

СВЕРДЛОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

На правах рукописи

Г. М. БОРОДИНА

**НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ
КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ
ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ
С РАХИТОМ**

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Свердловск 1955

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, профессор Ю. А. Котиков

Кандидат медицинских наук, доцент В. С. Дуброва

Автореферат отправлен 24. V. 55₂

Защита диссертации состоится 24. VI. 55₂

На правах рукописи

Г. М. БОРОДИНА

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ
КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ
ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ
С РАХИТОМ

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

За последние годы, в связи с улучшением материального благосостояния трудящихся, повышения культурного уровня населения и улучшения лечебно-профилактической работы среди детского населения, резко снизилась заболеваемость и особенно летальность от пневмонии.

По данным Г. Н. Сперанского, летальность от пневмонии у детей, достигавшая ранее 35—40% и больше, снизилась в 1940 г. до 10%, а в первое полугодие 1941 г. до 2—5%. По данным Центрального научно-исследовательского педиатрического института, летальность от пневмонии в 1951—52 гг. снизилась до 2,3% для детей до года и до 1,7% для детей от года до 3-х лет. Однако пневмония у детей раннего возраста все еще является частым и тяжелым заболеванием, занимающим одно из первых мест среди причин детской смертности. По литературным данным (работы М. С. Маслова, Е. М. Лепского, Ю. Ф. Домбровской, С. О. Дулицкого и др. авторов), дети, страдающие рахитом, заболевают пневмонией чаще. Пневмония у этих детей протекает тяжело, нередко наблюдаются затяжные и хронические рецидивирующие пневмонии. Это связано с нарушением физиологической функции коры головного мозга и обменных процессов, с изменением со стороны костной, мышечной, дыхательной, сердечно-сосудистой и др. систем у детей, имеющих рахитический процесс, и понижением их реактивности.

Изучению пневмонии и рахита посвящена большая литература, однако вопросы клиники и лечения пневмонии у этих детей освещены недостаточно полно и нуждаются в дальнейшей разработке. Поздняя госпитализация практическими врачами детей больных пневмонией и рахитом, недостаточный учет рахитического процесса у больного при лечении пневмонии приводят нередко к тому, что заболевание принимает затяжной характер и чаще дает осложнения и рецидивы.

Углубленное изучение клиники пневмонии у детей, страдающих рахитом, поможет улучшить диагностику заболевания, а также обосновать и проводить правильную патогенетическую терапию, направленную одновременно на ликвидацию пневмонии и рахита и на повышение реактивности ребенка.

Исходя из этого, мы поставили своей задачей путем изучения клиники выявить основные особенности клинического течения

пневмонии у детей, отягощенных рахитом. Нами проводилось исследование картины периферической крови и содержание неорганического фосфора крови, а также рентгеновское исследование органов грудной клетки и костной системы в динамике заболевания. Так как течение любого патологического процесса во многом зависит от состояния и реактивности ребенка до заболевания, нами учитывались условия жизни детей, характер вскармливания и перенесенные ранее заболевания.

Клиническая картина пневмонии изучалась нами у больных детей, находившихся на лечении в Свердловском институте охраны материнства и младенчества. Всего под нашим наблюдением было 207 больных, поступивших по поводу пневмонии. Все наблюдаемые дети были в возрасте до 3-х лет, причем большинство из них в возрасте до года (66,7%).

Больше половины детей (57,4%) находилось на искусственном и смешанном вскармливании, у значительной части больных отмечалось беспорядочное кормление, несвоевременное назначение прикорма, позднее введение овощных и мясных блюд. Витамины давались не регулярно и в недостаточном количестве.

Неправильное питание неблагоприятно отражается на развитии и состоянии детей первых лет жизни и расценивается нами как одна из причин, повышающих заболеваемость детей рахитом и пневмонией.

Две трети детей при поступлении имели хронические расстройства питания. Так с гипотрофией I степени поступило 14,5% детей, с гипотрофией II степени 49,9% и с гипотрофией III степени 5,7% детей. Нормальный вес был только в 29,9% случаев.

