

Таким образом, кишечный иерсиниоз у обследованных детей диагностирован нами на основании таких клинических проявлений, как лихорадка, лимфаденит периферических лимфатических узлов шейной группы, иктеричность ладонных и подошвенных поверхностей, урчание и болезненность при пальпации в илеоцекальной области на фоне умеренно увеличенной СОЭ, лимфоцитоза и подтвержден выявлением в диагностическом титре антител к иерсиниям методом РПГА.

О правильности установленного диагноза свидетельствует довольно быстро полученный терапевтический эффект от антибактериальной терапии ампициллином, левомецетином. Диагностические ошибки оказались возможны вследствие многообразия нозологических "масок" кишечного иерсиниоза у наблюдаемых нами больных и малой информированности врачей о специфических проявлениях данной инфекционной патологии.

Выводы

1. Патогномичными симптомами кишечного иерсиниоза являются лихорадка на фоне умеренно увеличенной СОЭ и нарастающего лимфоцитоза, урчание и болезненность при пальпации в илеоцекальной области, лимфаденит периферических лимфатических узлов шейной группы.

2. Как факторы риска данного заболевания можно рассматривать неблагоприятное течение

внутриутробного периода, часто переносимые ОРВИ, высокий индекс болезненности, положительную туберкулиновую аллергию.

3. Среди нозологических "масок" кишечного иерсиниоза преобладает патология мочевого выделения в виде инфекции мочевой системы, пиелонефрита, дизметаболической нефропатии, нефрита.

4. Выявление антител к иерсиниям в диагностическом титре подтверждает диагноз и обеспечивает своевременное проведение этиотропной терапии, что препятствует развитию различных осложнений, хронизации воспалительного процесса и сокращает пребывание больного ребенка в стационаре.

Л и т е р а т у р а

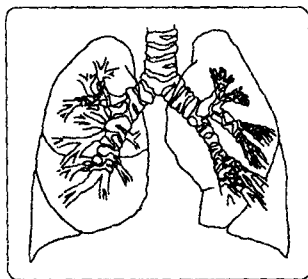
1. Бутянова Н.Г., Дроздов В.Н., Махмудов О.С. Псевдотуберкулез (дальневосточная scarлатиноподобная лихорадка) и другие иерсиниозы у детей. Кемерово, 1991. 182 с.

2. Игнатова М.С., Вельтищев Ю.Е. Детская нефрология: Руководство для врачей. Л., 1989. 456 с.

3. Сомов Г.П., Покровский В.И., Беседнова Н.Н. Псевдотуберкулез. М., 1990. 240 с.

4. Учайкин В.Ф. (ред.) Руководство по инфекционным болезням у детей. Т.2. М., 1997. 752 с.

5. Череев А.П., Ковальчук Л.В. // Лаб. дело. 1988. №3. С.21-26.



УДК 616.24 — 002.036.21

А.П. Стиба, Л.Н. Косточкина, Н.Н. Гулевская

ТЯЖЕЛАЯ ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ В УСЛОВИЯХ НИЖНЕАМУРЬЯ

Николаевская-на-Амуре центральная районная больница

Пневмония относится к числу наиболее распространенных инфекционных заболеваний. Заболеваемость пневмонией в Европе и в России составляет 386 на 100 тыс. и колеблется от 2 до 15 случаев на 1 тыс. чел. в год [2, 4]. Этот показатель значительно выше у пожилых: 25—44 на 1 тыс. чел. в год [1].

Смертность от внебольничных пневмоний составляет 5%, но среди пациентов, требующих госпитализации, достигает до 21,9%, а среди пожилых — до 46%. В России за последние 5-7 лет отмечается устойчивая тенденция увеличения смертности, которая в середине 90-х гг. составляла 18 на 100 тыс. населения [3]. Госпитальная летальность при тяжелой пневмонии достигает 25-50%. Пневмония занимает 1 место среди причин летальности от инфекционных болезней и 6 место среди всех причин летальности [3].

