

Многолетний мониторинг йодного дефицита в заполярных Игарском и Туруханском районах показал эффективность профилактических мероприятий. В Игарском районе медиана йодурии у детей нормализовалась и составила 115 мкг/л против 30,8 мкг/л. В Туруханском районе медиана йодурии также возросла с 30 до 98 мкг/л.

Проанализированы данные скрининга врожденного гипотиреоза в Красноярском крае — результаты анализов ТТГ у 8500 новорожденных. В целом по краю частота регистрации уровней ТТГ более 5 мЕд/л составила 23,9%, что соответствовало умеренной йодной недостаточности. Транзиторный гипотиреоз был выявлен у 0,5% новорожденных. При этом в различных районах Красноярского края частота обнаружения неонатального тиреотропного гормона более 5 мЕд/л колебалась от 9,2 до 44%. Наибольшие значения этого критерия (более 40%) зарегистрированы в Эвенкии и на Таймыре, что указывает на серьезный йодный дефицит в этих северных регионах и необходимость проведения комплексных эпидемиологических исследований ЙДЗ. Здесь же выявлена и наибольшая частота транзиторного неонатального гипотиреоза (8,9%).

В заполярных Игарском и Туруханском районах на фоне регулярной йодной профилактики частота регистрации уровней ТТГ выше 5 мЕд/л у новорожденных стала соответствовать слабой йодной недостаточности, несмотря на серьезный природный дефицит этого элемента. Здесь не зарегистрировано ни одного случая транзиторного гипотиреоза. В республике Хакасия в 2000 г. частота обнаружения уровней ТТГ более 5 мЕд/л составила 9,5%, что также соответствовало легкой йодной недостаточности. Итак,

анализ ТТГ-скрининга новорожденных на гипотиреоз свидетельствовал об эффективности внедренных методов йодной профилактики в обследованных регионах Сибири.

Таким образом, наши исследования показали, что в Сибири имеет место серьезный природный дефицит йода, влияющий на здоровье населения и требующий проведения адекватной йодной профилактики. Методы массовой и групповой йодной профилактики, внедренные в обследованных регионах Сибири, оказались эффективны, тяжелый дефицит йода был ликвидирован в короткие сроки.

Литература

1. Delange F. *Endemic cretinism*. — Philadelphia : JB Lippincottpubl, 2000.
2. WHO, UNICEF, and ICCIDD. *Assessment of the Iodine Deficiency Disorders and monitoring their elimination* // Geneva: WHOpubl., 2001. — P. 1-107.
3. Glinoe D, Delange F. // *Thyroid*. — 2000. — Vol. 10. — P. 871-887.

Поступила в редакцию 16.08.05.

EPIDEMIOLOGY OF IOD-DEFICIENCY DISEASES IN SIBERIA

I. V. Osokina

Scientific Research Institute of the Northern Medical Problems Siberian Branch of the RAMS (Krasnoyarsk)

Summary — The discontinuance of iodine prophylaxis in 90th years, population migration, deterioration of social and economic conditions promoted the growth of iodine-deficiency diseases in Siberia. Since 1994 in 22 expeditions 10680 children in various geographical regions of Siberia are surveyed. The serious natural deficiency of iodine influencing health of the population has been registered. Methods of mass and group iodine prophylaxis were effective; deficiency of iodine has been liquidated in short terms.

Pacific Medical Journal, 2005, No. 3, p. 68-70.

УДК 616.24-002-073-053.2(571.63)

Г.Н. Бондарь, Е.В. Шеметова, В.Н. Рассказова

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ ВЛАДИВОСТОКА

Владивостокский государственный медицинский университет,
Городская детская клиническая больница № 3
(г. Владивосток)

Ключевые слова: пневмония, дети, клиника, диагностика.

Острые заболевания органов дыхания у детей — это очень обширный перечень патологических процессов, так как вирусы и бактерии, как основные виновники поражения респираторного тракта, могут заселять как верхние, так и нижние дыхательные пути. Пневмония является наиболее тяжелым, иногда угрожающим жизни детей заболеванием. Подавляющее большинство внебольничных («домашних»)

пневмоний — результат активации эндогенной бактериальной флоры носоглотки, хотя возможно и экзогенное инфицирование [4]. И несмотря на определенные достижения в расшифровке этиологии, уточнении патогенеза и клиники, разработки массы схем лечения пневмоний, заболеваемость и смертность среди детей и подростков остается высокой [3]. Заболеваемость пневмонией в России, согласно данным В.К. Таточенко, в последние годы находится в пределах 4—17 случаев на 1000 детей в возрасте от 1 месяца до 15 лет.

