

ПНЕВМОНИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ИНФЕКЦИОНИСТА

Бурмагина Ирина Анатольевна

*канд. мед. наук, Северный государственный медицинский университет, РФ,
г. Архангельск*

E-mail: irb59@yandex.ru

Дубовис Валентин Шаевич

врач-инфекционист, Военно-морской госпиталь, РФ, г. Архангельск

E-mail: valentin.dubovis@yandex.ru

Агафонов Владимир Михайлович

*канд. мед. наук, доцент Северный государственный медицинский университет,
РФ, г. Архангельск*

E-mail: vagaf1@rambler.ru

PNEUMONIA IN THE PRACTICE OF INFECTIOLOGIST

Burmagina Irina

candidate of medical science Northern state medical University, Russia, Arkhangelsk

Dubovis Valentin

an infectionist, Naval hospital, Russia, Arkhangelsk

Agafonov Vladimir,

candidate of medical science, associate professor Northern state medical University,

Russia, Arkhangelsk

АННОТАЦИЯ

В статье представлены результаты клинического наблюдения 164 пациентов с заключительным диагнозом: пневмония, поступивших в инфекционные стационары Архангельска за 2009—2014 гг. Продемонстрирован клинический случай легионеллезной пневмонии. Показаны результаты обследования биологического материала от пациентов с диагнозом пневмония методом РСК, РПГА и ПЦР с целью выявления этиологии болезни.

ABSTRACT

In this article are present the results of clinical observation of 164 patients with the final diagnosis of pneumonia, admitted to the infectious departments of Arkhangelsk for 2009—2014. It was demonstrated clinical case legionelleous pneumonia. It was shown the results of a survey of biological material from patients diagnosed with pneumonia method RAC, TPHA and PCR to identify the etiology of the disease.

Ключевые слова: острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ); грипп; пневмония; легионеллез; вирусы; микрофлора.

Keywords: acute respiratory viral infection; influenza; pneumonia; legionellosis; viruses; microflora.

Пневмония относится к числу наиболее распространенных инфекционных заболеваний [5, с. 7]. Заболевание год от года меняет свой облик, как в своих клинических проявлениях, так и по этиологии [3, с. 22]. Во время ежегодных эпидемий гриппом переболевают около 10 % населения земного шара, во время пандемий число больных возрастает в 4—5 раз. В России ежегодно регистрируется около 50 млн. случаев ОРВИ [7, с. 6]. Термины первичной вирусной, вирусно-бактериальной, вторичной бактериальной пневмонии на фоне респираторно-вирусной инфекции, а также термин вирусиндуцированной пневмонии остаются дискутабельными, однако широко используются в клинической практике и современных публикациях [1, с. 94]. В Европе заболеваемость пневмонией колеблется в интервале от 2 до 15 случаев на 1 000 человек в год. Общая летальность при пневмонии составляет 20—30 случаев на 100 000 человек в год. Пневмонии занимают 1-е место среди причин летальности от инфекционных болезней и 6-е место — среди всех причин летальности [4, с. 12]. Верифицировать этиологию пневмонии в остром периоде достаточно сложно, поэтому важной задачей является своевременная вероятностная этиологическая диагностика заболевания [6, с. 86]. В настоящее время превалируют малосимптомные формы внебольничной пневмонии даже среди групп риска, таких как военнослужащие в закрытых коллективах [2, с. 12]. На основании изучения показателей эпидемической обстановки ОРВИ по Архангельской области за последние 5 лет выявлено, что по области за период с 2009 года по 2013 года зарегистрировано 1647524 случая заболевания, более 7 %

осложнилось развитием пневмоний. Европейский Север характеризуется высоким уровнем заболеваемости ОРВИ и пневмониями, превышающий общероссийский показатель в 1,5—2 раза.

Цель исследования — определить клинические особенности пневмоний у больных в условиях инфекционного стационара.

Материалы и методы. Проведен анализ 164 историй болезни пациентов с диагнозом пневмонии, госпитализированных в инфекционные отделения г. Архангельска. Для идентификации возбудителей пневмоний использованы: реакция связывания комплемента (РСК), реакция торможения гемагглютинации (РТГА), ПЦР-диагностика, бактериологический метод.

