

Реабилитационное лечение детей-реконвалесцентов острой пневмонией в условиях поликлиники

Н.Б. Троицкая, Н.Э. Антоненко, И.Е. Родионова, С.С. Еремина, А.В. Михалева
ФГУ «Поликлиника консультативно-диагностическая» УД Президента РФ

По данным многолетнего мониторинга, заболеваемость пневмонией детей, обслуживающихся в поликлинике, колеблется от 7,7 до 11,0%. Проведен анализ заболеваемости пневмонией детей, наблюдающихся в ФГУ «Поликлиника консультативно-диагностическая» за 2006 год. Зарегистрировано 54 случая острой пневмонии. Показатель заболеваемости составил 10,15 на 1000 контингента (в 2005 году - 10,85, в 2004 году - 11,43) - табл. 1.

Таблица 1. Возрастная структура детей

Возраст	2004г.		2005г.		2006г.	
	абс.	на 1000	абс.	на 1000	абс.	на 1000
До 1 года			1	3,4	6	19,5
1 - 3 года	10	11,2	19	11,2	7	6,9
4-6 лет	18	13,0	13	13,0	14	9,3
Старше 7 лет	27	11,0	22	11,0	27	10,7
Всего...	55	11,43	55	10,85	54	10,15

Из представленной таблицы видно, что наибольший показатель заболеваемости приходится в 2006 году на детей в возрасте до 1 года — 19,5. В основном это дети с поздним обращением, отягощенным анамнезом, внутриутробной инфекцией (1 ребенок — с внутриутробной пневмонией). Среди детей раннего и дошкольного возраста заболеваемость пневмонией в динамике за три года снизилась. Показатель заболеваемости детей школьного возраста практически не изменился.

В старших возрастных группах более половины детей имели сопутствующую патологию (аденоиды, аллергопатологию, обструктивный синдром в анамнезе, нефропатологию), посещали дошкольные учреждения, были из группы частоболеющих. В 60% случаев пневмония протекала в сочетании с поражением ЛОР-органов (отит, гайморит).

Соотношение мальчики:девочки в пользу мальчиков 1:3.

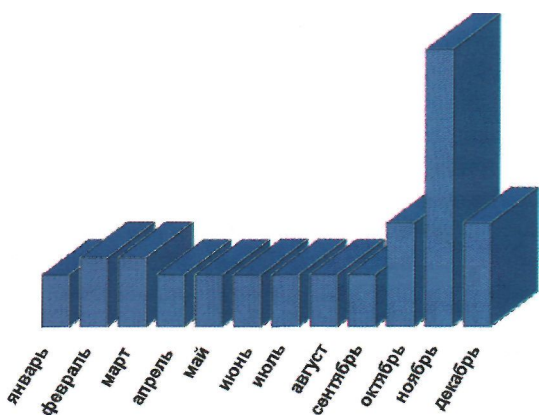


Рис. 1. Заболеваемость пневмонией.

Отмечается выраженная сезонность заболеваемости пневмонией — около 70% всех случаев приходится на осенне-зимний период с пиком в октябре-декабре (рис. 1).

В структуре всех осложнений ОРВИ на долю пневмоний приходится 0,2-0,3%. Вместе с тем в 76% случаев пневмония развивается на фоне предшествующих ОРВИ и гриппа.

По локализации преобладали нижнедолевые процессы, правосторонние — 30%, левосторонние — 24%, верхнедолевые — составили 18%, в 4 случаях пневмония была двусторонней. По тяжести течения преобладали среднетяжёлые формы и в 3 случаях регистрировалось тяжёлое течение, в том числе ребенок до 1 года.

С целью верификации этиологического фактора в 2006 г. было обследовано 96% детей, перенесших острую пневмонию, причем в 77% случаев им проводился полный спектр имеющихся лабораторных исследований. В результате диагностики удельный вес этиологически подтвержденных пневмоний в течение последних 3 лет удалось повысить до 50%. В структуре установленных возбудителей острой пневмонии по-прежнему значительная роль принадлежит оппортунистической инфекции (табл. 2).

