЙ г. ТАРТУ

А.Э. Павес, К.Р. Митт, Э.Д. Ратник, Х.О. Лийвамяги,
С.Р. Тенсинг, Т.И. Роозимяги, В.О. Хяэл,
М.А. Мюрсепп, Л.У. Тоовер
Кафедра педиатрии ТГУ,
Тартуская городская клиническая детская больница

Несмотря на имеющиеся успехи в лечении и профилактике ревматизма, это заболевание все еще имеет большой удельный вес в патологии детского возраста /1, 2, 3, 4, 5, 6/. По данным многих исследователей, распространенность ревматизма в разных городах Советского Союза составляет среди школьников 0,8-4% и среди детей дошкольного возраста 0,1-1% /2, 3, 7/. Заболеваемость ревматизмом в течение последних лет осталась в пределах 0,3-1,6 на 1000 детей /2, 3, 8/. Актуальность этой проблемы обусловлена и тем, что в последние годы увеличилось число стертых и латентно протекающих форм ревматизма /2, 6, 8/. Эти формы представляют диагностические трудности и являются источником приобретенных пороков сердца, т.е. причиной инвалидности детей. По литературным данным /1, 2, 3, 4, 6, 8/, порок сердца формируется после первичного ревмокардита в 11-20% случаев, после повторных атак даже в 35-50% случаев.

В течение последних десятилетий число рецидивов снизилось. При этом большое значение имеет противорецидивное лечение бипиллином /1, 3, 4, 7, 8/. Для раннего распознавания обострения процесса и своевременного применения лечения существенное значение имеют определение активности ревматического процесса и уточнение функционального состояния сердечно-сосудистой системы во внеприступный период /1, 3, 6, 9, 10/. При этом рекомендуется употреблять механо- и апекскардиографию /10, 11, 12/.

Исследования о распространенности, заболеваемости, частоте образования пороков сердца и других проявлений ревматизма у детей г. Тарту не проводились. Поэтому целью данной работы было проанализировать достижения в борьбе с ревматиз-

мом среди детей г. Тарту за период с 1971 по 1980 гг. Для выявления возрастной структуры заболеваемости, течения первичного ревмокардита, частоты и причин образования ревматических пороков сердца и рецидивов более подробно проанализировали и исследовали все 26 детей, болевших ревматизмом, и 9 детей с угрожающим ревматизмом, находившихся на диспансерном учете в кардиоревматологическом кабинете Тартуской городской клинической детской больницы на 1 января 1981 г. Два из них учатся в санаторной лесной школе, остальные были вызваны на амбулаторное исследование с 1 января до 31 марта 1981 года. На контроль явился 31 ребенок. У исследуемых собрали анамнестические данные, провели объективное и лабораторное обследование. Для уточнения функционального состояния сердечно-сосудистой системы в внеприступный период ревматизма провели инструментальное обследование - ЭКГ, ФКГ, механо- и апекскардиографию. Дополнительные данные о течении первой атаки ревматизма получили из историй болезни. Для оценки тахоосцило- и свитмограмм применяли нормы И.Н. Вульфсона и Ф.М. Китикара, для оценки апекскардиограмм нормы З.Б. Белоцерковского, А.А. Галстяна и Falkiewicz'a /10, 11, 12/.

Выяснилось, что в течение последнего десятилетия заметно снизилась распространенность ревматизма среди детей г. Тарту (табл. 1). Если в 1971 году стояло на учете по поводу ревматизма 0,9% из 7-14-летних школьников г. Тарту, то в 1975 году эта цифра была 0,41% и в конце 1980 года только 0,22%. При сравнении последних данных с соответствующими цифрами 1970-го и 1960-го гг., заметно снижение распространенности ревматизма соответственно в 3,3 и 4,5 раза. В дошкольном возрасте болеют только единичные дети. Можно отметить, что распространенность ревматизма в г. Тарту значительно ниже данных по другим городам, приведенных в литературе.

Первичная заболеваемость ревматизмом в г. Тарту снизилась до 1974 года. Так, в 1960 г. первичным ревматизмом заболело 48 детей, в 1965 г. - 31 ребенок, в 1970 г. - 16 детей и в 1974 г. - 7 детей. После 1974 года заболеваемость составляет 5-7 случаев в год. По нашим данным, сезонность заболеваемости не прослеживается. Дети заболевали круглогодично с некоторым ростом заболеваемости во втором и четвертом квартале.

Снизилось и число рецидивов. В 1960 году были зарегистрированы рецидивы у 18, в 1965 году у 4 больных. В течение последнего десятилетия зарегистрированы единичные случаи

Таблица I

Число больных ревматизмом г. Тарту по данным
городской детской поликлиники

Год	Всего на учете	Из них дошколь- ного возраста	Число первич- ного ревматизма	Число ре- цидивов
1971	96	I	14	4
1972	83	0	11	1
1973	69	I	8	0
1974	43	0	7	2
1975	41	0	5	1
1976	35	I	5	0
1977	28	I	5	1
1978	26	2	7	0
1979	27	I	7	0
1980	26	I	4	0

обострения процесса. С 1955 года в г. Тарту среди детей не было смертельных исходов от ревматизма.

Далее проанализировали данные детей, находившихся на диспансерном учете по поводу ревматизма на I января 1981 г. Из них 25 детей школьного и I ребенок дошкольного возраста. Несущественно преобладают мальчики - 15 мальчиков и II девочек. После анализа возрастной структуры заболеваемости ревматизмом выяснилось, что самая высокая заболеваемость падает на возраст от 7 до 10 лет (15 детей из 26).

Обследованные дети часто болели катарамы дыхательных путей, фарингитом или ангиной, только трое перед заболеванием ревматизмом были здоровые. Непосредственно перед заболеванием 10 из 26 детей болели ангиной, 5 фарингитом, 7 респираторной вирусной инфекцией и у двух болезнь началась сразу с клинической картины острого полиартрита. Хронические инфекционные очаги имелись у 1/5 исследуемых. На диспансерном наблюдении был только один мальчик, который проходил первичную профилактику ревматизма из-за хронического тонзиллита, но все-таки заболел ревматизмом. Мы не могли выяснить, почему другие часто болеющие дети не были диспансированы и захвачены первичной профилактикой. При этом число детей, находившихся на диспансерном учете с угрозой заболевания ревматизмом, из года в год снижалось - в 1960 году таких детей на учете было 36, сейчас только 9. Диспансерное наблюдение за

детьми с угрозой ревматизма необходимо расширить. Здесь есть резерв для дальнейшего снижения первичной заболеваемости ревматизмом.

Наши данные о наиболее частых клинических формах совпадают с данными литературы. У 23 детей из 26 наблюдался ревмокардит — частично вкупе с полиартритом или кожными явлениями. У трех была выявлена малая хорея. Чаще наблюдался ревматизм с максимальной активностью (14 случаев). У остальных процесс протекал с активностью II или I степени. У 20 из 26 детей отмечалось острое течение, у 4 — подострое и у двух — латентное течение болезни. В течение последних десятилетий клиническая картина ревматизма заметно изменилась — она стала менее выраженной, уменьшилась частота экстракардиальных форм и участились случаи минимальной степени активности.

Ревматический порок сердца образовался у 4 детей, т.е. у 15,4% исследуемых. Этот достаточно высокий процент образования пороков сердца находится приблизительно на одном уровне в течение нескольких лет. У двух больных порок клапана сердца (у обоих недостаточность митрального клапана) образовался на фоне комплексного и комбинированного антиревматического лечения, у одного при остром и у другого при подостром течении ревмокардита. Степень активности процесса была несходной. Способствующими факторами могли быть повторные ангины до заболевания ревматизмом. У двух больных порок сердца образовался в результате латентного течения ревматизма — у одного митральная недостаточность и у другого комбинированный аортальный порок с преобладанием недостаточности. Таким образом, порок сердца может образоваться при различном характере течения и активности первичного ревмокардита.

Всем исследуемым назначали противорецидивное лечение, причем у двух образовалась аллергия к бициллину. В санаториях, санаторных школах и санаторных лагерях пребывали 13 детей, т.е. половина исследуемых. Из исследуемых рецидив был в 1977 году у одного мальчика.

Во внеприступный период на амбулаторное исследование явились 23 ребенка. При анализе полученных данных выяснилось, что у 1/4 исследуемых имелись разные жалобы — усталость, слабость, головные боли, боли в суставах, снижение аппетита и т.д. У половины из них жалобы появились после недавно перенесенной ОРВИ. У других они могли указывать на скрытую активность ревматического процесса. Большинство учеников занималось физкультурой в спецгруппах, трое в общей

группе и одна девочка активным спортом.

Объективная клиническая картина сердечно-сосудистой системы у детей без порока сердца была скромная - у двух найдено ослабление первого тона на верхушке сердца, у 4 легкий акцент II тона на легочной артерии, у 5 функциональный систолический шум. У детей с пороками сердца наблюдались характерные признаки пороков. У трех исследуемых наблюдалось незначительное повышение артериального кровяного давления. Рентгенологически отмечались изменения, характерные для вышеуказанных пороков. Кроме этого имелись признаки миопатии у одного и у одного больного найдено расширение границ сердца. Патологические изменения со стороны миндалин имели место у 6 детей, у одного миндалина была удалена. Другие органы системы были без патологических изменений.

В электрокардиограмме признаки биоэлектрических изменений отсутствовали у 8, были незначительными у 13 и более выраженными у 2 больных. Чаще встречались нарушения реполяризации, атриовентрикулярной и внутрижелудочковой проводимости, неполная блокада правой ножки пучка Гиса и др. Изменения в фонокардиограмме у детей с пороками сердца соответствовали пороку, у 4 регистрировали функциональный систолический шум, у трех незначительное ослабление I тона и у одного расщепление II тона сердца.

Механокардиографически исследовали 17 детей. Выяснилось, что у половины имелись признаки нарушений гемодинамики - снижение ударного объема, изменение сердечного индекса, снижение сокращения левого желудочка, изменения периферического сопротивления или другие. Разные изменения выявили и в апекскардиограммах. Были изменения электромеханического интервала, фаз предизометрического и изометрического сокращения, фаз изотонического сокращения, механического систола и диастола и других показателей. Изменения в апекскардиограмме имели место у 4/5 исследуемых и были более выраженными у детей с пороками сердца и у тех, которые недавно болели ОРВИ и предъявляли жалобы. Полученные результаты показали, что для оценки функционального состояния сердца и выявления более мелких нарушений сердечно-сосудистой системы необходимо проводить инструментальные исследования, так как при объективном исследовании полученные данные не обнаруживали патологии. Менее выраженные изменения сердечно-сосудистой системы во внеприступный период ревматизма сохраняются долго и требуют дальнейшего лечения. Данные механо- и апекскардиографи-

ческих исследований являются особенно важными для определения режима и физической нагрузки в неактивной фазе ревматизма.

Патологические сдвиги в биохимических анализах крови во внеприступный период ревматизма встречаются, по литературным данным, у 20-30% больных, что подтверждают данные, полученные нами. Мы отмечали у 1/5 исследуемых повышение сиаловой кислоты до 250 ед или диспротеинемия с повышением α_2 - или γ -глобулинов. У двух детей, переболевших ОРВИ, оказался положительным С-реактивный белок. СОЭ было ускорено у двух исследуемых.

Вышеизложенные отклонения показывают, что возможен ревматический процесс со скрытой активностью. Поэтому необходимо тщательное наблюдение и лечение этих детей, по мере надобности даже в условиях стационара.

Исследование детей с угрозой ревматизма показало, - что частыми причинами диспансеризации являются хронический тонзиллит, частые ангины и суставные боли с неясной этиологией. Во время контроля эти дети жалоб не предъявляли. Три из 7 часто болели ангиной, у них миндалины были гипертрофические, криптические; у трех миндалины были удалены из-за хронического тонзиллита и у одного частые ангины и фарингиты без особых изменений миндалин. У одной 14-летней девочки после тонзиллэктомии остались нерегулярные суставные боли. У нее найдены и систолический шум на сердце (функционального характера), незначительное ускорение СОЭ, повышение сиаловой кислоты и α_2 - и γ -глобулинов в сыворотке крови. Она была направлена на стационарное исследование для уточнения диагноза. Из других у трех найден на сердце акцидентальный систолический шум, у одного ослабление первого тона и III тона на верхушке сердца. В ЭКГ незначительные признаки биоэлектрических изменений найдены у трех исследуемых - синусовая аритмия, незначительное нарушение реполяризации, понижение вольтажа и неполная блокада правой ножки пучка Гиса. В ФКГ у трех регистрировали функциональный систолический шум, у двух - незначительное ослабление I тона и у одного III тона сердца.

Дети с угрозой ревматизма были захвачены весенне-осенней профилактикой. Эффективность сезонной первичной профилактики подчеркивает и тот факт, что из находившихся на диспансерном учете в течение последнего десятилетия заболел ревматизмом только один ребенок. Но часто ангинами или фарингитами бо-

леющие дети еще недостаточно диспансированы. Таких детей в г. Тарту наверняка гораздо больше, чем 9, в 1981 г. интенсивно начали заниматься их выявлением.

Таким образом, в предупреждении и лечении ревматизма в г. Тарту достигнут значительный успех. Но возможности для расширения и улучшения первичной профилактики еще имеются. Это является самой важной задачей, так как при заболевании ревматизмом не всегда удается предупредить формирование порока сердца, т.е. инвалидность ребенка, а также при проведении своевременного и комплексного лечения. Для раннего выявления стертых и латентных форм ревмокардита нужно более активно употреблять расширенное инструментальное исследование детей.

Выводы

1. В течение последнего десятилетия распространенность ревматизма снизилась в 3,3 раза и составляет сейчас среди школьников г. Тарту 0,22%.

2. Первичная заболеваемость снижалась до 1974 года, после этого осталась на уровне 5-7 случаев в год. Снизилось и число рецидивов.