Нарушение функции центральной нервной системы, извращенные обменные процессы и резкое снижение реактивности у детей с гипотрофией, особенно II и III степени, не могли не отразиться на течении у них пневмонии и рахита.

Многие дети до поступления перенесли ряд заболеваний.

Детей, не болевших до данного заболевания, было только 37,6%, остальные 62,4% детей перенесли те или иные заболевания. Среди заболеваний первое место занимали пневмония и грипп. Наибольшая заболеваемость детей до года падала на возраст старше 6 месяцев, а из всех наблюдаемых — на детей старше года.

Все больные, страдающие пневмонией, были с выраженными проявлениями рахита. С начальной стадией рахита больных не было, также не было больных и с остаточными явлениями рахита. Рахит I степени в цветущей стадии имелся у 10,1% больных. С цветущим рахитом II степени было 66,2% детей, с затихающим рахитом II степени только 8,7%. С цветущим рахитом III степени было 14% и с затихающим рахитом III степени был 1% больных.

На наличие активного рахитического процесса указывали клинические симптомы поражения нервно-мышечной системы у детей: двигательные, чувствительные, сосудистые расстройства, нарушения трофики и функции вегетативной нервной системы, а также

симптомы со стороны эмоциональной сферы. У всех детей наблюдалось низкое содержание неорганического фосфора крови, которое колебалось в пределах от 1,2 мг% до 3,6 мг% (в среднем 2,6 мг%). Данные рентгеноскопии и рентгенографии костной системы также указывали на наличие активного рахитического процесса.

Всем детям в клинике был поставлен диагноз мелкоочаговой пневмонии, которая обычно и наблюдается у детей первых 2-х лет жизни, особенно при наличии гипотрофии и рахита. Как видно из литературных данных, основная особенность течения пневмонии у детей, страдающих рахитом, заключается в тяжелом затяжном, а в ряде случаев и в хроническом рецидивирующем течении заболевания. Поэтому для более дифференцированного подхода к оценке клинических симптомов мы выделили 3 группы детей в зависимости от течения у них пневмонии.

Первую группу — 54% случаев составляли дети с острым течением пневмонии, когда длительность заболевания не превышала 2—3 недель.

Ко второй группе — 15,4% случаев мы отнесли больных с затяжным течением, когда разрешение пневмонии задерживалось до месяца и дольше.

В 30,4% случаев (третья группа) наблюдалось хроническое рецидивирующее течение пневмонии. Эти дети до поступления в клинику и в клинике давали повторные обострения пневмонии, что затягивало ее течение на несколько месяцев.

Затяжное и хроническое рецидивирующее течение пневмонии мы наблюдали у детей с более тяжелыми проявлениями цветущего рахита и гипотрофии.

В первые дни заболевания поступали главным образом дети с острым течением пневмонии. Позднее поступление наблюдалось чаще при затяжном и хроническом течении пневмонии. Около 50% всех больных поступили позднее десятого дня заболевания.

Пневмония у детей, страдающих рахитом, чаще начиналась остро, с высокой температуры, независимо от дальнейшего течения. В дальнейшем температурная кривая имела различный характер. В ряде случаев тяжелый пневмонический процесс при затяжной и хронической пневмонии протекал при субфебрильной и даже нормальной температуре. Значительное повышение температуры во время пневмонии указывало обычно на обострение пневмонического процесса или присоединение осложнений.

Проводимая терапия антибиотиками и сульфаниламидными препаратами менее отражалась на температурной кривой детей при затяжной и хронической пневмонии, чем при острой.

На тяжелое течение пневмонии у детей, страдающих рахитом, указывает большой процент токсических и токсико-септических форм. При остром течении пневмония протекала тяжело в 32,1% случаев, из них токсические формы были в 24,1% и в 8% случаев имела токсико-септическая форма. При затяжной пневмонии

тяжелое течение наблюдалось у 75% больных; из них токсическая пневмония была у 28,2% и у 46,8% токсико-септическая. При хронической пневмонии 89% больных были с тяжелым течением пневмонии, из них токсическая пневмония была в 36,1% случаев и токсико-септическая в 52,3% случаев.