Таблица 2. Возбудители пневмонии

Возбудители пневмонии	Кол-во случаев
Mycoplasma pneumoniae	10
Хламидии	4
Бактериальная уточненная	9
Бактериальная неуточненная	23
Вирусная уточненная	4
Вирусная неуточненная	4
Врожденная неуточненная	1

Как правило, эти инфекции регистрируются у детей начиная с 4-летнего возраста. В 2006 году удельный вес микоплазменной (42%) и хламидийной (15%) инфекций составил более половины (57%) всех случаев этиологически расшифрованных пневмоний. В 2007 году отмечается тенденция к увеличению роли оппортунистической инфекции в этиологии пневмоний (более 70%).

Большинство детей получили лечение в условиях стационара (в 2006 году 39 детей — 72%). Вместе с тем растет количество организуемых стационаров на дому. После перенесенной пневмонии в 60% случаев отмечались остаточные изменения на рентгенограммах: в основном в виде уплотнения бронхов, локального усиления легочного рисунка, подчёркнутости междолевой плевры, что требовало дополнительных реабилитационных мероприятий.

Дети, перенесшие пневмонию, направляются в отделение реабилитации, где наблюдаются совместно педиатрами и пульмонологами в течение года. Курсы реабилитационно-

го лечения проводятся согласно разработанным программам, планируется санаторное оздоровление.

В 2006 году в отделении реабилитации наблюдалось 86 детей после перенесенной пневмонии, из которых 43 ребенка перенесли пневмонию в 2005 г., 43 ребенка — в 2006 году. В целом охват реабилитацией детей, перенесших пневмонию, составил 79,6%.

Комплекс реабилитационного лечения разрабатывался индивидуально для каждого ребёнка с учетом фазы заболевания, сопутствующей патологии, возраста ребенка.

В ранней стадии разрешения пневмонического процесса назначался щадящий массаж грудной клетки, дыхательная гимнастика в зале ЛФК, противовоспалительная физиотерапия, направленная на рассасывание экссудата (УВЧ на грудную клетку, интерференционные токи, магнитотерапия, электрофорез), по показаниям — физиотерапия на остаточные проявления респираторной инфекции (КУФО, ингаляции с травами).

С целью увеличения дыхательных объемов, улучшения вентиляции легочной ткани назначались процедуры Кардио-БОС для выработки диафрагмально-релаксационного дыхания, что позволяет улучшить показатели функции внешнего дыхания, нормализовать работу вегетативной нервной системы путем достижения синхронизации фаз дыхания и работы сердца, достигнуть максимальной индивидуальной дыхательной аритмии сердца, снизить уровень психоэмоционального напряжения. Контролируются колебания грудной клетки и передней стенки живота. Кроме того, регистрируется отношение длительности выдоха ко вдоху, при этом оптимальным считается отношение 3:1. Критериями оценки эффективности лечения являются показания дыхательной аритмии сердца (ДАС) и пикфлоуметрии по окончании курса лечения.

Для улучшения тканевого дыхания, обогащения тканей организма кислородом проводилась процедура нормобарической гипокситерапии «Горный воздух» (дыхание газовыми смесями с пониженным содержанием кислорода при нормальном атмосферном давлении). Гипокситерапия — имитирование высокогорных условий по содержанию кислорода, без дополнительных неблагоприятных факторов: повышенная влажность, высокая интенсивность солнечной радиации, ионизация воздуха.

Механизмы действия гипокситерапии:

— улучшение микроциркуляции в органах и тканях за счет раскрытия резервных капилляров, а также образование новых;

— повышение кислородтранспортной функции крови за счет выброса форменных элементов из депо и стимуляция красного ростка костного мозга;

— снижение активности перекисного окисления липидов, следствие — повышение активности антиоксидантной системы;

— антистрессовое действие; состояние хронического стресса характеризуется наличием доминантного застойного очага в центральной нервной системе; гипоксия, сама будучи физиологическим стрессом, по принципу конкурентного влияния образует новую доминанту ;

— мобилизация эндокринных механизмов функциональной регуляции «гипоталамус — гипофиз — кора надпочечников», что реализуется повышением уровня общей резистентности организма по отношению к разнообразным экстремальным факторам внешней среды.

Индивидуальная чувствительность к гипоксии определяется путем проведения специального гипоксического теста — проба Штанге (рис. 2, 3). Задержка дыхания на вдохе с фиксированием времени ее продолжительности является простым и достаточно информативным показателем состояния компенсаторных возможностей организма.