3. Для дальнейшего снижения заболеваемости ревматизмом и инвалидности детей в настоящее время самой важной задачей является расширение диспансерного наблюдения за детьми с угрозой ревматизма и первичной профилактики болезни. Это важно потому, что несмотря на своевременное лечение порок сердца после первичного ревмокардита образовался в 14-16% случаев.

4. Во внеприступный период ревматизма для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы и выявления скрытой активности процесса необходимо ввести комплексное обследование детей, включая механо- и апекскардиографию.

Литература

1. Коларов С. Ревматизм в детском возрасте. София, 1974.
2. Раппопорт Ш.А., Смирнова А.М. Ревматизм у детей. М., 1975.
3. Ревматизм у детей./Под ред. Долгополовой А.Б. Л., 1977.
4. Moss, A.J., Adams, F.H., Emmanouilides, G.G. Heart Disease in Infants, Children and Adolescents. Baltimore, 1977.

5. Krishnamurthy, K.A., Rajagopal, T., Krishan, G. Rheumatic Fever in Children. - Antiseptic, 1978, 75, 11, 707-710.
6. Kaplan, E.L. Acute Rheumatic Fever. - Pediatr. Clin. N. Amer., 1978, 25, 4, 817-829.
7. Бисярина В.П., Мальцев П.В. Клинико-эпидемиологические аспекты эволюции сердечно-сосудистой патологии у детей. - Педиатрия, 1977, 4, 7-9.
8. Долгополова А.В., Кузьмина Н.Н. Первичный ревмокардит у детей. М., 1978.
9. Москаленко Л.С. Функциональная способность миокарда у детей в неактивной фазе ревматизма. - Педиатрия, 1975, 5, 39-40.
10. Осколкова М.К. Кровообращения у детей в норме и патологии. М., 1976.
11. Справочник по функциональной диагностике./Под ред. Касирского И.А. М., 1970.
12. Справочник по функциональной диагностике в педиатрии. /Под ред. Вельтишева Ю.Е. М., 1979.

SOME ACHIEVEMENTS IN THE PREVENTION AND TREATMENT OF RHEUMATISM IN TARTU WITHIN THE PAST 10 YEARS

A. Paves, K. Mitt, E. Ratnik, H. Liivamägi, S. Tensing, T. Roosmägi, V. Hääl, M. Müürsepp, L. Toover

S u m m a r y

The number of children who fell ill with rheumatism for the first time was decreasing in Tartu till 1974. Since that time 5-7 cases a year have been a constant norm. The occurrence is lower than the corresponding data referred to in literature. As for January 1, 1981 27 children were under dispensary care at the cardiorheumatology centre. Since 1957 there has not been a single death case caused by rheumatism. The clinical picture of rheumatism has changed and the role of extracardiac forms has diminished. During the past 10 years only 2 recidivating cases occurred and not a single child under dispensary care fell ill with rheumatism. To estimate the functional state of the cardiovascular system in the inactive phase, it is necessary to use instrumental investigation.

ГЕМОДИНАМИКА ПРИ НЕКОТОРЫХ КОЛЛАГЕНОЗАХ У ДЕТЕЙ

Л. Тамм, Т. Тамм, Р. Аллев
Кафедра педиатрии ТГУ

Системные заболевания соединительной ткани часто сопровождаются поражением сердечно-сосудистой системы /1, 2, 3, 4, 5/.

В педиатрической литературе недостаточно освещен вопрос о состоянии кардиогемодинамики при ревматоидном артрите, при дерматомиозите и при системной красной волчанке у детей. В связи с этим мы поставили перед собой цель изучить гемодинамику при помощи механокардиографии по Н.Н. Савицкому у детей с ревматоидным артритом в активной фазе, с дерматомиозитом и с системной красной волчанкой. Ценность метода механокардиографии доказана во многих работах /6, 7, 8, 9, 10/. Определялись показатели артериального давления (минимальное, боковое, среднее, максимальное, гемодинамический удар (ГДУ)), скорость распространения пульсовой волны по сосудам мышечного (C_M) и эластического (C_E) типа. Рассчитывались ударный объем сердца (УО), сердечный индекс (СИ), минутный объем кровообращения (МО), общее (ОПС) и удельное (УПС) периферическое сопротивление. Для более полной оценки сократительной функции миокарда был использован расчет объемной скорости выброса (ОСВ). По ОСВ вычисляли мощность сокращения левого желудочка (Р), характеризующую количественно сократительную силу левого желудочка. Показателем функциональных изменений в сердечной мышце является работа левого желудочка (А). Расход энергии (РЭ), определяемый по механокардиографии, является косвенной возможностью для суждения об экономичности работы левого желудочка. Состояние левого желудочка отражает также растяжимость (РЛЖ) левого желудочка, его так называемый "compliance" /11, 12/.

Обследовано 38 детей в возрасте от 4 до 15 лет. Больные были разделены на 4 группы: 1 - 16 детей с ревматоидным артритом суставной формы, 2 - 12 больных с ревматоидным артритом суставно-висцеральной формы, 3 - 4 ребенка с дерматомиозитом и 4 - 6 больных с системной красной волчан-

кой. У одной больной с нодозной эритемой и артралгией установить определенный коллагеноз не удалось. У этой девочки (история болезни № 1023) были значительно замедлены C_3 и C_M , повышены минимальное среднее, боковое и максимальное артериальное давление, а также ГДУ и пульсовое давление. Увеличенными оказались МО, СИ, уменьшенными — ОПС и РЛЖ.

По сравнению с возрастными показателями здоровых детей /7, 9/ (отклонения выше 1,56 от М нормы) среди больных 1-ой группы C_3 была замедленной у 10, в пределах нормы — у четырех и ускоренной — у двух детей. У большинства (14) C_M оказалась в пределах нормы. У детей 2-ой группы отмечались одновременные сдвиги в C_3 и C_M в сторону замедления ее. У детей с дерматомиозитом (3-ая группа) C_M была ниже возрастной нормы. У больных с системной красной волчанкой (4-ая группа) C_M и C_3 оказались ниже этих показателей здоровых детей. Ударный объем сердца (УО) был увеличен у больных 1-ой и 3-ей группы и уменьшен у детей 2-ой и 4-ой группы. Лишь у одной больной с красной волчанкой, с люпус нефритом (III активность процесса) УО и МО были значительно увеличены при снижении показателей ОПС и УПС. У этой больной были повышены ОСВ, Р, А, РЭ, РЛЖ. У детей с дерматомиозитом МО оказался увеличенным, ОПС сниженным, УПС в пределах нормы. Сократительная функция миокарда по ОСВ среди детей 1-ой группы была в норме у 10, уменьшена — у 3 и повышена — у 3. Работа левого желудочка (А) была в норме у 14 больных, расход энергии (РЭ) в пределах нормы у всех детей. У больных 2-ой группы ОСВ, А, Р и РЭ, РЛЖ были ниже нормы. У больных 3-ей группы А, Р, РЭ и РЛЖ оказались повышенными, у детей 4-ой группы показатели (кроме одной) были сниженными.

В табл. I представлены данные о скорости распространения пульсовой волны у детей с коллагенозами.

В скорости распространения пульсовой волны мышечного типа (C_M) имеется достоверная разница между детьми с ревматоидным артритом и с системной красной волчанкой ($p < 0,02$) и между детьми с дерматомиозитом и с красной волчанкой ($p < 0,05$). Отношение $\frac{C_M}{C_3}$ характеризует изменение упругих свойств артерий, связанное с динамикой тонуса их гладкой мускулатуры. У здоровых детей этот показатель выше единицы. Как следует из таблицы, у детей с красной волчанкой $\frac{C_M}{C_3}$ ниже 1,0. Это, по-видимому, связано в большей мере с поражением гладкой мускулатуры сосудов эластического типа, чем сосудов

Таблица I

Скорость распространения пульсовой волны по сосудам
мышечного (C_M) и эластического (C_E) типа
у детей с коллагенозами

Группы детей	C_M	C_E	$\frac{C_M}{C_E}$
	M ± m		
Ревматоидный артрит активная фаза:			
суставная форма (1-ая гр.)	740,7±33,79	603,8±47,90	1,23±0,071
суставно-висце- ральная форма (2-ая гр.)	785,3±43,58	570,5±35,32	1,39±0,074
Дерматомиозит (3-ая гр.)	735,3±19,78	683,3±52,13	1,10±0,074
Красная волчанка (4-ая гр.)	479,5±67,78	594,0±47,60	0,80±0,093

мышечного типа. Разница имеется в отношении $\frac{C_M}{C_E}$ между детьми 2-ой и 4-ой ($p < 0,01$) и между больными 3-ей и 4-ой группы ($p < 0,02$).

Данные артериального давления у наблюдаемых больных представлены в таблице 2. У детей 1-ой группы минимальное артериальное давление выше, чем у детей 3-ей группы ($p < 0,05$). Максимальное давление у больных 3-ей группы выше, чем у больных 1-ой группы ($p < 0,02$). Также имеется разница в максимальном, среднем артериальном давлении и ГДУ у детей 1-ой и 2-ой группы ($p < 0,02$). Боковое артериальное давление различно у детей 3-ей и 4-ой ($p < 0,01$) и 2-ой, 4-ой групп ($p < 0,02$), пульсовое давление у больных 2-ой и 3-ей групп ($p < 0,05$).

В таблице 3 приведены показатели гемодинамики у больных с коллагенозами. Как следует из таблицы, у детей с дерматомиозитом УО больше, чем у больных красной волчанкой ($p < 0,05$) и у детей с ревматоидным артритом суставно-висцеральной формы ($p < 0,02$). МО и СИ меньше, а УПС больше у детей 4-ой группы, чем у больных 3-ей группы ($p < 0,05$).

Результаты исследований сократительной функции миокарда у детей с коллагенозами представлены в таблице 4. У больных

Таблица 2

Артериальное давление у детей с коллагенозами

Группы больных	Артериальное давление, мм.рт.ст., М±м					
	минимальное	максимальное	среднее	боковое	пульсовое	ГДУ
Ревматоидный артрит:						
суставная форма (I-я гр.)	57,6±1,52	95,4±2,09	73,9±1,04	86,5±1,47	29,2±1,98	8,8±1,59
суставно-висцеральная форма (2-я гр.)	62,9±3,33	108,6±3,00	81,1±3,40	94,6±3,32	30,3±3,29	16,8±1,21
Дерматомиозит (3-я гр.)	54,0±0,94	111,0±3,32	74,8±5,80	98,3±3,10	41,3±5,53	12,7±1,68
Красная волчанка (4-я гр.)	55,5±3,96	101,2±11,20	72,0±5,73	78,7±3,03	39,5±12,03	7,5±1,92

Таблица 3

Показатели гемодинамики по данным механокардиографии у детей с коллагенозами

Группы больных	Ударный объем сердца, мл	Минутный объем кровообращения, л	Сердечный индекс л/м ²	Общее периферическое сопротивление дин/см.сек ⁻⁵	Удельное периферическое сопротивление, ед.	Частота пульса в мин.
Ревматоидный артрит:						
суставная форма	36,2±5,02	3,4±0,42	3,8±0,49	2432,2±336,0	22,9±3,20	96,2±2,74
суставно-висцеральная форма	43,9±9,09	4,0±0,93	3,6±0,76	2310,0±525,0	26,1±6,49	88,5±7,20
Дерматомиозит	83,6±9,05	6,5±1,73	5,4±1,19	1624,2±576,2	18,5±3,27	79,2±0,25
Красная волчанка	24,3±4,60	2,6±0,72	2,6±0,29	2389,3±431,9	26,9±1,82	96,2±8,40

Таблица 4

Объемная скорость выброса, мощность сокращения левого желудочка, работа левого желудочка, расход энергии и растяжение левого желудочка

Группы больных	ОСВ (в мл/сек)	P (в Вт)	A	PЭ	РЛЖ
Ревматоидный артрит: суставная форма	142,3±18,62	1,43±0,17	2617,2±340,8	10,3±0,48	0,40±0,05
суставно-висцеральная форма	162,7±34,75	2,9±1,02	3434,2±673,18	10,4±0,40	0,37±0,08
Дерматомиозит	275,1±64,44	2,8±0,57	6011,2±1178,8	10,6±0,33	0,72±0,11
красная волчанка	102,7±28,40	0,97±0,30	1696,5±506,4	9,1±0,29	1,18±0,65

I-ой группы А, Р и РЛЖ меньше, чем у детей с дерматомиозитом ($p < 0,05$). Расход энергии (РЭ) у детей 2-ой группы больше, чем у детей с красной волчанкой. Растяжение левого желудочка (РЛЖ) меньше у детей с ревматоидным артритом, чем у больных дерматомиозитом ($p < 0,05$). Показатели ОСВ, Р, А и РЭ больше у детей с дерматомиозитом, чем у больных красной волчанкой.

Снижение скорости распространения пульсовой волны, особенно у детей с красной волчанкой, может быть связано с уменьшением U_0 / I_4 или с изменениями упруго-вязких свойств сосудов /13/. Повышение соотношения C_M / C_0 у больных ревматоидным артритом указывает на нарушение регуляции сосудистого тонуса при данной патологии.

Повышение среднего динамического давления у детей с ревматоидным артритом суставно-висцеральной формы может быть связано с функциональным состоянием прекапилляров /6/. Увеличение бокового давления у больных дерматомиозитом, возможно, связано с увеличением сердечного выброса у этих детей /13/. Повышенный ГДУ у детей второй группы свидетельствует о нарушении экономности деятельности сердца и является показателем нарушения компенсации сердечно-сосудистой системы. Увеличение пульсового давления с увеличением U_0 и M_0 указывает на увеличение внешней работы сердца у детей третьей группы. По мнению Н.Н. Савицкого /6/, повышение пульсового давления является неблагоприятным признаком реакции сердечно-сосудистой системы.