Результаты и их обсуждение. При анализе историй болезни было установлено, что в 73,5 % случаев диагноз направления больных в стационар был ОРВИ или грипп, из них в трети случаев — ОРВИ, осложненная острым бронхитом. Диагнозами направления были также: острый бронхит — в 4,2 % случаев, острый тонзиллит в 5,1 % случаев, лихорадка неясной этиологии — в 17,2 % случаев. При первичном осмотре в отделении назофарингит был установлен у 91,5 % больных; трахеит, трахеобронхит — у 34,1 %. Сроки поступления больных с клиническими проявлениями назофарингита в стационар составили: 33,8 % пациентов поступило в 1 день болезни, 32,3 % во 2—3 день, 33,9 % в 4—5 день. Лишь у 31 пациента из обследованных обнаружены сопутствующие заболевания: хронические заболевания органов дыхания были выявлены у девяти человек, хронический отит — у трех человек, хронический гепатит — у пяти человек. У больных при поступлении были зарегистрированы следующие клинические симптомы: лихорадка у 100 % обследованных, гиперемия слизистой ротоглотки у 91,5 %, головная боль у 88,9 %, сухой кашель у 74,4 %, кашель с мокротой у 25,6 %, ринит у 92,2 % случаев, артралгии у 64 %, озноб у 100 %, нарушение сна у 84 %, боль в горле у 36,7 %. Реже регистрировались следующие симптомы болезни: боль в грудной клетке при дыхании у 15,7 %, боль

за грудиной — у 16 % обследованных, светобоязнь у 18 %, миалгии у 14,7 %, осиплость голоса у 12,2 %. При аускультации на момент поступления везикулярное дыхание без хрипов и крепитации выслушивалось у 56,2 % обследованных, жесткое дыхание у 11,8 %, локальное ослабление дыхания у 33 %, сухие или влажные локализованные хрипы у 39,5 %, крепитация у 6 больных. Одышка определялась у 26,1 % обследованных. Флюорография легких всем пациентам была выполнена на первый или второй день от момента поступления. При рентгенологическом исследовании очаговая пневмония была выявлена 68,5 %, сегментарная у 26,5 %, долевая у 5 %. Явления плеврита обнаружены у 6,2 %. Правосторонняя нижнедолевая пневмония превалировала и была диагностирована у 77,5 % пациентов. У больных были выявлены следующие изменения в гемограмме: лейкоцитоз у 74,4 % больных, палочкоядерный сдвиг в формуле у 68 %; лейкопения у 25,5 %; повышение СОЭ у 86,6 %. Были установлены следующие результаты исследования крови методом РТГА к респираторным инфекциям: грипп А(Н1N1) 23,8 %; грипп А (Н3N2) 19,4 %; грипп В 32,8 %; аденовирусная инфекция 3,1 %; парагрипп 5,6 %. У больных пневмонией в мокроте были выявлены следующие этиологические агенты: грипп в 27,8 %; грипп +вирус парагриппа в 3,6 %; грипп + стафилококки в 10,3 %; грипп +Neisseria spp. в 10,1 %; грипп + *Mycoplasma pneumoniae* в 3,6 %; грипп + стрептококк в т. ч. *S. pneumoniae* в 54,6 % случаев. При исследовании пневмонии методом РСК было выявлено: аденовирусы в 15,63 %; хламидии в 18,7 %; РС-инфекция в 3,12 %; хламидийно-аденовирусная инфекция в 6,25 %; хламидийно-РС инфекция в 6,25 % случаев.

У шести пациентов при обследовании мокроты были обнаружены микобактерии туберкулеза и установлен диагноз туберкулеза легких. В двух случаях был установлен диагноз орнитоза. У одного пациента выявлена пневмоцистная пневмония при ВИЧ-инфекции.

Представлен случай легионеллезной пневмонии, впервые зарегистрированной в Архангельской области.

Пациент, 27 лет, поступил в инфекционное отделение с диагнозом правосторонняя внебольничная плевропневмония.

Анамнез заболевания. Заболевание началось остро с озноба и общего недомогания. Через два дня был зарегистрирован подъем температуры тела до 40 градусов С, появился сухой кашель. 16.01.2014 г. пациент был госпитализирован в инфекционный стационар в тяжелом состоянии с выраженными симптомами интоксикации, одышкой, частым кашлем с небольшим количеством мокроты. Аускультативные данные и результаты рентгенологического обследования выявили у пациента правостороннюю плевропневмонию. Из анамнеза известно, что с 6.01.2014 года пациент находился в Китае в Гуанджоу, где посещал рынок по торговле чаем, а с 11.01.2014 года — в Гонконге. Заболевание связывает с неоднократными переохлаждениями под кондиционерами и на сквозняках. Вокруг больных с подобными проявлениями заболевания не отмечал, контакта с птицами не имел, попутчик пациента по совместной поездке остался здоров. 15.01.2014 года был осмотрен врачами в аэропорту в г. Москве. В стационаре Архангельска проводилась антибактериальная терапия (цефтриаксон, суммамед, ципрофлоксацин), противовирусная терапия озельтамивиром по 150 мг в сутки, дезинтоксикационная терапия, назначались фраксипарин, эуфиллин, супрастин, тавегил. Температура нормализовалась на седьмой день лечения. На рентгенограмме от 31.01.2014 г. инфильтрация в правом легком уменьшилась, сохранялась в S9,S10 нижней доли, стала менее интенсивной, неоднородной. Появились признаки восстановления структуры корня. Более четко стал прослеживаться купол диафрагмы, контур сердца. Проводился дифференциальный диагноз с гриппом, коронавирусной инфекцией с учетом эпиданамнеза (пребывание в Китае в Гуанджоу и Гонконге в течение 7 дней перед заболеванием). Результаты молекулярно-биологических методов обследования