Нормобарическая гипоксическая тренировка в интервальном режиме в комплексе с классическими методами оздоровления вызывает улучшение функционального состояния дыхательной системы.

Повторные курсы реабилитации дети проводили как в поликлинике, так и в ЦКБ, по месту жительства, в санаториях.

Повторные курсы реабилитации детей, перенесших пневмонию, включали занятия лечебной физкультурой для укрепления мышечного тонуса, чередующиеся со специальными дыхательными упражнениями, массаж грудной клетки, галотерапию, процедуры по методу биологической обратной связи, рефлексотерапию.

Также проводилась кедротерапия в кедровой кабине. Элементы конструкции кедропластовой кабины испускают выраженный специфический аромат сибирского кедра. Внутри кабины образуется повышенная концентрация фитонцидов, флавоноидов, борнилацетата, а также других ароматических масел и смол, что осуществляет профилактику повторных респираторных заболеваний.

Динамика состояния ребенка на фоне проводимого лечения оценивалась как клинически, так и под контролем спирометрических и гипоксических показателей (пульсоксиметрия, пикфлоуметрия, пробы Штанге). У всех детей в процессе наблюдения отмечалось достоверное восстановление этих показателей до возрастной нормы.

В целом реабилитационное лечение было эффективным, однако отмечено, что лучшие результаты по-

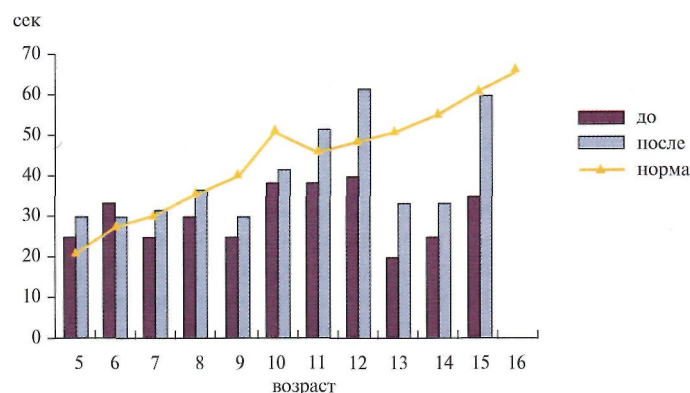


Рис. 2. Динамика пробы Штанге (мальчики).

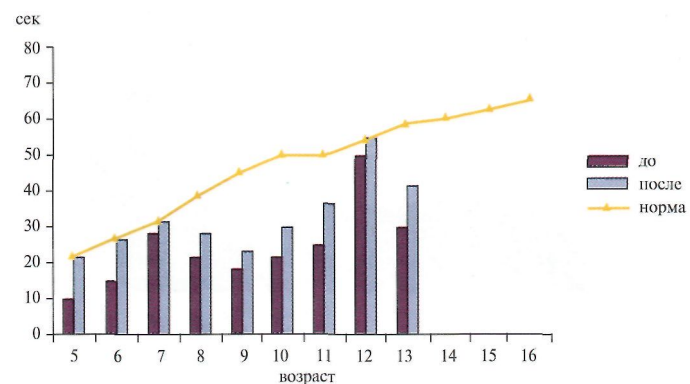


Рис. 3. Динамика пробы Штанге (девочки).

лучены при одновременном использовании нескольких процедур.

В результате проводимого реабилитационного лечения 55,6% детей в течение года не болели, еще 41,7 % перенесли за год наблюдения 1–2 ОРВИ в легкой форме без осложнений, хотя большинство из них относились к группе частоболеющих. Отмечено 6 случаев осложненного течения ОРВИ в виде синусита (2), отита (2), бронхита (2). Повторных случаев пневмонии не было. Количество осложнений у детей, не проходивших реабилитационное лечение, было много выше (табл. 3).

Качество течения периода реконвалесценции после перенесенной острой пневмонии определялось сроками начала проведения реабилитационных мероприятий, их одновременной комплексностью и короткими интервалами между первым и вторым курсами реабилитации. Наилучшие результаты отмечены у детей, получивших 2 и более курсов лечения за год.