Сердечный выброс, определенный через показатели U_0 , M_0 и СИ, служит показателем функции левого желудочка. У детей с красной волчанкой выявлен гипокINETический тип циркуляции, у больных дерматомиозитом гиперкинетический тип и у детей с ревматоидным артритом нормокINETический тип циркуляции /15/. Показатель растяжимости (эластичности) левого желудочка (РЛЖ), рассчитанный по формуле $РЛЖ = U_0 : A_{\text{макс.}}$, у детей, по нашим данным, меньше (от 0,30 до 0,56), чем у взрослых ($0,72 \pm 0,13$) /11/. У больных красной волчанкой и дерматомиозитом РЛЖ значительно выше, чем у здоровых детей.

ОСВ рекомендуют для характеристики нагнетательной функции сердца и работоспособности миокарда /16, 17/. У больных красной волчанкой ОСВ значительно снижена, что, возможно, указывает на раннюю стадию недостаточности сердца у этих детей.

Мощность сокращения (Р) левого желудочка снижена у детей с красной волчанкой. Это может быть обусловлено артериальной

гипоксией, гипертрофическими изменениями с фиброзом перерождения миокардиальных волокон.

Об экономности сокращений миокарда можно судить по расходу энергии (РЭ). У наблюдаемых детей, кроме больных четвертой группы, выявлен нормальный РЭ. Это указывает на экономность гиперфункции по изотоническому типу и малую энергетическую стоимость сокращения миокарда (18).

Таким образом, у детей с коллагенозами имеются значительные сдвиги в кардиогемодинамике. Изучение центрального и периферического звена гемодинамики требует дальнейшего изучения больных коллагенозами.

Литература

- I. Исаева Л.А., Жвания М.А. Дерматомиозит у детей. - М.: Медицина, 1978, 225.
2. Осколкова М.К., Сахарова Ю.Д. Сердце и сосуды при ревматоидном артрите у детей. - М.: Медицина, 1974.
3. Яковлева А.А. Инфекционный неспецифический (ревматоидный) артрит у детей. - М.: Медицина, 1971, 91-106.
4. Hollingsworth, J.W., Management of Rheumatoid arthritis and its complications. Chicago. London. 1978, 255.
5. Ishikawa, S., Segar, W.E., Gilbert, E.F., Burkholder, P.M., Levy, J.M., Viseskul, C. Myocardial Infarct in a child with Systemic Lupus Erythematoses. - AM. J. Dis. Child, 1978, 132, 7, 696-699.
6. Савицкий Н.Н. Биофизические основы кровообращения и клинические методы изучения гемодинамики. Л., 1974, 311.
7. Вульфсон И.Н., Китикарь Ф.М. Тахоэциллография и сфигмография у детей. Кишинев, 1973, 171.
8. Вульфсон И.Н. Особенности гемодинамики у детей в норме и патологических состояниях. Автореф. докт. дисс. М., 1974, 48.
9. Орлова Н.В. Объемная скорость выброса и мощность сокращения левого желудочка у здоровых детей школьного возраста. - Педиатрия. 1974, 4, 31-33.
10. Осколкова М.К. Кровообращение в норме и патологии. М., 1976, 190-200.
- II. Drescher, E., Vollmar, R., Linss, G., Strangfeld, D., Fürst, G., Zimmermann, W., Austenat, J. Zur Ermittlung von Parametern der Pumpfunktion des linken Ventrikels mittels quantitativer Radiokardiographie. Untersuchun-

- gen an Herz-Kreislauf-Gesunden. - Dt. Gesundh. Wesen. 1978, 33, N. 45, 2121-2125.
12. Lewis, B.S., Gotsman, M.S. Current concepts of left ventricular relaxation and compliance. - Am. Heart J., 1980, 99, 1, 101-112.
13. Орлова Н.В. О взаимосвязи и взаимозависимости изменений функции сердца и сосудистой системы при ревматизме у детей. Автореф. докт. дисс., Л., 1975, 32.
14. Буренькова З.Н. Скорость распространения пульсовой волны при приобретенных пороках сердца. Автореф. канд. дисс., М., 1967, 20.
15. Шульгина М.Л. Состояние сердечно-сосудистой системы у подростков в неактивной фазе ревматизма без клапанных пороков сердца в покое и после нагрузки. - Педиатрия, 1976, 2, 59-62.
16. Amsterdam, E.A. Function of the hypoxic myocardium. - Am. J. Cardiol., 1973, 32, 4, 461-471.
17. Mascaretti, L., Morbelli, E., Regalia, F. L'intensta media di alzione sistolica durante lavoro muscolare. - Folia cardiol. /Milano/. 1965, 24, 371-380.
18. Monroe, R.G., French, G.N. Left ventricular pressure volume relationships and myocardial oxygen consumption in isolated heart. - Circul. Res., 1961, 9, 362-374.

HEMODYNAMICS IN SOME CONNECTIVE DISORDERS IN CHILDREN

L. Tamm, T. Tamm, R. Allev

S u m m a r y

Using a mechanocardiographic method the arterial and pulse pressure, cardiac uptake, general and specific peripheral resistance, compliance, speed of pulse wave spread, volumetric rate of ejection and intensity of contraction of the left ventricle and consumption of energy were studied in this paper.

The obtained results showed that in children suffering from rheumatoid arthritis and lupus erythematosus the intensity of contraction of the left ventricle decreased, the compliance increased. The cardiac uptake decreased in children with lupus erythematosus, in children with dermatomyositis cardiac uptake increased.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ У ШЕСТИЛЕТНИХ ДЕТЕЙ, УЧЕНИКОВ 0-ГО КЛАССА

Л.Я. Тамм, А.Э. Павес, А.Ю. Олеск, Т.И. Роозияги
Кафедра педиатрии ТГУ

Проблема патологии сердечно-сосудистой системы является одной из ведущих проблем современной педиатрии. Важное место занимают сосудистые дистонии, частота которых в течение последних десятилетий увеличивается /1, 2, 3/. При этом до настоящего времени нет единого мнения о происхождении первичной артериальной гипертензии у детей. В литературе имеются несходные данные о частоте, распространении и способствующих факторах артериальной гипертензии в разных возрастных группах /1, 2, 3, 4, 5/. По данным многих авторов /1, 2, 3, 5 и др./ заболеваемость школьников артериальной гипертензией достигает 1,4-14%. В доступной нам литературе имеются единичные данные исследований детей дошкольного возраста.

Для более точной и глубокой характеристики изменений артериального кровяного давления и гемодинамики нужно применять механокардиографическое исследование, которое употребляется в отечественной педиатрии более двадцати лет /6, 7, 8, 9, 10/. В литературе имеется мало данных о тахоосцилографическом и сигмографическом исследовании детей дошкольного возраста /6, 8/. Вообще отсутствуют исследования гемодинамики шестилетних учеников 0-го класса.

Исходя из изложенного, целью данной работы явилось:

1. Изучить артериальное кровяное давление с некоторыми показателями гемодинамики у детей шестилетнего возраста, посещающих 0-ой класс.

2. Выявить частоту случаев артериальной дистонии у детей этого же возраста.

В данной работе обследовали 28 детей из 0-го класса Тартуской средней школы. Из них 16 девочек и 12 мальчиков. Использовался механокардиограф Савицкого (модель 063) и ртутный манометр Riva-Rocci по методу Короткова. Кроме этого, были собраны антропометрические данные. Определили: 1) показатели кровяного давления - максимальное, боковое,

среднее, минимальное и пульсовое давление и гемодинамический удар; 2) математически вычисляли некоторые параметры гемодинамики - ударный (систолический) объем (УО) мл, минутный объем (МО) л/мин, сердечный индекс (СИ) л/мин/м², общее периферическое сопротивление (ОПС) дин/см/сек⁵, удельное периферическое сопротивление (УПС) ед, объемную скорость выброса (ОВ) мл/сек, мощность сокращения (Р) и работу (А) левого желудочка сердца. Полученные нами результаты сравнивали с данными, приведенными в литературе об исследованиях гемодинамики шестилетних детей, посещающих детский сад.

Исследуемые дети были физически нормально развиты и соответствовали возрасту. Полученные нами данные гемодинамики приведены в таблице I. Выяснилось, что у исследуемых девочек артериальное кровяное давление было ниже нормы, причем более выраженное было снижение максимального давления. Отклонение показателей составило в среднем 12 мм рт.ст. У мальчиков таких отклонений не отмечали. У одного мальчика из 28 исследуемых было повышенное артериальное давление. Ребенок был направлен на стационарное исследование.

Отличными от данных И.Н. Вульфсона оказались некоторые показатели гемодинамики. Выяснилось, что гемодинамический удар являлся ниже литературных данных в обеих группах. У половины исследуемых ударный и минутный объемы сердца превышали, средние показатели группы оказались на верхней границе нормы. Средний показатель сердечного индекса вошел в пределы нормы, но одна треть из исследуемых детей имела сердечный индекс выше верхней границы нормы. Общее периферическое сопротивление было ниже, чем по данным И.Н. Вульфсона. Приблизительно у 3/4 детей была повышена работа левого желудочка сердца.

Небольшое число исследуемых не позволяет сделать обобщающих выводов, но полученные нами результаты указывают на повышенную нагрузку сердца у шестилетних учеников. Понижение периферического сопротивления показывает на адекватную компенсаторную способность кровообращения. Повышенное артериальное давление у одного ребенка из 28 детей достаточно высокий показатель и подчеркивает необходимость продолжения подобных исследований.

Таблица I

Некоторые показатели гемодинамики у шестилетних детей, посещающих 0-ой класс

Показатель	Мальчики			Девочки		
	X	M	max-min	X	M	max-min
Макс. арт. давление	98,7	2,09	108-86	94,3	1,47	104-78
Мин. арт. давл.	56,2	2,39	74-48	54,6	1,31	66-48
Средн. давл.	79,6	2,65	94-62	77,2	1,94	90-62
Бок. давл.	88,1	3,70	107-72	86,0	1,77	98-72
Гемод. удар	10,8	0,92	14-5	9,3	1,03	16-4
Пульс. давл.	32,1	2,21	38-18	31,6	2,24	43-16
УО	47,7	4,07	74-28	42,7	2,94	62-20
МО	4,48	0,35	7,00-2,82	4,16	0,37	6,45-1,79
СИ	4,26	0,31	7,37-2,58	4,56	0,43	7,48-2,16
ОПС	1591	115,9	2035-959	1641	131,2	2896-926
УПС	19,3	1,70	34,1-11,4	19,1	1,58	29,6-11,2
ОСВ	170,9	12,7	240,2-111,2	163,8	13,3	221,9-111,7
P	1,86	0,16	2,69-0,85	1,72	0,16	2,51-0,64
A	3902	377,0	6256-1714	3373	278,8	4572-1303

Литература

1. Студеникин М.Я., Абдуллаев А.Р. Гипертонические и гипотонические состояния у детей и подростков. М., 1973.
2. Антонова Л.Т. Гипертоническая болезнь в юношеском возрасте. М., 1976.
3. Первичная артериальная гипертония у детей и подростков./ Под ред. Приходько В.С., Киев, 1980.
4. Аршавский И.А. Очерки по возрастной физиологии. М., 1967.
5. Засухина В.Н., Федорова Е.В. Гипертонические и гипотонические состояния у детей и подростков. М., 1969.
6. Вульфсон И.Н., Китикарь Ф.М. Тахоосциллография и сфигмография у детей. Кишинев, 1973.
7. Вульфсон И.Н. Особенности гемодинамики у детей в норме и при патологических состояниях. Автореф. докт. дисс., М., 1974.
8. Савицкий Н.Н. Биофизические основы кровообращения и клинические методы изучения гемодинамики. Л., 1974.
9. Осколкова М.К. Кровообращение у детей в норме и патологии. М., 1976.
10. Suurorg, L., Tamm, L. Mehhanokardiograafilised näitajad lastel kõrge vererõhu korral. - NET, 1977, 2, 117-119.

HEMODYNAMIC INDICATIONS IN 6-YEAR-OLD PREPARATORY CLASS PUPILS

L. Tamm, A. Paves, A. Olesk, T. Roosimägi

S u m m a r y

28 preparatory class pupils of Tartu Secondary School No 10 were under investigation. Arterial systolic blood pressure was found to be low in 14 girls of 16, but in none of the boys. The work of the left ventricle had intensified in 3/4 of the boys and in 1/2 of the girls. One of the boys had heightened blood pressure.

О РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ВРОЖДЕННОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ МИКРОСФЕРОЦИТАРНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ

Л. Сильдвер
Кафедра педиатрии ТГУ

В педиатрической гематологии сохраняет свою актуальность ранняя диагностика врожденной гемолитической анемии, являющейся самой распространенной наследственной гематологической болезнью у детей /1/.

Заболевание передается по аутосомно-доминантному типу /2, 3, 6, 8/, но встречаются и спорадические случаи /8/. Заболевание может проявляться уже с первых дней жизни /2, 4, 5/. Более ранним срокам выявления болезни соответствуют более тяжелые ее клинические формы, причем при появлении первых клинических признаков уже в первые месяцы жизни чаще возникают диагностические трудности /2, 4, 5, 9/. Интенсивность клинических и лабораторных симптомов, определяющих диагноз гемолитической микросфероцитарной анемии, различна /2, 3, 8/. А.М. Спасибко с сотрудниками /4/ нашел независимо от тяжести болезни у всех исследованных микросфероцитоз и гиперретикулоцитоз. Результаты исследований Таболин и др. /5/ показывают, что особенностью клинических проявлений врожденной гемолитической анемии у детей первых трех месяцев жизни является незначительное увеличение размеров селезенки и более значительное печени. Микросфероцитоз и гиперретикулоцитоз у детей того же возраста выражены незначительно.

Особое значение имеют в литературе исследования /5, 8/, показывающие, что особенно у детей раннего возраста острые инфекции могут являться причиной гемолитического криза. Описывается молниеносное с летальным исходом течение инфекций, возникающих после спленэктомии /7, 9/.