О тяжелом течении пневмонии говорит также и большой процент осложнений. При остром течении пневмонии осложнения были в 13,4% случаев; при затяжном течении осложнения наблюдались в 59,3% случаев и при рецидивирующей пневмонии в 76,1% случаев. Наиболее частыми осложнениями были парентеральная диспепсия (иногда с токсикозом), гнойный отит, пиурия, междолевые плевриты. Хроническая пневмония иногда осложнялась бронхоэктазиями.

Таким образом, к клиническим особенностям пневмонии у детей, страдающих рахитом, следует отнести часто наблюдаемое затяжное и хроническое течение пневмонии, тяжесть течения пневмонии (большой процент токсических и токсико-септических форм) и высокий процент осложнений. Все это указывает на пониженную реактивность детей с пневмонией, тяжелым рахитом.

Рассматривая пневмонию, как общее заболевание с вовлечением в патологический процесс прежде всего центральной нервной системы, мы обращали особое внимание на нарушение ее функций.

Изменение со стороны нервной системы наблюдалось у всех больных, но в более резкой степени оно было выражено у детей с тяжелым течением пневмонии, наличием рахита в цветущей стадии и проявлялось в резком беспокойстве, реже в вялости ребенка, кожной гиперестезии, потере сна, нарушении статических функций, потливости, мышечной гипотонии, а иногда и в выраженных менингеальных симптомах, в появлении судорог и потере сознания. Многие из этих симптомов, наблюдаемых при рахите становились более выраженными при заболевании пневмонией.

На нарушение со стороны нервной системы при пневмонии у маленьких детей имеются указания у многих авторов (М. С. Маслов, С. О. Дулицкий, Г. Н. Сперанский, Ю. Ф. Домбровская и др.), которые связывают эти изменения с недостаточно дифференцированной корой головного мозга, дающей разлитую реакцию в ответ на ряд раздражителей нейро-гуморального характера. В первую очередь это зависит от кислородной недостаточности, к которой особенно чувствительна мозговая ткань растущего организма. Имеет значение также снижение уровня кальция в крови, уменьшение резервной щелочности, повышение остаточного азота. В нарушении со стороны нервной системы при пневмониях у детей, страдающих рахитом, играет роль и рахитический процесс. По данным проф. Н. И. Красногорского, возбудимость мозговой коры у детей с явлениями рахита снижена в силу функциональной слабости и легкой истощаемости кортикальных клеток. Нарушение

функции коры приводит к изменению деятельности подкорковой области и вызывает нарушение интермедиярного обмена. При пневмонии в условиях кислородного голодания нарушение кортикальных реакций у детей с явлениями рахита еще более усиливается.

Ведущим звеном в патогенезе пневмонии у детей является дыхательная недостаточность, которая выражается клинически в появлении одышки и цианоза. Наиболее резко выраженная одышка и цианоз наблюдались нами у детей с тяжелыми проявлениями рахита.

Для детей, страдающих рахитом, характерно раннее появление резкой одышки, сопровождающейся стонущим дыханием и включением в акт дыхания вспомогательной мускулатуры. В разгаре заболевания одышка наблюдалась у всех детей и более стойко держалась при затяжной и хронической пневмонии. У большинства больных имелся цианоз в области носогубного треугольника, который нередко при двигательном возбуждении, крике и во время кашля значительно усиливался.

В разгаре заболевания цианоз при острой пневмонии был у 64,2% больных, при затяжной — у 87,5% больных и среди больных с хронической пневмонией наблюдался в 85,5% случаев.

При затяжной и особенно хронической рецидивирующей пневмонии одышка держалась длительно и не исчезала полностью между рецидивами. Наши клинические наблюдения за больными, страдающими пневмонией и рахитом, вполне согласуются с литературными данными (С. О. Дулицкий, Е. М. Лепский, М. С. Маслов, Ю. Ф. Домбровская) о том, что ацидоз, развивающийся при пневмониях, наслаивается на ацидоз, зависящий от нарушения обмена веществ при рахите.