(ПЦР) материала из глотки пациента от 16.01.2014 и 17.01.2014 на вирусы гриппа А, В, вирусы парагриппа, коронавирусы, риновирусы, аденовирусы, бокавирусы, РС вирусы, метапневмовирусы, микоплазму пневмонии, хламидофилу пневмонии оказались отрицательными. Антитела к ВИЧ и антиген Р24 не обнаружены от 20.01.2014 г. Бактериологическое исследование мокроты от 16.01.2014 этиологически значимой микрофлоры не выявило. Общий анализ мокроты от 20.01.2014 выявил гнойно-слизистый, вязкий, кровянистый характер материала, при микроскопии мокроты лейкоциты занимали $\frac{1}{2}$ поля зрения, эритроциты — $\frac{1}{4}$ поля зрения, выявлены макрофаги 2-4-6, плоский эпителий 10—20 в поле зрения. В общих анализах крови от 16.01.2014—31.01.2014 лейкоциты составляли 7,8— $4,8 \times 10^9$ /л. наблюдался палочкоядерный сдвиг до 33%, ускорение СОЭ до 33—45 мм/ч. В моче от 17.01.2014 выявлена протеинурия до 0,25 г/л. В крови от 16.01.2014 г. активность АЛТ и АСТ составила соответственно 19,2 и 33,1 Ед/л. Исследование крови в лаборатории природно-очаговых и опасных инфекций ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в АО» выявило в РПГА антитела к легионеллам от 22.01.2014 в титре 1/40++++, от 31.01.2014 – в титре 1/80 +++++. Пациент выписан на 24-ый день болезни, 20-ый день лечения на амбулаторный этап наблюдения при клиническом выздоровлении.

Выводы

1. Пневмонии в практике врача-инфекциониста часто проявлялись как осложнения ОРВИ.
2. Назофарингит был зарегистрирован у 91,5 % больных пневмонией.
3. Клиническая картина пневмоний на современном этапе характеризовалась малоспецифичностью.
4. Редкие формы специфических пневмоний составили менее десяти процентов случаев.
5. Вирусно-бактериальные пневмонии на фоне гриппа имеют различия микрофлоры.

6. При вирусно-бактериальных пневмониях на фоне ОРВИ необходима коррекция традиционной антибактериальной терапии.

Список литературы:

1. Аристов А.И., Шестовицкий В.А., Гринштейн Ю.И. Вирусиндуцированная пневмония //Сибирское медицинское обозрение. — 2011. — Т. 69. — № 3. — С. 94—97.
2. Малосимптомная пневмония у военнослужащих в организованных воинских коллективах. Борисов И.М., Шаповалова Т.Г., Крайнюков П.Е.// Забайкальский медицинский вестник. — 2012. — № 1. — С. 12—16.
3. Пневмония: к вопросу диагностики и лечения в современных условиях. Визель А.А., Лысенко Г.В.// Практическая медицина. — 2012. — № 1 (56). — С. 22—25.
4. Прохорович Е.А. Внебольничная пневмония. // Медицинский совет. — 2012. — № 1. — С. 12—19.
5. Синопальников А.И., Козлов Р.С. Внебольничные инфекции дыхательных путей. М., 2007. — 352 с.
6. Хамитов Р.Ф., Галлямов Н.В. Тяжелая вероятная легионеллезная пневмония //Казанский медицинский журнал. — 2010. — Т. 91. — № 1. — С. 86—90.
7. Царькова С.А., Лещенко И.В., Смирнова С.С., Бобылева З.Д., Кривоногов А.В., Рожкова Л.В. Грипп и пневмония: новые штрихи к старому портрету //Уральский медицинский журнал. — 2010. — № 6. — С. 5—16.