Целью настоящей работы было выяснение на основании клинико-лабораторных исследований больных возможных особенностей ранней диагностики у детей первых трех месяцев жизни. Исследовались и анализировались истории болезни всех детей, находившихся с диагнозом врожденной гемолитической микросфероцитарной анемии с 1975 по 1981 г. в Тартуской городской

клинической детской больнице. За последние шесть лет с этим заболеванием было госпитализировано 17 детей (9 мальчиков и 8 девочек), причем из всех больных 7 находились в клинике в 1980 году. Больные были в возрасте от 1,5 месяцев до 13 лет: грудных детей было 10 (из них до четырех месяцев - 7), 3 ребенка были в возрасте от одного года до двух лет и 4 больных от 5 до 13 лет. Для клинического анализа составляли индивидуальные карточки исследования и анализировали всех больных по единой схеме.

Из результатов исследования выяснилось, что 11 больных были направлены в клинику с диагнозом анемии гипохромной, инфекционной или анемии неясного происхождения, гемолитической болезни новорожденных или для обследования. В качестве первых клинических признаков заболевания наблюдались анемия и/или желтуха в первый трименон у 9 детей и в возрасте 6-и месяцев у одного грудного ребенка. Из них у 4 детей желтуха была резко выражена уже на первые 2-5 сутки жизни. Раннее развитие желтухи обусловило постановку диагноза гемолитической болезни новорожденных и повторные обменные переливания крови в родильном доме или отделении. Дальнейшее дополнительное исследование не подтвердило у них наличия резус- или АВО конфликта. Из 13 детей, поступивших в нашу клинику в возрасте моложе двух лет, у 9-и диагноз был установлен в течение первых 3-х месяцев, у 3 детей в течение 6-12 месяцев и у одного ребенка 15 месяцев после первого проявления у них анемии и/или желтухи. У остальных 4 исследованных правильный диагноз из-за недостаточности диагностики значительно опоздал. У одного мальчика, поступившего в клинику с гемолитическим кризом в возрасте 13 лет, диагноз был установлен впервые, несмотря на то, что в течение последних восьми лет у него перемежались периоды с анемией и/или желтухой.

Всем больным проводились в стационаре дополнительные исследования красной крови и билирубинового обмена, являющиеся определяющими при диагностике заболевания. Анемия была у всех обследованных характерная для гемолитической анемии: отмечалась нормохромная и гиперрегенеративная анемия. Легкая анемия (снижение $гб$ до 9 $г\%$) отмечена у 5 детей, умеренная ($гб$ 8,9-7 $г\%$) - 9 и сильная анемия ($гб$ ниже 7 $г\%$) у 3 детей. Повышенное число ретикулоцитов разной интенсивности наблюдалось у всех больных и достигало 84%. Микросфероцитоз по кривой Price-Jones имел место во всех случаях: средний диаметр эритроцитов был 6,5-6 μ у 5-и, 6-5 μ у 10 и ниже 5 μ

у двух детей. Наши данные полностью не подтверждают литературные данные о незначительно выраженном ретикулоцитозе у грудных детей первого трименна, так как у 5-й был гиперретикулоцитоз в пределах от 38% до 62%. Выражен был также микросфероцитоз с диаметром эритроцитов 6-5 μ . Гипербилирубинемия разной интенсивности отмечалась во всех случаях за счет повышения непрямого билирубина.

Следует отметить, что дополнительные исследования красной крови в отношении повышенного гемолиза и микросфероцитоза позволили установить правильный диагноз без диагностических затруднений и особенностей уже в ранний период жизни. Легкое или умеренное увеличение печени отмечено у 7 детей, из них только у двух детей первых трех месяцев жизни. При этом выяснилось, что у детей первых 3-х месяцев жизни увеличение печени превышало увеличение селезенки только в одном случае. Увеличение селезенки наблюдалось всего у 9-и больных: у 4 селезенка выступила из-под реберной дуги в значительных размерах, на 5-10 см. Результаты исследования показали, что раннему проявлению первых симптомов у 9 больных соответствовали более тяжелые клинические формы только у 2-х грудных детей.

Наследственный характер заболевания подтвердился в 10 случаях. По дополнительным исследованиям красной крови у матерей, проведенным в нашей клинике, впервые в жизни установлен у них диагноз гемолитической микросфероцитарной анемии.

В качестве иллюстрации сказанного приводятся следующие примеры.

Больной Я.А., трехмесячного возраста, история болезни 146/1977 г. Ребенок доношенный, от 2-ой беременности.

На 5-ый день жизни резко выражена желтуха, по поводу подозрения на гемолитическую болезнь новорожденных проводилось заметное переливание крови. Во втором месяце жизни появилась бледность кожи и слизистых оболочек, диагностировали (без дополнительных исследований) анемию и назначали амбулаторно противоанемическое лечение, которое оказалось без результатов. С анемией неясной этиологии ребенок в возрасте 3-х месяцев направлен в Тартускую городскую клиническую детскую больницу.

При поступлении общее состояние ребенка хорошее. Кожа бледная, слегка желтушная, склеры иктеричны. Селезенка выступает на 3 см из-под края левой реберной дуги.

При гематологическом исследовании была обнаружена нормохромная и гиперрегенеративная анемия. Эритроциты 3 мил., гб 8,2 г%, цветной показатель 0,8, ретикулоцитов 59% обнаружены и нормобласты. Осмотическая резистентность эритроцитов нормальная. Эритрометрическая кривая выявляла микроцитоз - сдвиг кривой диаметра эритроцитов влево. Средний диаметр

эритроцитов 5,2 мк. На основании указанных клинко-лабораторных данных у больного была диагностирована врожденная гемолитическая микросфероцитарная анемия.

Матери пациента 29 лет, работала она участковым терапевтом. У матери в анамнезе отмечались периодические появления желтухи и анемии. В возрасте 10 лет болела "вирусным гепатитом". Выявлена гипербилирубинемия, но гематологических исследований не проводили. У матери диагностирован хронический гепатит. В нашей клинике у матери выявлены четкие гематологические признаки гемолитической микросфероцитарной анемии, на основании которых у нее впервые в жизни диагностирована гемолитическая микросфероцитарная анемия. Вызвали и двухлетнюю сестру пациента, у которой обнаружили гиперретикулоцитоз - 56%, без клинических признаков усиленного гемолиза.

Приведенные данные убедительно указывают на наследственный семейный характер данного заболевания.

Больные находились в клинике от 3 до 6 недель, большинство из них не менее 4 недель. В антианемическом лечении назначали больным витамины В₆, С и фолиевую кислоту. Преднизолон получали 9 детей по 1-2 мг на 1 кг веса в сутки в течение 2-5 недель. Вследствие повторных гемолитических кризов или прогрессирования клинической симптоматики было показано оперативное лечение - спленэктомия - 4 детям.

Из полученных результатов исследования можно сделать для практической педиатрии вывод, что при наличии анемии и/или желтухи у детей первых месяцев жизни надо учитывать и оказывается возможным диагностировать врожденную гемолитическую микросфероцитарную анемию. Для ранней диагностики заболевания необходимо дополнительно исследовать лабораторные показатели эритроцитарной системы и билирубинового обмена.

Литература

1. Кошель И.В. Гематология детского возраста на современном этапе. - Педиатрия, 1977, 8, 5-II.
2. Пугачев А.Г., Генералов А.И. Хирургия заболеваний крови у детей. М., 1973, 93-III.
3. Резник Б.Я. Гематология детского возраста с атласом миелограмм. Киев, 1974, 103-III.
4. Спасибко А.М., Токарев Ю.Н., Сырцева Т.Н., Бухин А.И. К вопросу о наследственных гемолитических анемиях у детей. - Вопр. охр. мат. и детства, 1976, 4, 16-20.
5. Таболин В.А., Фадеева М.А., Шицкова В.В. Особенности клиники и течения семейной гемолитической анемии Минковского-Шоффара у детей первого года жизни. - Вопр. охр. мат. и детства, 1968, 6, 26-30.

6. Erdmann H. Hämolytische Anämien. - Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 1977, 53, 11, 624-632.
7. Isa S.S., Mirhy N.J., Firrli S.S., Slim M.S. Postsplenectomy Infections in Childhood. - Zeitschrift für Kinderchirurgie, 1974, 14, 3, 245-251.
8. Plenert W., Hermann J. - Kongenitale Sphärozytose. - Anämien im Kindesalter, 1977, 115-118.
9. Schroter W. - Angeborene hämolytische Anämien. - Monatsschrift für Kinderheilkunde, 1976, 124, 5, 281-284.

EARLY DIAGNOSIS OF HEREDITARY HAEMOLYTIC MICROSPHEROCYTIC ANAEMIA IN CHILDREN

L. Sildver

S u m m a r y

In this article the results of the research of seventeen children, 9 boys and 8 girls with the diagnosis of congenital haemolytic microspherocytic anaemia, clinically treated from 1975 to 1981, are analysed.

To all the patients additional laboratory investigations of erythrocytic system and bilirubin's metabolism which proved to be obligatory for this diagnosis, were carried out. The results of the research make it possible for the practicing pediatrician, by the findings of the anaemia and/or jaundice during the first 3 months of life, early diagnosis of hereditary haemolytic microspherocytic anaemia.

СРАВНЕНИЕ ДАННЫХ ФРАКЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА И pH-МЕТРИИ ЖЕЛУДКА

Л.Я. Бостон, А.А. Волюнкина, Ю.Э. Кирс,

Л.А. Мульдия, Р.И. Унт

Кафедра педиатрии ТГУ

Тартуская городская клиническая детская больница

В настоящее время для оценки состояния секреторного аппарата желудка, для определения кислотообразующей функции желудка пользуются определением концентраций H-ионов. В педиатрической литературе мало приведено работ по pH-метрии желудка и имеются только единичные сообщения о сравнительной оценке данных фракционного зондирования и внутрижелудочной pH-метрии.

Целью настоящей работы было сравнение данных упомянутых методов у детей, которые были госпитализированы с жалобами на боли в животе.

В Тартуской городской детской клинической больнице метод внутрижелудочной pH-метрии применяется с 1980 г. Используется одноканальный зонд с двумя датчиками для определения концентрации водородных ионов в корпусе и антральной части желудка. Исследования проводятся утром натощак, зонды предварительно калибруются, показания pH-метра регистрируются каждые 5 минут. Показания базального периода регистрируются в течение 30 минут. Затем проводится содовый (щелочной) тест. Через дополнительный канал вводится 0,5 г соды в 30 мл воды, и также регистрируются показатели pH-метра каждые 5 минут, показания датчиков записываются в течение 30 минут. После щелочного теста проводится стимуляция желез желудка капустным соком в количестве 100-150 мл, приготовленным производственным способом на Пыльтсамааском консервном заводе. Через 25 минут нахождения капустного сока в желудке проводится запись показателей pH-метра каждые 15 минут в течение 1 часа. Таким образом, длительность процедуры составляет 2 часа 25 минут. Одновременно обследовалось трое больных.

Фракционное исследование желудочного сока проводили по методу Н.И. Лепорского /4/, в качестве раздражителя желез

желудка также использовали капустный сок. Фракционное исследование желудочного сока и рН-метрию желудка проводили в последующие дни.

При фракционном исследовании желудочного сока за норму принимали дебит-час свободной соляной кислоты в фазу базальной секреции 0,4-2,8 мэкв в постсекреторной фазе 1,2-6,0 мэкв /1/. Нормой рН в базальном секрете считали 1,8-3,5 и в стимулированном - 1,2-1,9 /5/.

Под нашим наблюдением находилось 42 ребенка в возрасте от 4 до 15 лет. Все дети жаловались на боли в животе с преимущественной локализацией болей в эпигастральной области. У 15 из них диагностировали функциональное расстройство желудка, у 2 - гастрит, у 1 - гастродуоденит, у 1 - дуоденальную дискинезию, у 16 - ангиохолецистит, у 10 - холецистодистонию, у 4 - хронический тонзиллит и у 1 - острый гайморит. Кроме рН-метрии, фракционного исследования желудочного сока с пробным завтраком капустным соком по методу Н.И. Лепорского проводили рентгенографию и гастродуоденофиброскопию. По показаниям применили аспирационную биопсию слизистой оболочки желудка и дуоденальное зондирование.

Сравнивали данные дебит-часа свободной соляной кислоты и рН-метрии тела желудка в фазах базальной и стимулированной секреции.

Полученные данные сгруппировали в три группы.

I группа. В этой группе показания дебит-часа свободной соляной кислоты и рН-метрии тела желудка совпали по базальному и стимулированному секрету - всего 17 случаев.

II группа. Показания дебит-часа и рН-метра совпали в фазе базальной секреции, но по стимулированному секрету имелось расхождение - 4 случая. Необходимо отметить, что это были те случаи, когда при фракционном исследовании кислотность в стимулированном секрете не определялась, а рН-метр показывал пониженную кислотность.

III группа. Имелось расхождение показателей кислотности как по базальному, так и стимулированному секрету - 21 случай.

Таким образом, в 25 случаях (62%) из 42 имеется расхождение показателей кислотности. По данным ряда авторов, такие расхождения обнаруживаются в 70-80% /5/.

При сравнении данных фракционного исследования желудочного сока и внутрижелудочной рН-метрии учитывали также анацидное, гипацидное, нормацидное и гиперацидное состояние же-

лудка (табл. I). По данным фракционного зондирования, анацидное состояние отмечалось у 17 детей, гипацидное у 2 детей, нормацидное у 21 ребенка и гиперацидное всего у 2 детей. По данным рН-метрии, анацидное состояние наблюдалось у 4 детей, гипацидное у 9 детей, нормацидное у 22 детей и гиперацидное у 7 детей. Сравнение данных фракционного исследования желудочного сока и внутрижелудочной рН-метрии показало, что при анацидном и гипацидном состоянии наблюдается несовпадение в 3/4 случаях, при нормацидном состоянии в 1/25 случаях и при гиперацидном состоянии в 7/10 случаях. Это свидетельствует, что фракционное исследование желудочного сока недостаточно при диагностике ана-, гипо- и гиперацидных состояний желудка.

