

УДК 616.24-002-036.22-053.2

Ю.А. Боженков, З.Н. Ерохова,  
В.Ф. Щеглова, О.А. Малынова

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ОСТРОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

*Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск*

Изучение эпидемиологии острой внебольничной пневмонии в детском возрасте имеет важное значение для установления факторов риска и прогнозирования исхода [1-3]. Исследования проводились в Детской клинической больнице №9 г. Хабаровска (гл. врач И.В. Балабкин).

За последние 5 лет наблюдений число детей, получавших лечение в грудном и пульмонологическом отделениях по поводу острой внебольничной пневмонии, уменьшилось с 9,1 на 1000 обслуживаемого детского населения в 1995 г. до 6,0 в 1999 г. Данный показатель укладывается в общую тенденцию к снижению количества стационарных больных с заболеваниями органов дыхания (с 1372 до 863 случаев в год за этот же период времени).

Дети грудного и дошкольного возраста среди больных, получавших лечение по поводу острой внебольничной пневмонии, составляли по годам наблюдений от 44 до 46%. Вместе с тем в период задымленности г. Хабаровска вследствие лесных пожаров (1998 г.) их количество в общей структуре больных острой внебольничной пневмонией уменьшилось до 23,3% при увеличении всего числа пролеченных с данным диагнозом до 11 на 1000 обслуживаемого детского населения. Этот феномен объясняется более длительным пребыванием детей школьного возраста на улице, а значит, и большим воздействием токсических компонентов дыма. В целом по годам наблюдений среднестатистический возраст пролеченных больных колебался от  $5,5 \pm 0,95$  до  $6,66 \pm 0,6$  года, то есть острой внебольничной пневмонией преимущественно болеют дети старше года. Обращает внимание, что среди заболевших преобладали мальчики: в разные годы наблюдений они составляли от 52,6 до 63,7%.

Госпитализация проводилась в основном на 6-8 день болезни вследствие сохраняющейся лихорадки, ухудшения состояния, то есть отсутствия эффекта от проводимой амбулаторно симптоматической терапии по поводу острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ), бронхита, а в 26,5% случаев — и антибактериальной (ампициллином, бисептолом). Фебрильная температура ( $38^\circ\text{C}$  и выше) наблюдалась у 2/3 больных острой внебольничной пневмонией.

Дети из неполных семей составили 22,3% от числа заболевших, из социопатических семей — 4,8%, из семей с плохими материально-бытовыми условиями — 1,6%. Микросомия и дисгармоническое физическое развитие выявлялись, соответственно, у 19,4 и 13,4% обследованных. В общем количестве пролеченных больных процент детей,

часто болеющих ОРВИ (5 раз и более в течение года), колебался по годам наблюдений от 34,9 до 40,2%, а индекс болезненности — от  $4,03 \pm 0,26$  до  $5,2 \pm 0,22$  (норма —  $1,7 \pm 0,3$ ). У детей, госпитализированных по поводу острой внебольничной пневмонии, установлена также высокая частота положительной реакции на пробу Манту с 2ТЕ (от 20,6 до 33,6% по годам наблюдений). Наследственность, отягощенную по заболеваниям бронхолегочной и сердечно-сосудистой систем, онкопатологии, обменным нарушениям, имели 74,6—76,3% детей, а по туберкулезу — 10,5%.

Клинические проявления пневмонического процесса за годы наблюдений не претерпели существенных изменений, были типичны и соответствовали диагностическому стандарту. Изменения в общих анализах крови характеризовались ускоренной СОЭ ( $23,5 \pm 1,5$  —  $32,65 \pm 3,25$  мм/ч), умеренным лейкоцитозом ( $8,36 \pm 1,4 \cdot 10^9$ /л), нейтрофилезом со сдвигом влево (сегментоядерных нейтрофилов —  $52,6 \pm 1,6\%$ ; палочкоядерных —  $6,99 \pm 1,6\%$ ).

Среди морфологических форм преобладала очаговая пневмония (54,9 — 65,09%). Для больных, инфицированных микобактериями туберкулеза, была более характерна правосторонняя локализация воспалительного процесса (64,5% против 40,8%). У них же в 2 раза чаще встречалась очагово-сливная и сегментарная пневмония. Осложнения пневмонии токсическими и кардиореспираторными синдромами наблюдались преимущественно у детей первых трех лет жизни (4,9—2,9%). Фибринозный плеврит встречался в 1,96—2,2% случаев, чаще у детей школьного возраста.

На фоне адекватной терапии нормализация температуры наступала на  $8,87 \pm 0,41$  —  $13,1 \pm 0,56$  день болезни, аускультативных проявлений в легких — на  $10,6 \pm 0,43$  —  $16,5 \pm 0,54$  день, анализов крови — к  $20,6 \pm 0,81$  дню, но несколько позднее — у больных с положительной реакцией на пробу Манту с 2ТЕ.