Цель настоящего исследования — определить клинико-рентгенологические особенности течения внебольничных пневмоний (ВБП) у детей на современном этапе. Для достижения данной цели были поставлены следующие задачи: изучить возрастную структуру ВБП, сроки госпитализации, преморбидный фон в различных возрастных группах, клинические и рентгенологические особенности поражения легких.

С 1998 по 2005 г. в соматическом отделении Городской детской клинической больницы № 3 г. Владивостока по поводу ВБП получили лечение 1934 ребенка

в возрасте от 1 месяца до 17 лет (рис. 1). Следует отметить, что в последнее десятилетие прошлого столетия во Владивостоке ВБП чаще (60,2%) регистрировалась среди детей 4–7 лет [1]. На собственном материале более частая заболеваемость среди детей до 1 года отмечена в 2002 г. (20,1%), от 1 года до 3 лет — в 2003 (43,3%) и в 2005 г. (31,9%), 4–7 лет — в 1999 г. (26,1%). У детей старшего возраста (8–17 лет) пик заболеваемости (51,2%) пришелся на 1998 г.

На догоспитальном этапе в 1998–2005 гг. более половины детей (60,7%) лечились и в последующем были направлены в стационар с диагнозами «Бронхит» и «Пневмония». Остальные дети в качестве направительных имели следующие диагнозы: «Острая респираторная вирусная инфекция с гипертермическим синдромом», «Острый бронхит», «Длительный субфебрилитет», «Отит». Острая ВБП диагностирована у 149 человек (7,7%) на 1–2 день, у 1110 (57,4%) — на 3–4 день, у 675 (34,9%) — на 5–6 день течения острого респираторного заболевания. Раннее обращение к врачу (то есть в первые 2–3 дня болезни) одинаково часто наблюдалось среди детей раннего возраста как в 2005, так и в 1998 г. (70,9 и 76,4% соответственно). При этом на догоспитальном этапе в последние пять лет дети чаще (81% наблюдений) получали симптоматическую терапию и лечились амбулаторно в среднем 4 дня. Дети старшего возраста обращались к врачу позже, примерно на 6–8-й дни болезни как в 1998, так и в 2005 г., причем в последние годы отмечена тенденция к раннему назначению антибактериальных препаратов (чаще макролидов) именно в этой возрастной группе. Таким образом, на догоспитальном этапе среди детей старшего возраста диагностика пневмоний была несвоевременной, что связано, с одной стороны, с назначением антибактериальной терапии, а с другой — с отказом родителей от госпитализации, а также отсутствием должной настороженности участкового врача в отношении развития пневмонии.

Изучение антенатального анамнеза показало в 98% наблюдений отягощенный преморбидный фон, нозология которого зависела от возрастного периода. У детей до 3 лет в анамнезе выявлены хроническая гипоксия плода (53%), перинатальное поражение центральной нервной системы различной степени тяжести и генеза (47,4%). В 34% случаев беременность протекала с угрозой прерывания, 14% наблюдаемых детей родились недоношенными, диагноз задержки внутриутробного развития (чаще по гипотрофическому варианту) был выставлен 27 пациентам (3,1%). У 6% детей отмечена асфиксия в родах. Рахит I–II ст. был зарегистрирован у 25 человек (в большинстве случаев диагноз обосновывался в стационаре). Железодефицитная анемия была диагностирована в 5,2%, дисбиоз кишечника — в 11,6% случаев. У 34% детей был отягощен аллергологический анамнез. Среди заболевших первого года жизни на естественном вскармливании

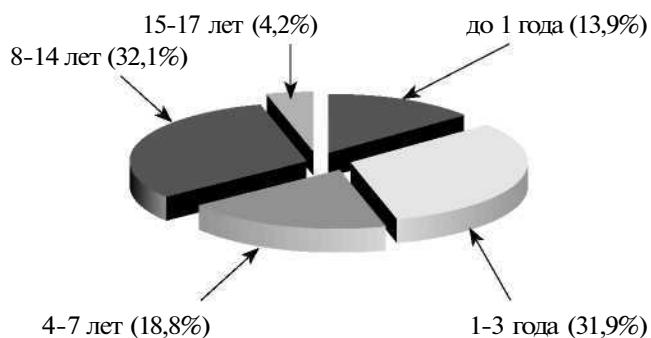


Рис. 1. Возрастная структура детей, перенесших ВБП.