Таблица I

Кислотообразующая функция желудка при фракционном исследовании желудочного сока и при интрагастральной рН-метрии

Степени кислотообразующей функции желудка	Методы исследования кислотообразующей функции желудка	
	Фракционное исследование желудочного сока	рН-метрия
Анацидность	17	4
Гипацидность	2	9
Нормацидность	21	22
Гиперацидность	2	7

Расхождения в показателях кислотности фракционного исследования желудочного сока и рН-метрии объясняются рядом причин.

Методом рН-метрии определяется соляная кислота не только интрагастрально, но и пристеночно, в момент выделения ее желудочными железами в незначительной концентрации. В это же время при фракционном исследовании желудочного сока титрационный метод в силу свойственного ему предела точности способен давать информацию только в ограниченных пределах кислотности, соответствующей рН не менее 1 и не более 3,0 по Е.Ю. Линар /3/. При рН свыше 3,0 кислотность при титровании не улавливается и поэтому рядом авторов расценивается как ахлогидрия /5/. Наш материал подтверждает эти данные.

Несоответствие между данными, полученными методом титро-

вания и результатами рН-метрии, мы объяснили также в некоторых случаях неправильным положением зонда, считая, что зонд находился в антральном отделе желудка во время фракционного зондирования, где содержимое является смесью кислого и щелочного секрета. При этом показатель дебит-часа определяет количество соляной кислоты в смешанном секрете и является также неточным. Такие же данные приводит Ю.Я. Лея /2/.

Это положение подтверждает и наше корреляционно-статистическое сравнение данных интрагастральных рН-метрии и фракционного зондирования желудка, где найдена статистически достоверная связь между рН антральной частью желудка и общей соляной кислотой перед и после стимуляции энтеральным раздражителем ($r = -0,236$ и $-0,271$). Связь между рН тела желудка и общей соляной кислотой оказалась статистически недостоверной.

Итак, при фракционном исследовании желудочного сока полученные данные недостаточны для диагностики ан-, гип- и гиперацидных состояний желудка. Для определения кислотообразующей функции желудка метод рН-метрии является наиболее достоверным и простым. Им можно широко пользоваться также в амбулаторных условиях.

Литература

1. Апостолов Б.Г., Балашова Т.Ф. Хронические гастриты и их лечение. - Вopr. oхp. мат. и детства, 1973, 6. стр.15-22.
2. Лея Ю.Я. Исследование кислотообразования в желудке. М., 1976.
3. Линар Е.Ю. Кислотообразовательная функция желудка в норме и патологии. Рига, 1968.
4. Пикулина К.Г. К вопросу о наиболее рациональной методике получения и исследования содержимого желудка у детей дошкольного и школьного возраста. - В кн.: Диагностика и лечение заболеваний органов пищеварения у детей старшего возраста. - Киев: Здоровье, 1968, 80-83.
5. Радиотелеметрическое исследование пищеварительного тракта. Методическое пособие для врачей-курсантов Ленинградского института усовершенствования врачей имени С.М. Кирова. Ленинград, 1973.

COMPARISON OF THE RESULTS OF INTRAGASTRIC PH-METRY
AND THE FRACTIONATED STUDY OF GASTRIC JUICE

L. Boston, A. Volônkina, Ü. Kirss, L. Muldia, R. Unt

S u m m a r y

The data on the intragastric pH-metry and those of the fractionated study of gastric juice were compared in 50 cases of 4-14-year-old children who complained of stomach-aches and had symptoms of dyspepsia. The results of the investigation differed in 62% of the cases.

The fractionated study of gastric juice was not sufficient to diagnose either the aca-, hypo- or hyperacid states. The correlation-statistical processing of the results of the investigation revealed a probable connection between the free acid obtained by the fractionated study of gastric juice and the pH of the antrum. Consequently it may be concluded that the major part of the gastric juice obtained by the fractionated study comes from the antrum. The intragastric pH-metry compared with the data attained by the fractionated study of gastric juice provides more information, is more exact and can be applied also in despensary conditions.

О ЗНАЧЕНИИ ФИБЕРГАСТРОСКОПИИ У ДЕТЕЙ

Л.Я. Бостон, А.А. Волынкина, Э.Э. Рейсмаа

Т.К. Ряго, Э.И. Пярсим

Кафедра педиатрии ТГУ

Тартуская городская клиническая детская больница

Широкое внедрение в педиатрическую практику фибергастро­скопии и прицельной биопсии значительно улучшило раннюю диа­гностику гастроэнтерологических заболеваний. Накопленный клинический материал позволяет судить о безопасности этих методов исследования и их высокой диагностической точности. Однако в педиатрической литературе мало данных об обобщении клин­ико-эндоскопических, рентгенологических и морфологиче­ских исследований детей с гастроэнтерологическими заболева­ниями.

А.В. Мазурин и др. /4/, Е.Г. Лившиц и др. /3/ E. Guasta­vino, J. Ortiz и др. /6/, Б.Г. Апостолов и др. /1/ сравни­вали эндоскопические и морфологические диагнозы, особенно при поверхностных изменениях слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Расхождение между этими диагнозами отмечалось в 10%-45% случаев.

Целью данной работы было выяснить значение фибергастро­скопии при диагностике гастроэнтерологической патологии у детей. Исследования провели при помощи гастродуоденофибро­скопа Olympus тип GIF-P₂. В виде предмедикации применили локальную анестезию гортани 2% раствором дикаина в виде аэрозоля.

Под нашим наблюдением находилось 50 детей в возрасте от 4 до 14 лет. Среди больных подавляющее большинство составля­ли школьники. Девочек было 31 (62%), мальчиков - 19 (38%). Из 50 детей 38 (76%) находились на стационарном лечении в Тартуской городской клинической детской больнице, 12 (24%) обследованы амбулаторно. Основным показанием к проведению гастродуоденофиброскопии с прицельной биопсией было наличие в анамнезе жалоб на боли в животе и диспептические расстрой­ства.

При фибергастродуоденоскопии диагностирован гастрит у 15

детей (30%). Из них наблюдались поверхностный гастрит у 4 детей (8%), поверхностный гастродуоденит у 5 детей (10%), гипертрофическая форма гастрита у 3 детей (6%), псевдополипозная форма гастрита у 2 детей (4%) и смешанная форма гастрита у одного ребенка. Функциональные расстройства желудка при эндоскопическом исследовании встречались в 15 случаях (30%), при этом в желудке наблюдался в большом количестве секрет от дуодено-гастрального рефлюкса в 3 случаях, в 6 случаях желудок был гипотоничный с замедленной перистальтикой, пилороспазм отмечался в 4 случаях и ускорение перистальтики также в 4 случаях. В 4 случаях диагностирована эндоскопически язва бульбарной части двенадцатиперстной кишки. В 3 случаях была язва в острой фазе, в одном случае в фазе выздоровления.

Из 4 эндоскопически диагностированных поверхностных гастритов утверждался морфологически в одном случае корпусный гастрит (табл. I). У двух детей, у которых эндоскопически гастрит не диагностирован, но по данным анамнеза заболевания и клинической картины отмечалось подозрение на гастрит, наблюдались морфологически в одном случае антральный гастрит без атрофии и во втором случае корпусный атрофический гастрит с атрофией I степени.

Таблица I

Сравнение эндоскопических и морфологических диагнозов

Эндоскопические диагнозы	Эндоскопическое исследование	Морфологические диагнозы		
		корпусный гастрит	корпусный атрофический гастрит	антральный гастрит без атрофии
Поверхностный гастрит	4	I	I	I
Поверхностный гастродуоденит	5			I
Гипертрофический гастрит	3			
Псевдополипозный гастрит	2	I		
Смешанная форма гастрита	I			I

Из 5 случаев гастродуоденита в одном случае отмечался морфологически антральный гастрит без атрофии, а в 4 случаях гастродуоденита морфологическая находка была без патологии.

При эндоскопически диагностированной смешанной форме гастрита был отмечен морфологически антральный гастрит без атрофии. В случае гипертрофического и псевдополипозного гастрита подтверждался гастрит без атрофии в теле желудка только в одном случае.

Из эндоскопически диагностированных 15 случаев функциональных расстройств желудка 12 подтвердились и рентгенологически. Из 6 случаев подозрений на язву двенадцатиперстной кишки эндоскопически диагноз подтвердился у 4 детей.

Из данной работы выяснилось, что у 30% исследованных эндоскопически наблюдались гастриты (поверхностный, гипертрофический, псевдополипозный гастрит, смешанная форма гастрита, гастродуоденит). По данным литературы, многие авторы /1, 2, 4/, отмечали хронические гастродуодениты у 44-45% исследованных. Изолированные гастриты наблюдали А.В. Мазурин, Б.Н. Барчунов и др. /4, 5/ только у 10% детей.

В наших наблюдениях встречается дуоденогастральный рефлюкс всего у 6% детей из 50 исследованных, по данным литературы, /1/ это функциональное расстройство отмечается у 8% из 153 исследованных.

По данным нашей работы, отмечается большое расхождение между эндоскопическими и морфологическими диагнозами. Так, из 15 эндоскопически диагностированных гастритов подтвердилось морфологически 6. И литературные данные показывают сравнительно большую частоту расхождения эндоскопического и гистологического диагнозов. По данным Г.Б. Гершмана и др. (1979), наблюдалось расхождение при оценке слизистой оболочки желудка в 44% случаях и по данным Б.Г. Апостолова и др. (1979), в 45% случаях.

Полученные нами данные свидетельствуют о высокой диагностической значимости гастродуоденофиброскопии у детей. Диагностика гастритов возможна только при помощи этого метода. Эндоскопический метод исследования играет особую роль и при диагностике язвенной болезни. Гастродуоденоскопия помогает при этом утверждать и уточнять рентгеновское исследование, определять форму, объем язвы и клиническую стадию язвенной болезни. Кроме того, повторные эндоскопические исследования позволяют оценить эффективность различных методов лечения и скорость репарации слизистой оболочки пищеварительного тракта.

Этот метод позволяет и проводить прицельную биопсию из всех участков верхних отделов пищеварительного тракта с по-

следующим морфологическим исследованием биоптата. При помощи морфологического метода исследования можно точнее определить распространение и характер гастрита или дуоденита. Иногда этот метод помогает диагностировать патологический процесс тогда, когда эндоскопически это было невозможным. Так, в нашей работе диагностированы в двух случаях морфологически антральный и корпусный гастрит.

Итак, по данным нашей работы, было возможно при помощи фиброгастроскопии и прицельной биопсии диагностировать гастрит у 1/8 части детей. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки отмечалась у 1/10 части детей и функциональные расстройства желудка, в том числе дуоденогастральный рефлюкс, у 1/3 части детей.

Литература

1. Апостолов Б.Г., Новик А.В. и др. Эндоскопические и гистологические сопоставления при некоторых заболеваниях органов пищеварения у детей. - *Вопр. охр. мат. и детства*, 1979, 4, 7-II.
2. Гершман Г.Б., Боксер В.О. Фиброскопия в диагностике гастрита у детей. - *Вопр. охр. мат. и детства*, 1979, 4, 25-30.
3. Лившиц Е.Г., Бойцова Л.Ф. и др. Сравнительная оценка эндоскопического, рентгенологического и морфологического методов исследования в диагностике заболеваний желудка и 12-перстной кишки. - *Педиатрия*, 1976, 3, 24-29.
4. Мазурин А.В., Барчунов Б.Н., и др. Эндоскопические исследования при некоторых гастроэнтерологических заболеваниях у детей. - *Педиатрия*, 1975, 3, 6-12.
5. Сурикова О.А., Зернов Н.Г. Эндоскопическая картина слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки при синдроме дуоденогастрального рефлюкса у детей. - *Педиатрия*, 1978, 3, 29-32.
6. Guastavino, E., Ortiz, J., Tocalino, H., Martini, E.R. Fiberoptic endoscopy of the digestive tract in pediatrics. - *Archivos de gastroenterologica*, 1977, 14, 3, 163-166.

ON THE IMPORTANCE OF GASTRODUODENOFIBROSCOPY IN
CHILDREN

L. Boston, A. Volônkina, E. Reismaa, T. Rågo ,
E. Pärsim

S u m m a r y

50 children of 4-14 years of age having stomach-aches and dyspeptic symptoms were studied.

When carrying out gastroduodenofibroscopy and guided biopsy gastritis was ascertained in 1/8 of the children, duodenal ulcers occurred in 1/10 of the children and 1/3 of the investigated children had functional disorders of the stomach, duodenogastric reflux among them. The results obtained by us show the high diagnostic value of gastroduodenofibroscopy in children. This method is applicable both in clinical and dispensary conditions.

ЛАКТАЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ПОНОСАХ И ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

Л.Я. Бостон, И.А. Мааринг, Р.И. Уят
Кафедра педиатрии ТГУ

Лактазная недостаточность является одной из форм малабсорбции дисахаридов, которая наиболее часто встречается. Заболевание вызвано недостаточностью или полным отсутствием лактозы. При этом лактоза не расщепляется гликозой и галактозой. Данный дефект энзима вызывает понижение гидролиза лактозы в кишечнике. Лактоза всасывается в большом количестве в кровь, развиваются гликозурия и функциональные расстройства почек (гипераминоацидурия). Малабсорбция лактозы имеет разные причины, и на этой основе различаются первичные и вторичные формы /1, 2/. Первичная форма развивается на основе врожденного дефекта энзима, при этом может наблюдаться даже конгенитальная алактазия. Эта форма встречается обычно с рождения. Вторичная форма малабсорбции лактозы возникает на основе изменений слизистой тонкой кишки при кишечных инфекциях, голоде, других формах малабсорбции, при острых респираторных вирусных инфекциях, при применении антибиотиков и т.д.