При перкуссии у больных с явлениями пневмонии и рахита мы чаще наблюдали легочный звук с тимпаническим оттенком. В этих случаях рентгенологически определялось вздутие легочной ткани. Укорочение или притупление перкуторного звука в различных участках легких, чаще в паравертебральных отделах, мы имели при более массивных сливных, мелкоочаговых пневмониях, особенно при затяжной и хронической пневмонии.

У всех детей в разгаре заболевания изменялся характер дыхания.

Бронхиальное дыхание при острой пневмонии наблюдалось у 35,7% больных, при затяжной пневмонии — у 39,4% больных и при хронической — у 65% больных. Жесткое дыхание в разгаре заболевания было при острой пневмонии в 64,3% случаев, при затяжной пневмонии — в 40,6% случаев и при хронической пневмонии — в 35% случаев. В период разрешения пневмонии жесткое дыхание отмечалось у большинства больных. Наблюдалось обилие различных хрипов (сухие, крепитирующие, влажные различного калибра) и значительная стойкость их, особенно при затяжной и хронической рецидивирующей пневмонии, когда хрипы держались

месяцами и не исчезали полностью между рецидивами. Сухие хрипы оставались иногда и при выписке больных. При хронической пневмонии обилие хрипов в некоторых случаях напоминало клиническую картину бронхиальной астмы.

Рентгенологическая картина при остром, затяжном и хроническом рецидивирующем течении пневмонии у детей, страдающих рахитом, отличалась многообразием и зависела от величины и локализации очагов. Мелкие пневмонические очаги рентгенологически проявлялись усилением корневого рисунка, вздутием легочной ткани и функциональными изменениями в подвижности диафрагмы. Рентгенологическому определению были доступны только пневмонии с сливными очагами, которые значительно чаще наблюдались при затяжной и хронической форме пневмонии. Сливные очаги располагались преимущественно в паравертебральных отделах легких.

При остром течении пневмонии к моменту выписки у всех больных изменения в легких исчезали. При затяжной пневмонии часто имелись грубые фиброзные изменения в корнях легких, которые нередко оставались (в 25% случаев) у больных и при выписке. При хронической рецидивирующей пневмонии фиброзные изменения в корнях легких не исчезали между рецидивами и более чем в 50% случаев оставались и при выписке больных.

Помимо изменений функций нервной системы, выраженной дыхательной недостаточности и локальных изменений со стороны легких, в патологический процесс при пневмонии вовлекаются и другие органы и системы.

Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы выражались в проявлении тахикардии, глухости тонов сердца и появлении функционального систолического шума на верхушке.

При токсических и токсико-септических формах пневмонии, особенно при затяжном и хроническом течении изменения со стороны сердечно-сосудистой системы были более выраженными и держались дольше, но при разрешении пневмонии полностью исчезали и только там, где они зависели от тяжелого рахитического процесса или анемии, уменьшались по мере их излечения.

Таким образом, наличие рахитического процесса у детей приводит к значительному нарушению функции сердечно-сосудистой системы при заболевании их пневмонией. При этом имеет значение ограничение подвижности рахитически измененной грудной клетки, уменьшение присасывающего действия на кровь, притекающую к сердцу, изменение в положении сердца, создающее затруднения в его работе.

Значительные изменения мы имели также со стороны органов пищеварения, что зависело от состояния ребенка при поступлении, течения пневмонии и присоединившихся осложнений. Во всех случаях в разгаре заболевания была выраженная анорексия, которая нередко сопровождалась срыгиванием, рвотой и диспептиче-

ским стулом. Эти симптомы чаще имелись при затяжном и хроническом течении пневмонии. В токсических и токсико-септических случаях мы наблюдали частую рвоту, значительное падение в весе, частый жидкий, водянистый стул без слизи и крови. В посевах кала патологическая флора не обнаруживалась, не было и повышенного содержания лейкоцитов в кале.