Заболеваемость пневмонией взрослого населения в Николаевском районе Хабаровского края в 1998—2000 гг. колебалась от 356 до 376 случаев на 100 тыс. чел. в год, а среди пожилых — от 1058 до 1110 на 100 тыс. населения. Смертность взрослого населения от пневмонии в Николаевском районе в 2000 г. составляла 72,4 на 100 тыс. населения. Все это подтверждает актуальность проблемы пневмонии для здравоохранения района.

Целью настоящей работы явилось выявление особенностей клинических проявлений пневмонии тяжелого течения в условиях Нижнеамурья, изучение характера осложнений и попытка определения маркеров летального исхода тяжелых пневмоний.

Нами проведен анализ историй болезни 406 больных с диагнозом "внебольничная пневмония",

которые находились на лечении в терапевтическом отделении общего типа в 1998-2000 гг.

Заболеваемость внебольничной пневмонией в течение года распределялась так: на осенне-зимний период приходилось 56,9% случаев, на весенне-летний период — 43,1%. Отсутствие существенного влияния времени года на заболеваемость связано, вероятно, с климатическими особенностями региона. Климат района имеет муссонный характер. Среднемесячная температура января — 23,8°C, абсолютный минимум января — -47°C. Самым теплым является июль, когда среднемесячная температура составляет +16°C. С мая по сентябрь бывает только 8-11 ясных дней. Среднее количество осадков в год — 514 мм. Наибольшее количество осадков выпадает в теплое время года. Среднегодовая относительная влажность равна 81%, абсолютный максимум (83%) наблюдается в мае. Наибольшая повторяемость тумана — в сентябре. Устойчивый снежный покров устанавливается к 1 ноября, сходит к 4 мая.

В практике работы ЦРБ существует установка на 100%-ную госпитализацию больных с пневмонией; фактически госпитализировано 98,2% больных. Время заболевания и госпитализации в анализируемых случаях не совпадали. Так, в первые сутки от начала заболевания госпитализировано 5,1% больных, на 2-3 сут — 18,2%, на 4-7 сут — 37,4%, позже 8 сут — 39,1%.

Причинами поздней госпитализации (4 сут от момента заболевания и позже) у 76,0% больных было позднее обращение в связи с отсутствием мотивации к лечению своей болезни (31,2%) и самолечением (69,8%). В остальных случаях (97 чел.) больные обратились к врачу своевременно, однако им первоначально было диагностировано обострение хронического бронхита (60,6%), ОРВИ (32,5%), прочие диагнозы (6,9%). В группе умерших больные с поздней госпитализацией составили 65%. Основная причина этому — безразличие к своему здоровью, утрата инстинкта самосохранения (60,0%) (недооценка своего состояния больным — 55%, отказ от госпитализации — 5%).

Средняя длительность пребывания на койке у больных с пневмонией в 1998—2000 гг. составляла от 17,3 до 20,3 дня, а в группе больных, поступивших в стационар позже 8 сут от начала заболевания, этот показатель достигал 36 дней.

Среди больных мужчин было 69,6%, женщин — 30,4%. В возрасте до 40 лет — 30,2%, 40-59 лет — 43,0%, старше 60 лет — 26,8%.

Пациенты, имеющие в клинике тахипноэ более 24 в минуту, систолическое артериальное давление менее 100 мм рт.ст., тахикардию более 100 уд./мин, расценивались как больные с тяжелой внебольничной пневмонией. Больных с пневмонией тяжелого течения было 150 чел., что составило 36,9%, из них в 10 случаях (27,0%) при поступлении потребовалась госпитализация в РАО, в 37 случаях — применение интенсивных методов лечения в терапевтическом отделении.