Для диагноза малабсорбции лактозы используются различные методы. Общеиспользуемой стала нагрузочная проба с лактозой, после которой проводится наблюдение за содержанием сахара в крови /3/.

Целью данной работы было выявить с помощью нагрузочной пробы непереносимости лактозы у детей до 2 лет с рецидивирующими поносами, госпитализированных в Тартуской городской детской клинической больнице, определить, насколько часто встречается непереносимость лактозы у детей того же возраста с острыми респираторными вирусными инфекциями.

Было исследовано 24 ребенка в возрасте до 2 лет. У 12 из них имелись в анамнезе и при госпитализации рецидивирующие расстройства пищеварения. Малабсорбция лактозы возникла у этих детей вторично. У 12 детей с острыми респираторными вирусными инфекциями не было жалоб со стороны желудочно-кишеч-

ного тракта анамнестически и при госпитализации. Из исследуемых детей преобладали грудные дети, причем мальчиков было в 2 раза больше, чем девочек.

Нормальным считали, когда сахар в крови поднимался после дачи лактозы на 25 мг% и более. Патологическая сахарная кривая наблюдалась у 12 детей в возрасте до 1 года, у 8 мальчиков и 4 девочек. Итак, недостаточное повышение глюкозы в крови после лактозной нагрузочной пробы не зависело от возраста и пола ребенка.

После лактозной нагрузки нормальная сахарная кривая была у 3 детей с рецидивирующими поносами, патологическая — 9. У 6 из 12 детей с вирусными бронхитами или пневмониями была сахарная кривая нормальной, а у 6 патологической.

Максимальный подъем содержания глюкозы после нагрузки лактозой встречался в течение 60 минут, поэтому последующее наблюдение за содержанием сахара в крови становилось не обязательным. После нагрузки лактозой содержание глюкозы в крови было максимальным через 60 минут и поднималось у 4/5 детей в среднем на 50% от исходной величины.

Обострение поноса после нагрузки лактозой отмечалось при рецидивирующем поносе у 1/3 детей, зато у детей, болеющих острым бронхитом или пневмонией, нагрузка лактозой не вызывала жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта ни в одном случае.

Итак, с помощью лактозной нагрузочной пробы была диагностирована малабсорбция лактозы у 3/4 детей до 2 лет с рецидивирующими расстройствами пищеварения. Гиполактазия была диагностирована у половины детей того же возраста с вирусными бронхитами и пневмониями. У этих детей не наблюдалось симптомов со стороны желудочно-кишечного тракта. У детей с рецидивирующими поносами и у детей с вирусными бронхитами или пневмониями не наблюдалось достоверного различия в частоте лактазной недостаточности.

В случае рецидивирующего поноса имеет место малабсорбция лактозы на основе поражения интестинальной мукозы. В случае острых респираторных вирусных заболеваний причиной гиполактазии является прямое воздействие вирусных токсинов на кишечные энзимы. Появляется рецидивирующий понос, лактоза, оставаясь в кишечнике, не всасывается, и часть калорий, полученных с молоком, теряется. У этих детей имеется диспозиция к кишечным инфекциям, часто сопровождающаяся гипотрофией.

Из этого следует, что при респираторных вирусных инфек-

циях детям необходимо давать легко перевариваемую пищу в виде кислых или подкисленных смесей и не назначать антибиотиков, (тетрациклины, мономицин, неомидин), которые подавляют активность кишечных ферментов. Нагрузочные пробы лактозой нужно провести и после выздоровления.

Литература

1. Князев Ю.Я. Наследственные заболевания углеводного обмена у детей. - Педиатрия, 1970, 49, 12, 8-15.
2. Davidson, M. Disaccharide Intolerance. - The pediatric clinics of North America, 1967, 14, 1, 93-104.
3. Tamm, A., Kuusk, I. Laktoosi malabsorptsiooni diagnoosimine. - Nõukogude Eesti Tervishoid, 1976, 2, 112-116.

LACTASE DEFICIENCY IN CASES OF RECIDIVATING DIARRHOEAS AND ACUTE VIRUS INFECTIONS

L. Boston, I. Maaring, R. Unt

S u m m a r y

By means of the lactose tolerance test the frequency of lactose intolerance was ascertained in 12 children up to 2 years of age, who had recidivating diarrhoea and in 12 children of the same age who had acute virus bronchitis or pneumonia, but had no symptoms of diarrhoea.

In case of recidivating dyspepsia the intolerance of lactose occurred in 3/4 of the children and in case of virus bronchitis or pneumonia in 1/2 of the children. There was no remarkable difference in the frequency of lactose deficiency in either groups.

After the lactose tolerance test diarrhoea became more intense in 1/3 of the children in case of recidivating dyspepsia, with the children suffering from acute bronchitis or pneumonia, however, the lactose tolerance test did not cause diarrhoea in a single case.

ДОСТИЖЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ В ПОСЛЕВОЕННЫЕ ГОДЫ

Х.Э. Тялли, Х.-М.А. Браун, Э.Э. Самарютель,
А.Э. Траат, Т.Р. Лукас, С.Э. Кургярв,
У.У. Киппасто, М.Э. Кылвалд, М.Я. Парик

Кафедра педиатрии ТГУ

Тартуская городская клиническая детская больница

Развитие медицинской помощи детям, больным гломерулонефритом за послевоенные годы характеризуется, с одной стороны, углублением научных знаний о сущности и этиопатогенезе гломерулонефрита; с другой стороны, - развитием организационных мероприятий - диспансеризацией и поддерживающей терапией переболевших /2, 3, 4, 5/.

Целью работы было проанализировать достижения в борьбе с гломерулонефритом среди детей г. Тарту и итоги лечения их.

Проанализировав период обслуживания больных гломерулонефритом с 1945 до 1980 года по материалам Тартуской городской клинической детской больницы, можно его подразделить на три этапа.

Первый этап начинается с 1945 года и продолжается до первой половины шестидесятых годов. В указанный период в лечебный комплекс, кроме щадящего режима, диеты и местных тепловых процедур на лимбальную область, включалось внутривенное вливание 20-40% раствора глюкозы. Некоторым больным назначали меркузал и переливания крови. Антибиотики (пенициллин, стрептомицин, биомидин) стали использовать с 1950 года, димедрол для гипосенсибилизации организма - только с 1964 года. Стероидные препараты (кортизон, АКГН, преднизон) стали использовать с 1957-1958 гг. После выписки из больницы дети обслуживались участковыми педиатрами.

Второй этап в шестидесятых годах характеризуется подготовкой субспециалистов-нефрологов. Так, в 1968 г. курс специализации прошла при Московском ЦОЛИУВ ординатор Эне Самарютель, углубленно стали заниматься нефрологией врач детской поликлиники Н.-М. Браун и ассистент кафедры педиатрии ТГУ Х. Тялли.

Была принята теория о первично-хроническом течении гломерулонефрита, разработанная в работах Г.Н. Сперанского, М.П. Матвеева, М.С. Игнатовой. В процессе диагностики стали использовать пробу на клиренс, определение липидов в плазме крови, больше внимания уделять выяснению возможной бактериальной сенсibilизации организма. В лечении стали широко использовать глюкокортикоидные и анаболические стероиды, диуретические средства, препараты антигистаминного действия.

Подготовка нефрологов дала возможность открыть нефрологический кабинет в детской поликлинике в конце 1969 г.

Первое время в поликлинике нефрологом работала Эне Самая, со второго полугодия 1970 года до 1979 года - Х.М. Браун, и с 1979 года - А. Траат. В детской поликлинике нефролог работает на 0,5 ставки. Если в первые месяцы деятельности нефрологического кабинета на учете было 64 больных, то в 1980 году под наблюдением находилось 220 детей, из них 20 (10%) с диагнозом гломерулонефрит.

Заметно повысилось и качество амбулаторного обслуживания. За 1969-1974 годы существенно понизились случаи обострения гломерулонефрита /1/. Резко снизилось число детей, болеющих хроническим гломерулонефритом (табл. I).

Таблица I
Число больных гломерулонефритом в городе Тарту
по данным городской детской поликлиники

Год	Всего на учете	Гломеруло-нефритом	Хроническим гломеруло-нефритом	Частота хр. глом. нефрита на 1000 детей
1970	110		19	1,0
1971	113	39	11	0,5
1972	132	36	11	0,5
1973	164	40	11	0,5
1974	187	48	12	0,5
1975	187	38	12	0,5
1976	192	28	8	0,4
1977	212	30	8	0,4
1978	229	21	4	0,2
1979	218	26	4	0,2
1980	220	20	3	0,12

Началом последнего, современного этапа можно считать вторую половину семидесятых годов. Этот период характеризу-

ется более глубоким изучением течения и исхода гломерулонефрита и других почечных заболеваний, а также научной обработки накопленного материала. Нефролог Э. Самарютель в 1973 году успешно защитила диссертацию кандидата медицинских наук.

При диагностике гломерулонефрита следуют классификации, разработанной сотрудниками Института педиатрии АН СССР и принятой на симпозиуме педо-нефрологов в Виннице в 1976 году.

В дифференциальной диагностике усовершенствовалось исследование тубулопатии, синдрома повышенной экскреции мочевых солей. С 1973 г. на базе Тартуской городской клинической больницы стали широко использовать изотопную ренографию, по мере надобности там же проводится почечная ангиография и пункционная биопсия почек.

В лечении более дифференциально и обоснованно стали использовать глюкокортикоидные препараты. Разработаны меры борьбы с развитием синдрома Кушинга у детей с нефротической формой гломерулонефрита. У больных с затяжными или хроническими формами гломерулонефрита стали использовать цитостатические и антиметаболические средства. В лечебный комплекс включили лечебную физкультуру.

На этом этапе ликвидировалась смертность по поводу первичного гломерулонефрита (табл. 2). За 1970-1980 гг. умер один ребенок с наследственным нефритом (синдром Алпорта) и другая больная с системной красной волчанкой, протекающей бурным развитием почечного синдрома, погибла в реанимационном отделении.

Таблица 2

Смертность детей с гломерулонефритом
в Тартуской клинической детской больнице

Г о д н	Данные по	Смертность, %
1946-1950	Э. Ратник	5,0
1951-1955	"	2,1
1956-1960	"	2,5
1961-1965	"	1,6
1966-1970	"	1,7
1971-1975	Х. Тялли	0
1976-1980	"	0

Для выяснения вопроса, изменился ли за эти годы характер гломерулонефрита, проанализировали истории болезни всех больных, лечившихся в 1976-1980 гг. в Тартуской городской клинической детской больнице по поводу гломерулонефрита.

За 5 лет с данным диагнозом на лечении находилось 38 детей, но так как 12 из них лечились неоднократно, то всего было проанализировано 64 истории болезни острого и повторно обострившегося гломерулонефрита.

Из 38 больных 23 имели нефротическую форму (НФ), 15 - гематурическую форму (ГФ) гломерулонефрита. Хроническое течение наблюдалось у 18 детей - у 15 с НФ и у трех с ГФ заболеваниями. Так как все больные с хронической формой заболевания находились в больнице в фазе обострения, то в дальнейшем анализе случаи острого или хронического гломерулонефрита не различаются. Хроническая почечная недостаточность наблюдалась только у одного больного НФ с длительностью заболевания 11 лет.

Повторно на лечении находились 9 больных с НФ (от 2-6 раз) и 3 больных с ГФ (все по два раза) заболеваниями. В связи с частыми обострениями и развитием хронического течения больные с НФ в настоящее время на лечении находились более чем 2 раза чаще больных с ГФ. Преобладание мальчиков наблюдалось среди больных с обеими формами.

Таблица 3

Состав больных по возрасту и полу

Возраст	Нефротическая форма		Гематурическая форма		Всего
	Мальчики	Девочки	Мальчики	Девочки	
1-3	7	9	-	1	17
4-6	13	3	1	-	17
7-14	12	2	11	5	30
Всего	32	14	12	6	64

При анализе больных по возрасту и формам заболевания, выяснилось, что из 34 больных в возрасте от 1 до 6 лет 32 находились в больнице по поводу НФ и только 2 по поводу ГФ. Разница оказалась статистически достоверной ($p < 0,05$).

Для выяснения факторов, которые могут способствовать появлению или обострению гломерулонефрита, обращалось внимание на предшествующие заболевания и на сопутствующие очаги ин-

фекции. Было отмечено, что в течение от 2 до 4 недель до госпитализации 26 детей переболело острыми катарамми верхних дыхательных путей, по-видимому, с вирусно-бактериальной этиологией. Ангиной переболели 6 детей, острым воспалением среднего уха - 3 ребенка, гриппом - 5, краснухой и ветряной оспой по одному ребенку. В трех случаях начало или обострение гломерулонефрита по времени следовало проведению вакцинации, возможно, что поствакцинационная аллергия способствовала эскаперацию гломерулонефрита.

В больнице выявили воспаление паранасальных пазух в 6 случаях, в 19 же случаях у детей выявлено носительство патогенных штаммов стрепто- или стафилококков в носоглотке. У 17 больных не удалось выяснить никаких предшествующих факторов.

Первичными симптомами гломерулонефрита были изменения количества и цвета мочи, появление отеков. При поступлении в больницу отеки определялись у 30 детей, повышение кровяного давления у 25 из 64 детей (табл. 4).

Таблица 4
Наличие отеков и гипертензионного синдрома

Форма	Возраст	Число больных	Отеки	Гипертензионный синдром
Нефритическая	1-3	16	10	4
	4-6	16	8	9
	7-14	14	7	7
Гематурическая	1-3	1	-	1
	4-6	1	1	-
	7-14	16	4	4
Всего		64	30	25

Выяснилось, что отеки были выражены более чем у половины больных НФ и у 1/3 больных ГФ. Гипертензионный синдром сопутствовал меньшей половине заболеваний НФ и 1/3 гематурической формы заболевания.