нии находились только 32 ребенка (3,6%). В группе детей дошкольного возраста четко прослеживалось формирование хронической патологии. Так, диагноз хронического тонзиллита был выставлен в 18,7%, заболеваний желудочно-кишечного тракта неинфекционной этиологии — в 16,5% случаев. Болезни аллергического генеза (аллергический ринит, бронхиальная астма, атопический дерматит и др.) зарегистрированы у 11,5%, дисфункции мочевого пузыря — у 3,9% детей. Среди детей школьного возраста (685 человек) сопутствующие диагнозы имели следующую структуру: хронический тонзиллит (9%), хронический гастрит и гастродуоденит (7,6%), язвенная болезнь (1%), дискинезии желчевыводящих путей (5,7%), дистрофии (1,2%), ожирение (0,9%), нейроциркуляторные дистонии различного генеза и типа (6,3%), хронический пиелонефрит (3,2%).

Согласно клиническим и рентгенологическим данным, ВБП у 788 (40,8%) больных пневмония была правосторонней, у 315 (16,3%) — левосторонней, у 831 (42,9%) — двусторонней. У 1595 (82,5%) пациентов она носила очаговый характер, у 150 (7,7%) — очагово-сливной и у 189 (9,8%) — сегментарный. Доля осложнений составила 0,93% (18 больных), все они были легочными: плевриты (7 случаев) и деструктивные процессы (3 случая). Наиболее частыми сегментами локализации воспаления в легких были S_3 , S_8 , S_{10} .

Среди основных симптомов заболевания фигурировали повышение температуры тела до фебрильных (74%) и субфебрильных (23,5%) цифр, кашель сухой (69,4%) и влажный (29,8%), выраженная интоксикация (20,7%), одышка смешанного характера (27%). Аускультативно у 294 больных выслушивались сухие хрипы, влажные мелко- и среднепузырчатые зарегистрированы в 82,3% случаев. В 51 наблюдении (2,6%) хрипов не было на протяжении всего заболевания (рис. 2). Отмечено, что в возрастной группе детей 13–15 лет основными жалобами были упорный сухой приступообразный («изнуряющий») кашель, головные и мышечные боли различной степени выраженности при относительно нетяжелом состоянии; температурная кривая чаще имела фебрильный характер. При рентгенографии органов грудной клетки у этих пациентов чаще визуализировалась мелкоочаговая, иногда многофокусная инфильтрация. Особенности

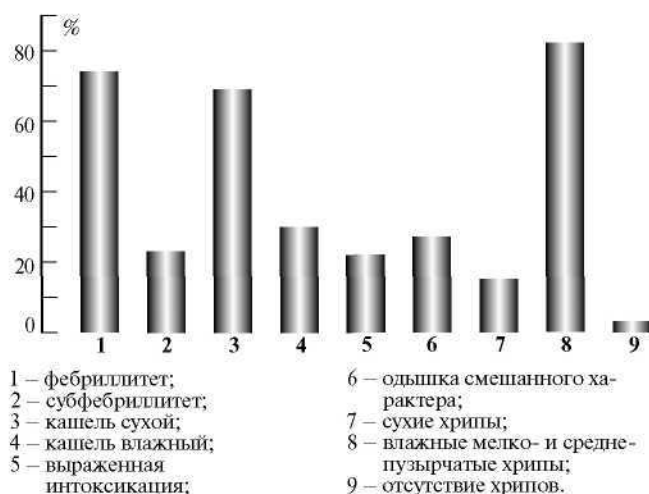


Рис. 2. Клиническая характеристика ВБП у детей.