Таким образом, изучение эпидемиологии острой внебольничной пневмонии по данным Детской клинической больницы №9 г. Хабаровска с 1995 по 1999 г. позволило установить снижение заболеваемости с 9,1 до 6,0 на 1000 обслуживаемого детского населения на фоне уменьшения общего числа пролеченных больных болезнями органов дыхания. Среди обследованных выявлен высокий процент детей из социально неблагополучных семей, детей с положительной реакцией на пробу Манту с 2ТЕ, часто болеющих ОРВИ и имеющих высокий индекс болезненности. Как правило, развитие пневмонии сопровождается симптомами ОРВИ,

рефрактерными к проводимой терапии, лихорадкой, типичными изменениями в общем анализе крови, а у детей первых трех лет жизни — токсическим и кардиореспираторным синдромами. На фоне адекватной терапии процесс протекает благоприятно с нормализацией температуры, исчезновением клинических проявлений бронхолегочного синдрома на 8-16 день болезни.

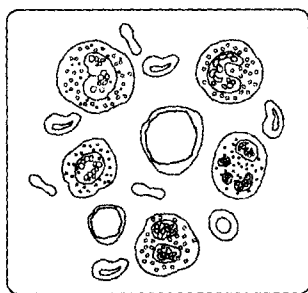
#### Выводы

1. В течение последних 5 лет среди детей, поступивших в Детскую клиническую больницу №9 г. Хабаровска, наблюдается снижение заболеваемости острой внебольничной пневмонией с 9,1 до 6,0 на 1000 обслуживаемого детского населения на

фоне уменьшения общего количества больных болезнями органов дыхания.

2. Факторами риска острой внебольничной пневмонии являются социальное неблагополучие семьи, микросомия и дисгармоничность физического развития детей, частые ОРВИ в анамнезе, высокий индекс болезненности, положительная реакция на туберкулиновую пробу Манту с 2ТЕ, повышенная задымленность вдыхаемого воздуха.

3. Острая внебольничная пневмония чаще развивается у детей старше года, характеризуется проявлениями ОРВИ и лихорадкой в дебюте заболевания, преобладанием очаговой формы с неосложненным течением и благоприятным исходом на фоне адекватной терапии.



УДК 615.38/39: 616.15 — 06 — 084

Л.Л. Диянкова, Н.К. Кубота

## СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСТТРАНСФУЗИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

ГУЗ "Станция переливания крови", г. Хабаровск

Переливание крови, ее компонентов и препаратов широко применяется в клинической практике и при соблюдении требований, изложенных в соответствующих инструкциях, является безопасным лечебным методом. Однако в ряде случаев, когда допускаются какие-либо нарушения или отступления от установленных правил по технике и методике переливания крови, не учитываются противопоказания к гемотерапии и состояние реципиента перед трансфузией, могут наблюдаться посттрансфузионные реакции и осложнения, нередко заканчивающиеся летальным исходом.

В настоящее время методы современной иммуногематологии и трансфузиологии позволяют избежать осложнений, связанных с несовместимостью переливаемой крови, ее компонентов, препаратов. Наш многолетний опыт работы по расследованию случаев осложнений в ЛПУ города, края, разговоры с лечащими врачами свидетельствуют о необходимости напоминания о безусловном выполнении соответствующих инструкций. В специальной документации тщательно разработаны и подробно изложены методы подготовки, хранения и техники переливания крови, ее компонентов, препаратов и кровезаменителей, определены показания и противопоказания к их применению.

Для профилактики посттрансфузионных осложнений (ПТО) гемолитического типа в первую оче-

редь необходимо соблюдать правило подбора крови донора и реципиента по антигенам эритроцитов системы АВ0 и антигену D системы резус, так как эти антигены имеют наибольшее клиническое значение [2].

Наиболее выраженными антигенными свойствами среди минорных (редких) антигенов эритроцитов обладают факторы Келл (K) и с(hr<sup>+</sup>), которые в шкале трансфузионно опасных антигенов эритроцитов занимают, соответственно, 2 и 3 места после антигена D.

Индекс сенсибилизации к обоим указанным факторам у резус-положительных реципиентов высок. Фактор Келл (K) встречается примерно у 10% людей, поэтому почти каждая десятая трансфузия — это трансфузия K-положительной крови K-отрицательному реципиенту, а каждая десятая беременность — это беременность K-отрицательной женщины K-положительным плодом. Чтобы избежать осложнений по фактору K, необходимо выдавать в лечебные учреждения K-отрицательные эритроциты донорской крови. На станциях и в отделениях переливания крови следует производить определение K-фактора у всех доноров наряду с определением групповой и резус-принадлежности, после чего отбирать K-положительные образцы, не допуская их выдачи для переливания [6].

Отсутствие осложнений по "редким" факторам (K, с(hr<sup>+</sup>)) в последние годы можно объяснить профилактической работой, проводимой в иммуноге-