При всех формах течения пневмонии в период разгара заболевания, обострения пневмонии, а также при присоединении тяжелых осложнений нередко отмечалось увеличение печени и реже увеличение селезенки. Эти изменения в большей степени были выражены у больных с тяжелыми проявлениями рахита и гипохромной анемии; в этих случаях увеличение печени и селезенки оставалось и после разрешения пневмонии.

Весовая кривая детей в разгаре заболевания в большинстве случаев снижалась или оставалась на одном уровне. Более значительное снижение веса наблюдалось при токсических и токсико-септических формах, а также во время обострения хронической пневмонии и присоединении тяжелых осложнений. Проведением комплексного лечения и назначением рациональной диетотерапии удавалось добиться значительной прибавки в весе не только у детей, перенесших острую пневмонию, но и при затяжной и хронической пневмонии. В последнем случае большое значение имела проводимая стимулирующая терапия. Так как одновременно с лечением пневмонии нами проводилось и лечение рахита (полноценное богатое витаминами питание, назначение рыбьего жира и лечебных доз витамина «Д», облучение ртутно-кварцевой лампой, прогулки и сон на воздухе и т. д.), наступало значительное уменьшение рахитического процесса. Это выражалось в уменьшении и исчезновении потливости, раздражительности, кожной гиперестезии, мышечной гипотонии. Улучшался сон и аппетит детей, восстанавливались статические функции, уменьшались костные изменения. Уровень неорганического фосфора крови к моменту выписки значительно повышался, а иногда достигал нормы.

Под влиянием комплексной терапии при острой, затяжной и хронической пневмонии наступали значительные сдвиги в рахитическом процессе, которые выражались в стихании клинических симптомов рахита, в уменьшении или исчезновении гипофосфатемии, в наступлении репаративных изменений в костной ткани и восстановлении или приобретении вновь статических функций, соответствующих возрасту.

Вследствие рано наступающей кислородной недостаточности при пневмониях у детей, страдающих рахитом, и значительных нарушений со стороны нервной, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта и нарушения в обменных процессах следует раньше начинать борьбу с кислородной недостаточностью и поддерживать функцию сердечно-сосудистой системы. Особенно важно обратить внимание на правильное назначение ребенку диеты и витаминов, необходимых для улучшения обменных процессов

в организме больного ребенка. Лечение детей, больных пневмонией и рахитом, должно быть комплексным. В каждом отдельном случае нужно правильно оценивать состояние ребенка, так как у этих больных имеется сложное сочетание патологических процессов, которое ухудшает их течение и требует взвешивающего подхода к лечению этих больных.

При изучении картины периферической крови в динамике заболевания с учетом возраста детей, тяжести рахитического процесса, а также состояния питания мы нашли, что при различном течении пневмонии у детей с явлениями рахита имеются значительные отклонения от обычной реакции нормотрофика на пневмонический процесс.

При всех формах пневмонии в большинстве случаев наблюдалась более или менее выраженная гипохромная анемия, с которой больные дети поступали в клинику. Некоторое улучшение красной крови наблюдалось к моменту выписки только у больных с острой пневмонией. При затяжной и хронической пневмонии анемия держалась длительно и уменьшалась лишь при проведении стимулирующей терапии.

В разгаре пневмонии реакция оседания эритроцитов была ускорена и у многих больных при затяжном и хроническом течении оставалась повышенной после разрешения пневмонии, что может указывать на наличие остаточных воспалительных изменений в легких и в других органах (при наличии осложнений).

Пневмония протекала с лейкоцитозом только у 6,6% больных. Больше чем в половине случаев (65,5%) количество лейкоцитов было в пределах возрастной нормы. У 27,9% больных наблюдалась лейкопения, которая держалась и в период разрешения пневмонии.