У всех больных с выраженными отеками наблюдалась олигоанурия. У 8 больных ГФ отсутствовали как субъективные жалобы, так и экстраренальные симптомы гломерулонефрита.

Определение формы гломерулонефрита, фазы и степени активности и функциональной способности почек основывается на лабораторных анализах крови и мочи. Как правило, повышение

реакции оседания эритроцитов, диспротеинемия, повышение холестерина и липопротеидов оказались более выраженными у больных НФ. Максимальное повышение остаточного азота в плазме крови было 52 мг%, выделение белка с мочой - 23,4 0/0. При ГБ заболевании сдвиги лабораторных показателей были менее выраженными. У больных НФ в половине случаев была выраженная форма с III степенью активности, у 1/4 больных выявлялась II, у 1/4 - I степень активности. Острая почечная недостаточность была при поступлении у 5 больных. У больных ГФ преобладали случаи с I степенью активности, но у 5 больных была II и III степень активности. Осложнения в виде ангиоспастической энцефалопатии не наблюдались. Больные с НФ находились на больничном лечении в среднем 42 дня, максимально - 154 дня. У больных с ГФ соответствующие сроки были 33 и 101 день. Все больные выписались с выздоровлением.

Из лечебных мероприятий на первом месте стояли щадящий режим и диета. Все больные с нефротической формой и 2/3 из числа больных с гематурической формой лечились антибиотиками. Антигистаминные препараты принимала половина больных.

Иммуносупрессивное лечение кортикостероидными препаратами проводилось всем больным НФ и 1/3 больным ГФ гломерулонефрита. Средняя доза преднизолона была 1 мг/кг массы тела в сутки, у 20 же больных НФ начальная доза превосходила один миллиграмм (1 до 3 мг/кг). Суточную дозу снижали обычно через две-три недели, по мере затихания активности процесса, переходя на прерывистый курс. Общая продолжительность кортикостероидной терапии у больных НФ и у 20 больных ГФ была 3 недели; у 20 больных НФ до 3 месяцев и 6 больных получали гормон до 6 месяцев.

Из-за частых обострений процесса или вялого течения у 18 больных НФ и у 13 больных ГФ дополнительно назначали другие препараты (метиндол, плаквенил, клорбутин, лейкеран, гепарин). Средняя продолжительность курсов этих препаратов была 34 дня у больных НФ и 27 дней у больных ГФ. Как правило, эти препараты использовались параллельно с преднизолоном.

Под воздействием продолжительных и повторных курсов применения преднизолона развивалось осложнение в виде умеренно выраженного синдрома Кушинга у 7 больных, хронического гломерулонефрита НФ, а также наблюдались транзиторные периоды умеренного повышения кровяного давления у некоторых больных.

Катамнестически исследовалось 25 больных (12 - НФ и 13 - ГФ). Из них четверо детей с НФ до этого перенесли острый

катар верхних дыхательных путей, и у них наблюдались незначительные сдвиги в лабораторных показателях анализа крови и мочи. Им был назначен амбулаторный курс лечения, включая и преднизолон в поддерживающей дозе. У остальных 21 ребенка состояние здоровья было хорошее, лабораторные показатели без патологического сдвига. У 4 больных в прошлом было осложнение с лишним наложением подкожного жирового слоя. Из них у 3 детей синдром Кушинга полностью исчез. Только у одного ребенка, 12-летнего мальчика, наблюдалось гармоническое отставание как массы тела, так и роста. Отставание можно связать с продолжительным проведением кортикостероидной терапии по поводу хронического гломерулонефрита, а также с частыми обострениями в раннем детском и дошкольном возрасте.

При сопоставлении наших данных с данными итогов лечения больных гломерулонефритом с 1945-1955 года /7/, выяснилось, что в обоих промежутках времени больные с гломерулонефритом составили 1% из общего количества леченных больных.

Изменился характер гломерулонефрита. Если за первые десять лет из 62 больных нефротическая форма хронического гломерулонефрита или нефроз диагностировали у 7 больных, то за последние пять лет с НФ гломерулонефрита находились на лечении 23 ребенка из 64 случаев. Следовательно, НФ гломерулонефрита ныне существенно чаще является /причиной госпитализации больных детей, чем 25 лет тому назад ($p < 0,05$).

Несущественные сдвиги наблюдались по возрастному составу больных. На первом этапе более чем половина больных была школьного возраста, меньше всего болели дети раннего возраста (11 из 62), за последние годы относительно чаще болели дети раннего возраста (17 из 64). На обоих этапах преобладали мальчики.

Из больных, леченных в 1945-1955 гг., 44% выписали с выздоровлением, 45% с поправлением, 6% с ухудшением или без изменения и 5% из этого числа больных умерли. Но на современном этапе гломерулонефрит подвергается лечению у всех больных, смертельного же исхода не встречалось.

В корне изменилось лечение, организовалась и выработалась послебольничная диспансеризация, благодаря чему улучшился прогноз гломерулонефрита. Но в связи с лечением кортикостероидными гормонами возникла опасность присоединения лекарственной болезни - синдрома гиперандрокортицизма.

Выводы

1. Число детей, болеющих как острым, так и хроническим гломерулонефритом в городе Тарту за последние десять лет, существенно понизилось.

2. Смертность детей первичным гломерулонефритом ликвидировалась в Тартуской городской клинической детской больнице с 1971 года.

3. В 1976-1980 годы существенно чаще встречались случаи НФ гломерулонефрита, чем в 1945-1955 г. ($p < 0,05$).

4. В лечении гломерулонефрита с затяжным или хроническим течением оправдывают себя, кроме кортикостероидных препаратов, и лекарства с противовоспалительным, цитостатическим и антиметаболическим действием.

5. В качестве лекарственной болезни при кортикостероидной терапии у больных гломерулонефритом может сформироваться синдром экзогенного гиперкортицизма, который регрессирует под воздействием липолитического лечения после отмены гормона.

Литература

1. Braun, H.-M. jt. Laste spetsialiseeritud pulmonoloogilise gastroenteroloogilise ja nefroloogilise polikliinilise teenendamise kogemusi Tartus.-NET, 1977, 1, 13-15.
2. Гнатюк А.Н. Лечение и профилактика первичного иммуно-аллергического гломерулонефрита у детей. - Вопр. охр. мат. и детства, 1980, 5, 29-33.
3. Игнатова М.С. Современные проблемы детской нефрологии. - Вопр. охр. мат. и детства, 1977, 10, 8-12.
4. Наумова В.И.; Фонарева В.И., Лукиллианова Н.С., Захарченко Л.А. О некоторых осложнениях гломерулонефрита у детей. - Педиатрия, 1980, 2, 23-26.
5. Полудов С.И. О распространенности болезни почек по данным обращаемости детей и их нуждаемости в медицинской помощи. - Вопр. охр. мат. и детства, 1981, 2, 41-43.
6. Ratnik, E. Ravi tulemused Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas aastail 1922-1971. - TRÜ toimetised, 1972, v. 295, 99-111.
6. Teder, A. Nefriidi ja nefroosihagete ravitulemustest Tartu Linna Kl. Lastehaiglas 1945 - 1955. a. Trt., 1957. Käsikiri.

ADVANCES IN ATTENDANCE AND TREATMENT OF CHILDREN
SUFFERING FROM GLOMERULONEPHRITIS IN THE POST-WAR
YEARS

H. Tälli, H.-M. Braun, E. Samarütel, A. Traat,
T. Jaanisoo, S. Kurgjärv, M. Kippasto, M. Kõlvald,
M. Lott

S u m m a r y

Comparing the cause of disease of 64 patients suffering from glomerulonephritis treated at the Tartu Clinical Children's Hospital in the years 1976 - 1980 with 62 children treated at the same hospital during the years 1945 - 1955, significant changes have become evident during 30 years.

The frequency of falling ill has not changed - during both of the periods the children suffering from glomerulonephritis constituted 1% of the total number of treated patients, but nowadays infants catch the disease more often. The frequency of chronic glomerulonephritis with nephrotic syndrom has increased, but due the improvement in cure, prognosis has become better. In the treatment of glomerulonephritis with prolonged or chronic course besides corticosterones the use of other medicines of antiflogistic effect is justified. Treatment with corticosterones may cause formation of exogenic hyperadrenocortic syndrom as a complication, which retrogrades in the case of lipolytic cure after the completion of hormone treatment.

Patients suffering from glomerulonephritis need careful dispensation and individual approach on the doctor's part.

ДИАГНОСТИКА ОКСАЛУРИИ У ДЕТЕЙ

Х.Э. Тялли, А.Э. Траат, М.А. Панов

Кафедра педиатрии ТГУ,

Тартуская городская клиническая детская больница

За последние десятилетия большой удельный вес в структуре поражений почек и мочевыводящих путей занимают труднодифференцируемые нефропатии, по клиническим проявлениям напоминающие гломерулонефрит или пиелонефрит, что и послужило основанием назвать их нефритоподобными синдромами. Углубленными биохимическими исследованиями выявлены некоторые метаболические нарушения, которые могут вызывать уропатию. Так выделяют оксалатные, уратные, гиперкальциемические нефропатии. Реже встречаются нефропатии и поражения почек, связанные с повышенным выделением с мочой пистина, кинурина, ксантиненовой кислоты /1, 4, 5, 7, 8/.

Обменные нефропатии могут способствовать развитию интерстициального нефрита и мочевых камней /1, 2, 7/.

Наиболее подробно изучен обмен оксалатов. Оксалат является конечным неметаболизируемым продуктом почек. Гипероксалурия может быть вызвана лишним поступлением и освобождением оксалатов из пищи, повышенным синтезом их в организме и пониженной реабсорбцией оксалатов в почечных канальцах. В организме оксалат синтезируется по пути аскорбиновой кислоты и по пути гликосилата. В продукции и метаболизме гликосилата в составе энзимных катализаторов принимают участие витамины группы В, катионы магния. Развитие первичной гипероксалурии связано с генетически детерминированным блоком в обмене глиоксиловой кислоты. На разных ступенях метаболизма могут быть блоки, которые и обуславливают избыточное образование оксалатов в организме, оксалурию, образование кальцие-оксалатных камней, а при первичной гипероксалурии - откладывание кристаллов оксалата кальция во всех тканях организма /1, 3, 4, 5, 7/.

С целью улучшения диагностики почечных заболеваний и выявления метаболических нефропатий в Тартуской городской клинической детской больнице определяют суточную экскрецию окса-

латов по титриметрическим методам.

Оксалаты мочи предварительно оседают при помощи 10% раствора хлористого кальция и ледяной уксусной кислоты, растворяют с 10% раствором серной кислоты и титруют с 0,01 раствором марганцевокислого калия до появления стойкого розового окрашивания.

Литературные данные о норме выделения оксалата весьма различны. По данным А.К. Цыбышевой, абсолютное количество выделяемого оксалата повышается с возрастом, но в расчете на кг массы тела - снижается. Норма для взрослых $18,58 \pm 1,27$ мг/24 ч или на 1 кг - $0,24 \pm 0,02$ мг /6/. По Ю.Е. Вельтишеву и М.С. Игнатовой, здоровые дети выделяют 25-40 мг оксалата в сутки; С.К. Рам считает нормой выделение до 20 мг/сут., Е.К. Каблукова - $57,7 \pm 4,0$ мг/сут. на $1,73 \text{ м}^2$ поверхности тела /1, 3, 5/.

В настоящей работе анализируются данные 10 детей, у которых на стационарном исследовании в 1978-1980 гг. была диагностирована оксалурия и которые находятся под наблюдением нефрологов Тартуской городской детской поликлиники. Заслуживает внимания, что среди этих детей нет ни одного мальчика. Возраст детей во время выявления диагноза оксалурии был 5-13 лет. В анамнезе у всех этих детей отмечались боли в брюшной полости, у старших детей боль локализовалась в боку, в лимбо-сакральной области. У 4 девочек боли были приступообразные, крайне тяжелые. В пяти случаях отмечались периоды уменьшения диуреза - дети мочились только 2-3 раза в сутки. Количество выделяемой мочи было уменьшено, через 5-10 минут в горшке появлялся густой белый осадок. Иногда эти периоды сопровождались слабой болезненностью при мочеиспускании, но частые позывы и резкие боли, характерные при цистите, отсутствовали. Два ребенка страдали ночным энурезом. В анализах мочи, сделанном после приступа боли и уменьшения количества мочи, наблюдались микропротеинурия в виде следов белка, микролейкоцитурия и -гематурия. Как правило, дети госпитализировались с подозрением на пиелонефрит или гломерулонефрит.

На больничном исследовании ни у одного ребенка не было выявлено отклонений в анализах периферической крови или биохимических анализах крови. В анализах мочи у 6 детей из 10 были следы белка, у трех - микролейкоцитурия и у трех - микрогематурия. Но у 9 больных повторно определились оксалатные кристаллы в осадке мочи. Кратковременная бактериурия выявлялась только у двух детей. Суточные экскреции оксалата опре-

Одновременно у тех же 6 больных определили суточную экскрецию кальция. Среднее выделение кальция было $198,0 \pm 52,0$ мг/сут. У 2 больных, с наиболее выраженной оксалурией выделение кальция было слегка повышенным — 330 мг/сут.

Суточное выделение оксалата определили и у 5 мальчиков, диспансеризованных по поводу мочевых камней. Три из них оперированы, два лечатся консервативно, так как рентгенконтрастного камня не выявлено. При амбулаторном исследовании дети жалоб не имеют, анализы мочи без патологии.

Среднее выделение оксалата у этих больных было $17,4 \pm 2,7$ мг/сут., что оказалось существенно ниже, чем у больных с оксалурией до и после лечения ($p < 0,05$).