клинического течения в этой группе больных предполагали микоплазменную этиологию острой пневмонии (у 12 пациентов в крови были обнаружены специфические антитела класса IgM). У 34 детей разных возрастных групп заболевание началось с развития фарингита и выраженных изменений в зеве. Их беспокоили боли при глотании и осиплость голоса, малопродуктивный приступообразный кашель. Лечение проводилось амбулаторно по поводу неосложненной острой респираторной инфекции верхних дыхательных путей и в связи с отсутствием положительного эффекта. После рентгенографии органов грудной клетки были даны направления на стационарное лечение с диагнозом «Пневмония». В данной группе детей также можно было предположить нетипичную этиологическую структуру ВБП (возможно, хламидийную). Наличие классических физических данных (укорочение перкуторного звука, ослабленное или бронхиальное дыхание и мелкопузырчатые хрипы над пораженным участком легкого) делало диагноз несомненным, но их отсутствие в начале болезни (у 1/5 больных) не исключало пневмонии. Так, в этой группе детей в 19% случаев пневмония была диагностирована рентгенологически при клинической картине бронхита [2].

При анализе рентгенологических особенностей пневмоний обращало на себя внимание изменение их и по форме, и по реакции корней легких. Отмечено резкое снижение количества сегментарных пневмоний (до 9,8%) за счет появления поражений легочной ткани очагово-сливного характера, а также увеличение с каждым годом доли пневмоний с инфильтрацией и неструктурностью корней на рентгенограмме (рис. 3).

Таким образом, у детей дошкольного возраста клиническая картина острой внебольничной пневмонии более типична: с развитием респираторного, бронхолегочного и интоксикационного синдрома. Но у детей школьного возраста на современном этапе можно отметить некоторые особенности: постепенное (чаще) начало заболевания на фоне длительной

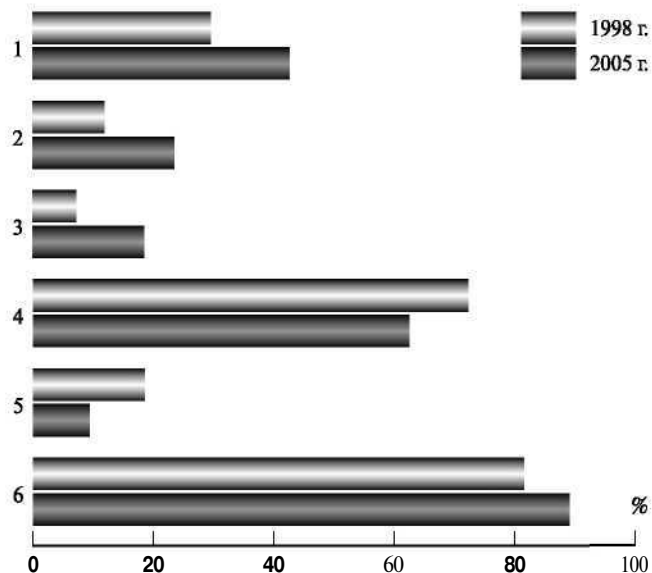


Рис. 3. Рентгенологическая характеристика ВБП у детей.

субфебрильной температуры, упорный малопродуктивный, длительно сохраняющийся сухой кашель, несоответствие аускультативных данных общему состоянию ребенка, отсутствие эффекта от традиционной антибактериальной терапии. Выявленные особенности дают возможность сделать предположение о серии нетипичных пневмоний, зарегистрированных в 2004—2005 гг. Все это требует дифференцированного подхода к постановке диагноза пневмонии, проведения рациональной антибактериальной терапии и назначения дополнительного обследования.

Литература

1. Бондарь Г.Н., Лучанинова В.Н. // *Педиатрия*. — 2002. — №4. — С. 34–37.
2. Бондарь Г.Н. // *Подростковая медицина: материалы научных исследований региональной конференции*. — Владивосток, 2004. — С. 199–200.
3. Мизерницкий Ю.А., Сорокина Е.В. // *Рос. вест. педиатрии и неонатологии*. — 2005. — № 3. — С. 4—8.
4. Шабалов Н.П. // *Лечащий врач*. — 2003. — № 2. — С. 16–23.

Поступила в редакцию 09.08.05.

CLINIC AND RADIOLOGICAL FEATURES OF PNEUMONIAS IN CHILDREN OF VLADIVOSTOK

G.N. Bondar, E.V. Shemetova, V.N. Rasskazova
Vladivostok State Medical University, City Children's Hospital №3 (Vladivostok)

Summary — It is the analysis of age structure of 1934 children treated in 1998—2005 with pneumonia. The clinical and radiological characteristic of pneumonias and features of their presence nowadays are given. It is shown, that in children of school age, the presence of the disease was atypical: the gradual beginning, unproductive cough, less correlation between physical findings and patient's condition, no effect of common antibacterial therapy.