Со стороны лейкоцитарной формулы в большинстве случаев имелся нейтрофилез с сдвигом лейкоцитарной формулы влево и эозинопенией. Содержание лимфоцитов и моноцитов было также несколько понижено и при разрешении пневмонии не увеличивалось, а при затяжном и хроническом течении в ряде случаев даже уменьшалось. Следовательно, у детей, страдающих рахитом и гипотрофией, при пневмониях наблюдались различные типы лейкоцитарной реакции. Лейкоцитоз имелся редко. Лейкопения, эозинопения и лимфопения указывают на понижение реактивности этих детей.

Вопросы лечения детей, страдающих пневмонией и рахитом, требуют дальнейшего изучения. Наши клинические наблюдения показали, что своевременная комплексная терапия позволяет в большинстве случаев вывести ребенка из тяжелого состояния и добиться выздоровления даже при хронических формах пневмонии. При этом одновременно удается добиться уменьшения, а нередко и полной ликвидации рахитического процесса, что чрезвычайно важно для профилактики повторных заболеваний детей пневмонией.

ВЫВОДЫ

1. Больше половины наблюдаемых нами детей поступило в клинику в возрасте до года. Все дети имели активный рахитический процесс, причем в большинстве случаев имелось тяжелое проявление рахита II и III степени.

Неправильное вскармливание, уход, хронические расстройства питания и высокая заболеваемость, ослабляя иммунно-биологические силы ребенка, также способствуют развитию пневмонии.

2. У детей, страдающих рахитом, наблюдается мелкоочаговая, часто прикорневая двусторонняя форма пневмонии, которая нередко принимает затяжное и хроническое течение (50% случаев), протекает тяжело, о чем говорит большой процент токсических и токсико-септических форм, а также и осложнений.

3. Пневмония у детей, страдающих рахитом, в большинстве случаев начинается остро, с высокой температуры. В дальнейшем течении температурная реакция крайне разнообразна, что зависит от индивидуальной реактивности ребенка и течения пневмонии.

При затяжных и хронических формах пневмонии нередко наблюдается длительная субфебрильная температура с периодическими повышениями ее, обычно указывающими на обострение пневмонического процесса или на присоединение осложнений.

4. Изменения функции нервной системы при пневмониях у детей, страдающих рахитом, резко выражены с первых дней заболевания во всех случаях и проявляются клинически в беспокойстве, реже в вялости ребенка, нарушении сна, а в более тяжелых случаях в проявлении менингеальных симптомов.

Кожная гиперестезия, потливость, мышечная гипотония и нарушение статических функций в значительной степени зависят и от наличия рахита и держатся длительно. Усиление патологических симптомов со стороны нервной системы наблюдается при обострении пневмонии и присоединении осложнений. При разрешении пневмонии и уменьшении активности рахитического процесса под влиянием проводимой комплексной терапии отмечается постепенное восстановление нормальной функции нервной системы ребенка.

5. Кислородная недостаточность, как ведущий симптом пневмонии, у детей с рахитом проявляется рано и в тяжелой степени, что выражается в резкой одышке с участием вспомогательной мускулатуры и цианозе. Эти симптомы держатся длительное время у больных с затяжным и хроническим течением пневмонии. Развитию гипоксемии способствует наличие ацидоза и изменение органов грудной клетки при рахите.

6. В остром периоде мелкоочаговой пневмонии у детей, страдающих рахитом, перкуторный звук имеет тимпанический оттенок, а при сливных формах пневмонии наблюдается укорочение или притупление перкуторного звука, чаще в паравертебральных отделах. При выслушивании определяется жесткое или с бронхиаль-

ным оттенком дыхание (сливные пневмонии), большое количество сухих и влажных хрипов различного калибра, иногда напоминающих картину приступа бронхиальной астмы.

При хронической пневмонии хрипы, периодически уменьшаясь, держатся длительное время (иногда месяцами), сухие хрипы нередко оставались до выписки больных.