Среднее выделение кальция было $243,0 \pm 66,0$ мг/сут., наивысшее выделение 340 мг и 326 мг. Поскольку количество выделяемого кальция зависит от содержания кальция в пище, и дети не получали рассчитанной по кальцию диеты, то это нельзя считать патологическим. Следовательно, у наблюдаемых больных с мочевыми камнями уролитез не связан с повышением выделения оксалата и кальция.

Существенно более высокое выделение оксалата, чем у больных уролитиазом, позволяет именно оксалурию считать причиной выявления нефритоподобного заболевания. Относительно умеренное повышение экскреции оксалата свидетельствует, что у наших больных, по-видимому, II тип первичной или вторичной, транзиторной гипероксалурии. Прогностически данные формы более благополучны, чем I тип первичной гипероксалурии.

Вопрос о причинах встречаемости оксалурии преимущественно у девочек требует дальнейшего наблюдения, так как в доступной нам литературе имеются данные о том, что мальчики болеют несколько чаще девочек /1/.

Выводы

1. В диагностике нефритоподобных заболеваний у детей надо предполагать метаболические нарушения и исследовать больных на экскрецию оксалата кальция. Исследования в данном направлении являются надежными и требуют дальнейшего расширения.

2. Регулирование питья, диетотерапия и витаминотерапия являются надежными методами лечения нефропатии, вызванной оксалурией.

3. Всем больным, у которых имеются подозрения на мочевые

камни или это подтверждается диагнозом, следует провести исследование на оксалурию.

Литература

1. Игнатова М.С., Вельтищев Ю.Е. Наследственные и врожденные нефропатии у детей. М., 1978, 160-165.
2. Гуревич Д.Б., Коровина Н.А., Мырсова Л.И. Влияние диеты, обогащенной магнием, на экскрецию оксалатов и функциональное состояние почек у больных с гипероксалурией. - Педиатрия, 1980, 2, 14-16.
3. Кабдукова Е.К. Оксалурия у детей с заболеваниями почек. Автореф. дисс. канд. М., 1975.
4. Лебедев В.П., Малыгина, Буравина Г.А., Рам С.К. Принципы и результаты лечения нефропатии обменного генеза. - В кн.: Наследственная и приобретенная патология обмена веществ у детей. М., 1973, 246-255.
5. Рам С.К. Сравнительная оценка некоторых методов лечения нефритов и нефритоподобных синдромов у детей. Автореф. дисс. канд. М., 1974.
6. Цыбышева А.К. Особенности течения нефритоподобных заболеваний у детей с оксалурией и уратурией. Автореф. дисс. канд. М., 1976.
7. Coe F.L. Nephrolithiasis. Pathogenesis and Treatment. Chicago, 1978.
8. Royer P. Hyperuricemia in children, with the excretion of the Lesch-Nyhan Syndrome. - Advances in Nephrology. Vol. 3. Chicago, 1974, 71-81.

DIAGNOSIS OF OXALURIA IN CHILDREN

H. Tälli, A. Traat, M. Panov

S u m m a r y

The daily excretion of oxalate was examined in 10 children with abdominal pain, periods of decreased voiding and slight pathological changes in urinary sediment. The average excretion of oxalate was increased 43.9 ± 7.0 mg/kg/24 h, after treatment it was 31.8 ± 4.6 mg/kg/24 h. In five patients with urinary stones the daily excretion of oxalate was 17.4 ± 2.7 mg/kg/24 h, which was statistically lower ($p < 0.05$). There was no difference in excretion of Calcium in children with oxaluria and with urinary lithiasis.

О ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Х. Лийскмаа, Л. Сильдвер

Кафедра педиатрии ТГУ

Тартуская городская клиническая детская больница

Центральными проблемами педиатрической диабетологии являются в настоящее время инсулино- и диетотерапий и особенно диспансеризация детей, больных сахарным диабетом. Наследственная обусловленность сахарного диабета у детей признаётся большинством авторов /1, 2, 3, 4, 5/. По данным исследований Э.П. Касаткиной /2/, среди детей, которым угрожает сахарный диабет, дети с ожирением составляют около 40%. В настоящее время является общепризнанным, что симптомы сахарного диабета клинически манифестируются особенно под влиянием острой инфекции.

Целью настоящей работы было проанализировать диспансерное наблюдение при Тартуской клинической городской детской больнице детей, больных сахарным диабетом, из г. Тарту и Тартуского района. За последние 10 лет (с 1971 по 1980 г.) под наблюдением было всего 47 больных, из них первично взято на учет 27 детей (18 мальчиков и 9 девочек). Последние распределялись по возрасту: от 1,5 до 3 лет - четыре ребенка, от 4 до 6 лет - 7 детей, от 7-10 - 7 больных и от 11 до 14 лет - 9 детей.

Из результатов исследования первично заболевших сахарным диабетом 27 детей, выявилось у 5-и семейное предрасположение к сахарному диабету и у 9 исследуемых экзогенно-конституциональное ожирение. При госпитализации 25 больных из 27 имели манифестные клинические признаки, типичные для сахарного диабета средней тяжести. При этом у 2/3 больных вся клиническая симптоматология манифестировалась под влиянием острой вирусной или бактериальной инфекции. Из первично госпитализированных больных только один ребенок был в кетоацидотической гипергликемической коме, в прекоме 6 и у 8 больных лабораторно отмечался кетоз. Тяжелое состояние больных ликвидировалось под действием адекватной патогенетической терапии в течение 1 суток, кетоз - в течение 2-4 суток. Характерные

для сахарного диабета симптомы предшествовали госпитализации у большинства больных на 3-4 неделе, в единичных случаях до 3 месяцев. У 5 больных заболевание возникло остро, в течение 7-10 дней. Потребность в инсулине при выписке из больницы была в среднем 0,5-1 ед/кг/сутки. Соответствующую диету назначали всем больным на основании официальных таблиц.

Следует подчеркнуть, что при диспансерной работе особое внимание было обращено на обучение первично больных детей и их матерей. Им подробно объяснили сущность заболевания, лечебные и диетические меры и профилактику угрожающих состояний. В течение последних 5 лет наблюдаемого периода с целью разъяснения широко и эффективно использовались брошюры для больных сахарным диабетом, о чем свидетельствует факт, что у больных детей более не наблюдались опасные состояния нарушенного метаболизма.

В последующем анализировали результаты исследования всех 47 больных сахарным диабетом (28 мальчиков и 19 девочек), находившихся в течение последних 10 лет на диспансерном наблюдении. При частоте диспансеризации исходили из индивидуальных особенностей больного ребенка и домашнего режима. 1/4 больных (12 из 47 детей), метаболически не компенсированных или из плохих бытовых условий, направили в санаторные школы-интернаты. Выбор препарата инсулина и назначение лечебной дозы производились соответственно достигаемой метаболической компенсации. В 1971-1972 гг. применяли только протамин-цинк-инсулин с обычным инсулином. С 1973 года применяли другие препараты пролонгированного действия: инсулин-протамин-суспензию и инсулин-цинк-суспензию (ИЦС). С 1974 года стали применять инсулин-Б. В наблюдаемый период проводился постепенный переход к препаратам с полуудлиненным действием. В настоящее время большинство диспансеризованных больных получает инсулин-Б 2 раза в день, небольшая часть больных - ИЦС 1 раз в день.

26-ти диспансеризованным больным исполнилось 15 лет. Все они способны учиться и работать, хотя у 1/4 из них наблюдаются неврологические, нефрологические или офтальмологические осложнения сахарного диабета или метаболическая декомпенсация. Ни у одного больного синдром Мауриак не наблюдался. Осложнения возникли у больных, имевших повторные ошибки домашнего режима и у больных, у которых метаболические нарушения во время лечения плохо компенсировались.

Следует отметить, что у диспансеризованных детей, боль-

ным сахарным диабетом, не встречались гипер- или гипогликемическая кома с тяжелыми нарушениями сознания. У исследованных редко наблюдались кетоацидотические или гипогликемические состояния.

Выводы

1. Для раннего выявления сахарного диабета у детей участковым педиатрам необходимо более активно исследовать детей с угрозавшим сахарным диабетом.

2. При острой инфекции следует учитывать возможность клиничко-лабораторной манифестации сахарного диабета и исследовать в этом отношении больного ребенка.

3. Все больные сахарным диабетом нуждаются в разъяснении сущности заболевания и правильного соблюдения бытового и лечебного режима.

4. При диспансеризации детей, больных сахарным диабетом, всегда необходимо учитывать их индивидуальные особенности.

Литература

1. Баранов В.Г., Стройнова А.С. Сахарный диабет у детей. Л., 1980, 14-20.
2. Касаткина Э.П. Особенности диагностики и терапии сахарного диабета у детей. - В сб.: Сахарный диабет у детей. М., 1976, 74-77.
3. Мартынова М.М. Клинические формы сахарного диабета у детей. - В сб.: Сахарный диабет у детей. М., 1976, 43-47.
4. Педерсен Е. Диабет у беременной и её новорожденный. М., 1979, 12-16.
5. Amendt P. Neugeborene diabetischer Mütter. Kinderärztliche Praxis, 1978, 6, 299-309.

THE DISPENSARY SURVEILLANCE OF DIABETIC CHILDREN

H. Liiskmaa, L. Sildver

S u m m a r y

In this article the results of studying 47 diabetic children in the Tartu Clinical Children's Hospital in the years 1971 - 1980 are analysed. The aim of the studies was to improve in essence the dispensary surveillance of these children.

Diabetic children and/or their parents must by means of dispensary training acquire individually the right principles of treatment and regime.

О Г Л А В Л Е Н И Е

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ

Л. Тамм. Очерк о кафедре педиатрии Тартуского госуниверситета	5
К. Митт, Э. Кеэби, А. Ормиссон. Деятельность Тартуской городской клинической детской больницы в 1971-1980 гг.	12
Х. Прээм. Достижения и перспективы детской поликлиники г. Тарту в 1971-1980 гг.	29
А. Ормиссон. О достижениях и перспективах специализированной медицинской помощи детям в городе Тарту в 1972-1981 годах.	40
Р. Бахман, Т. Соо. Результаты преподавания здравоохранения в общеобразовательных школах	44
Э. Самарийтель, Х. Тялли. Итоги работы лечебных групп детских дошкольных учреждений в городе Тарту	51
Э. Самарийтель, Х. Тялли. Адаптация новоприбывшего в детских дошкольных учреждениях	57
Т. Тальвик, В. Кару, Х.-Л. Мяэпалу, А. Ведлер. Заболевания центральной нервной системы у детей раннего возраста по данным Тартуской клинической детской больницы	62

НЕОНАТОЛОГИЯ

М.-Л. Мяги, К. Митт, А. Ормиссон, Л. Майпуу, М. Ратник, С. Саар. Поражение сердечной мышцы при разных бактериальных инфекциях у детей первых месяцев жизни	70
Л. Керес, Э. Ваарметс, Т. Оло, Т. Пуусемп, Х. Рястас. О методах оценки нарастающей массы тела недоношенных детей	75

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

- Л. Керес, Т. Соо, А. Уйбо. Достижения и перспективы снижения смертности от пневмонии грудных детей в городе Тарту 82
- Т. Соо, Х. Прээм, Р. Гороховская, Т. Рээк, А. Уйбо, С. Вирро. Достижения и перспективы уменьшения заболеваемости хронической пневмонией у детей ... 87

КАРДИОРЕВМАТОЛОГИЯ

- А. Павес, К. Митт, Э. Ратник, Х. Лийвамяги, С. Тенсинг, Т. Роозимяги, В. Хяэл, М. Мюурсепп, Л. Тоовер. Достижения в предупреждении и лечении ревматизма у детей г. Тарту 93
- Л. Тамм, Т. Тамм, Р. Аллев. Гемодинамика при некоторых коллагенозах у детей 101
- Л. Тамм, А. Павес, А. Олеск, Т. Роозимяги. Некоторые показатели гемодинамики у шестилетних детей, учеников 0-го класса 109

ГЕМАТОЛОГИЯ

- Л. Сильдвер. О ранней диагностике врожденной гемолитической микросфероцитарной анемии у детей 113

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

- Л. Бостон, А. Волынкина, Ю. Кирсо, Л. Мульдия, Р. Унт. Сравнение данных фракционного исследования желудочного сока и рН-метрии желудка 118
- Л. Бостон, А. Волынкина, Э. Рейсмаа, Т. Ряго, Э. Пярсим. О значении фибергастроскопии у детей 123
- Л. Бостон, И. Мааринг, Р. Унт. Лактазная недостаточность при рецидивирующих поносах и острых респираторных вирусных инфекциях 128

НЕФРОЛОГИЯ

- Х. Тяли, Х.-М. Браун, Э. Самаргель, А. Траат,
Т. Луукас, С. Кургярв, У. Киппасто, М. Кыль-
валд, М. Паряк. Достижения в лечении больных
гломерулонефритом в послевоенные годы 131
- Х. Тяли, А. Траат, М. Панов. Диагностика оксалу-
рии у детей 140

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

- Х. Лийскмаа, Л. Сильдвер. О диспансеризации детей,
больных сахарным диабетом 145

Ученые записки Тартуского государственного университета.
Выпуск 607.
ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ПЕДИАТРИИ.
Труды по медицине.
На русском языке.
Резюме на английском языке.
Тартуский государственный университет.
ЭССР, 202400, г.Тарту, ул.Мликооли, 18.
Ответственные редакторы Л. Керес, К. Митт, Л. Тамм.
Корректоры С. Барсуков, И. Пауска, Л. Ханссон.
Подписано к печати 19.04.1982.
МВ 05446.
Формат 60x90/16.
Бумага писчая.
Машинопись. Ротапринт.
Учетно-издательских листов 8,9.
Печатных листов 9,5.
Тираж 500.
Заказ № 415.
Цена I руб. 30 коп.
Типография ТГУ, ЭССР, 202400, г.Тарту, ул.Пялсона, 14.