Таблица 3. Заболеваемость детей-реконвалесцентов пневмонией

Заболеваемость ОРВИ	2004 г.	2005 г.	2006 г.
Не болели	36-46,2%	52-67,3%	60-55,6%
1–2 раза	29-37,2%	23-29,5%	45-41,7%
3 и более раз	13-16,6%	3-3,8%	3-2,8%
Осложненные формы	15	9	6
Повторные пневмонии	2	0	0

Таким образом, процент эффективности реабилитационного лечения детей после перенесенной пневмонии составил в 2006 году 97,3%, что много выше по сравнению с предыдущими годами.

Кератокисты челюстей и их связь с сопутствующей патологией у детей и подростков

Ю.А. Родионова, Г.Ю. Трибунов, *Н.В. Черниговская, *С.А. Ульянов, *Т.А. Тутуева, Л.Е. Кременецкая
ФГУ «Поликлиника консультативно-диагностическая» УД Президента РФ, *МГМСУ

Международная гистологическая классификация опухолей (МГКО) в 2005 году перенесла кератокисты (КК) в разряд опухолей и рекомендовала термин — кератокистозная одонтогенная опухоль (КСОТ), так как он лучше отражает неопластическую природу опухоли. КСОТ является пороком развития зубообразовательного эпителия, ее источником могут стать образования, известные под названием железы Serres. Это скопления эпителиальных клеток, оставшиеся под поверхностью десны в виде белесоватых пятнышек и не рассосавшиеся после рождения [4]. Развивается КСОТ в зубосодержащих участках челюсти или позади третьего моляра нижней челюсти с распространением на ветвь [5]. Опухоль обладает агрессивным поведением, способна разрушать окружающие ткани, часто рецидивирует и, по данным литературы, может озлокачиваться [6]. Учитывая скудную клиническую симптоматику, эти кистозные образования у детей диагностируются несколько реже, на поздних стадиях развития, либо они обнаруживаются случайно при рентгенологическом обследовании. Очень часто кератокисты диагностируются как воспалительные радикулярные кисты. Все это приводит к диагностическим ошибкам, неправильно выбранной тактике лечения и, как следствие, — к рецидиву заболевания.

В ФГУ «Поликлиника консультативно-диагностическая» с 1990 года на лечении находилось 37 детей с кератокистами (КК) челюстей: 18 девочек и 19 мальчиков. Была установлена частота и возраст проявления КК, этапы диагностики, дифференциальной диагностики, вид лечения. Жалобы, послужившие причиной обращения в лечебные учреждения, у большинства больных были на деформацию челюстных костей в области локализации образования. У 2 больных КК были обнаружены случайно при рентгенологическом обследовании, проведенном по ортодонтическим показаниям. Воспаление КСОТ послужило причиной

госпитализации в клинику 2 больных, и у одного пациента образование выявлено в процессе обследования при затрудненном прорезывании зуба 28. Эти пациенты направлялись на кафедру детской хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии МГМСУ, где им оказывалась квалифицированная помощь в условиях стационара.

В клинике больным проводилось стандартное обследование, включающее в себя клиническое, рентгенологическое и лабораторные исследования. Практически у всех больных при внешнем осмотре выявлено нарушение конфигурации лица за счёт появления незначительной припухлости в области образования. Со стороны полости рта определялась умеренная сглаженность переходной складки за счёт выбухания кортикальной пластинки. В некоторых случаях определялась её податливость. Слизистая оболочка в цвете не изменена. Болезненность при пальпации отмечена только у больных с признаками воспаления кисты.

Подвижность зубов, расположенных в проекции образования, была отмечена у 4 больных. Первичная адентия центральных зубов выявлена у 3 пациентов.

При рентгенологическом обследовании челюстных костей КК представляли собой очаги деструкции костной ткани неправильной, округлой формы, с чёткими границами, ровными контурами. При локализации кисты на верхней челюсти в отдельных случаях отмечена некоторая фестончатость нижней границы образования, что связано с особенностями локализации бухт верхнечелюстной пазухи. Кисты этой локализации в той или иной степени оттесняли дно верхнечелюстной пазухи. У всех больных выявлено резкое несоответствие рентгенологической картины и клинического проявления образования. Обширная киста, занимающая часть тела, угол и всю ветвь челюсти, лишь незначительно деформировала переднюю кортикальную пластинку, т.е. КК имеют тенденцию к преимущественному росту в губчатом