7. Гентенологические данные при пневмониях у детей зависят от величины и локализации очагов воспаления. При мелких очагах определяется вздутие легочной ткани и функциональные изменения в подвижности диафрагмы. Сливные формы пневмонии дают неомогенное затемнение, чаще в прикорневых зонах. При затяжной и хронической пневмонии часто имеются грубые фиброзные изменения в корнях легких, не исчезающие между рецидивами пневмонии и остающиеся нередко при выписке больных.

8. При пневмонии у детей с явлениями рахита значительно страдает сердечно-сосудистая система. У многих детей отмечаются приглушенные или глухие тоны сердца, увеличение левой границы сердца, тахикардия, иногда аритмия и систолический шум на верхушке сердца. Эти изменения обычно более выражены при затяжном и хроническом течении пневмонии и усугубляются тяжелым рахитическим процессом и анемией. В случаях, где тяжелый рахит и анемия отсутствовали, изменения со стороны сердечно-сосудистой системы полностью исчезали при разрешении пневмонии.

9. Особенностью течения пневмонии у детей, страдающих рахитом, является частое нарушение функций органов пищеварения, плохой аппетит, срыгивание, рвота и диспептический стул. Особенно резко эти симптомы выражены при токсической и токсико-септической форме пневмонии.

Вследствие значительного нарушения обменных процессов, стойкой анорексии и нарушения функций желудочно-кишечного тракта у большинства детей в разгаре заболевания отмечается падение в весе. При затяжной и хронической пневмонии нарастание в весе идет медленно и требует применения активной стимулирующей терапии.

10. Картина периферической крови при пневмониях у детей, страдающих рахитом, имеет свои особенности: у большинства детей наблюдается гипохромная анемия, особенно резко выраженная при затяжной и хронической пневмонии. Реакция оседания эритроцитов обычно повышена и медленно нормализуется. Обычный при пневмонии лейкоцитоз у детей с рахитом не выражен, напротив, пневмония в большинстве случаев протекает при нормальном и даже пониженном количестве лейкоцитов. При этом имеется нейтрофилез с сдвигом лейкоцитарной формулы влево, эозинопения и пониженное содержание лимфоцитов и моноцитов. Изменения со стороны крови свидетельствуют об угнетении функций кроветворных органов и пониженной реактивности детей.

11. В результате комплексной терапии, направленной одновре-

менно против пневмонии и рахита и на поднятие иммунно-биологических сил ребенка, несмотря на тяжелое течение пневмонии у детей, даже с затяжной и хронической рецидивирующей пневмонией, наступает уменьшение рахитического процесса. Постепенно исчезают клинические симптомы рахита, восстанавливается функция нервной системы, уменьшается гипофосфатемия, наступают репаративные изменения в костной ткани и восстанавливаются статические функции ребенка. Иногда при тяжелых рецидивах пневмонии наблюдаются и рецидивы рахитического процесса.

12. Резко выраженная кислородная недостаточность и значительные изменения со стороны нервной, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта требуют особого внимания и индивидуального подхода при проведении лечения этих больных. Дети, выписанные из больницы с остаточными явлениями после затяжной и хронической пневмонии (фиброзные изменения в корнях легких, сухие хрипы), с анемией, рахитом и гипотрофией, требуют дальнейшего наблюдения со стороны врача консультации. Эти дети нуждаются в санаторных условиях (ясельные группы для ослабленных детей или санатории) до полного их выздоровления.

13. Учитывая, что пневмония у детей, страдающих рахитом, является частым и тяжелым заболеванием, одной из основных мер борьбы с заболеваемостью пневмонией детей раннего возраста и смертностью от пневмонии нужно считать профилактические мероприятия, направленные против заболеваемости детей рахитом. Профилактика рахита должна проводиться еще в антенатальном периоде и продолжаться после рождения ребенка, особенно там, где есть условия для развития рахита.

Борьба за правильное естественное вскармливание детей, своевременное назначение витаминов, лечение гипотрофии, хороший уход и правильное воспитание, а также широкое использование мер физического закаливания детей помогут снизить заболеваемость детей пневмонией и рахитом.