Клинические проявления пневмонии тяжелого течения характеризовались синдромом дыхатель-

ной недостаточности, проявлениями выраженной интоксикации, в 89,0% — симптомами поражения других органов (сердца, печени, почек, кроветворной, эндокринной и центральной нервной системы). Тяжесть состояния усугублялась сочетанием пневмонии с декомпенсацией хронических фоновых заболеваний, наличием осложнений пневмонии. Обострение хронических обструктивных заболеваний легких было у 37 больных (24,6%), у некоторых больных наблюдалось сочетание 2-3 заболеваний. Так, у 21 больного (14%) пневмонию осложняла артериальная гипертензия, у 13 (8,7%) — застойная сердечная недостаточность, у 12 (8%) — сахарный диабет, у 8 (5,3%) — хронический пиелонефрит. Среди сопутствующих заболеваний, осложнявших течение пневмонии, были также желчнокаменная болезнь, слабоумие (по 3 случая), онкологические заболевания, болезнь Бехтерева (по 2), хроническая анемия (1 случай). Пневмония на фоне хронического алкоголизма с предшествующим запоем отмечалась у 14 чел. (9,3%), на фоне алиментарного истощения — у 2 чел. (оба больных умерли).

В ходе лечения у 23 больных (15,3%) пневмония осложнилась деструкцией легких, у 21 (14%) — плевритом, у 18 (12%) — инфекционно-токсическим шоком, у 10 (6,6%) — гепатитом, у 9 (6%) — нефропатией, у 7 (4,6%) — расстройствами психики (возбуждение или адинамия, психоз, бессонница). Респираторный дистресс-синдром развился у 4 чел. (все больные умерли), миокардит — у 3, менингит — у 2, пневмоторакс — у 1 больного. Абсцесс легких в 60% случаев локализовался в нижних долях, причем в 66% из них — справа.

Рентгенологически поражение легких характеризовалось полисегментарностью и, как правило, двусторонним вовлечением в воспалительный процесс легочной ткани. Среднее число пораженных сегментов у одного больного составляло $5,8 \pm 1,9$. Если при пневмонии тяжелого течения, закончившейся выздоровлением, признаки воспаления у 83,1% больных выявлялись в сегментах S_4-S_6 , S_8-S_{10} , то в группе умерших у 72,3% больных — только в S_4-S_6 , причем одинаково часто как в правом, так и левом легких. Двусторонняя тотальная пневмония наблюдалась в 2 случаях — больные умерли. Летальный исход при верхнедолевых пневмониях зарегистрирован в единичных случаях (2 случая).

Из 150 больных с тяжелым течением пневмонии изменения на ЭКГ имелись у 116 чел. (77%) (ранее имевшиеся изменения у больных с гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца, сахарным диабетом не учитывались). Наиболее часто встречались синусовая тахикардия (более 100 в 1 мин) — у 95 чел. (63%), экстрасистолия — у 20 чел. (13%), синусовая брадикардия — у 3 чел. Прочие варианты нарушений ритма выявлены у 38 чел. (25%). Нарушения проводимости по ЭКГ выявлены у 18 чел. (12%), из них полная блокада правой ножки пучка Гиса — у 6 чел., неполная атриовентрикулярная блокада — у 2 чел. Неспецифические нарушения процесса реполяризации отмечались у 26 чел. (17%). Изменения ЭКГ

носили разнообразный характер, нередко сочетались между собой признаки нарушения возбудимости, проводимости миокарда. Все эти изменения не исключали поражения мышцы сердца, хотя клинический диагноз миокардита был установлен только у 3 чел. (у 2 больных возникла неполная атриовентрикулярная блокада, у одного — мерцание предсердий).

Большой информативностью в выявлении миокардитов и перикардитов обладает эхокардиография. Данный метод использован нами для обследования больных с пневмонией тяжелого течения в 56 случаях. Признаки перикардита выявлены у 4 больных, дилатация левых отделов сердца — у 7 чел, правых отделов — у 5 чел, всех камер сердца — у 4 чел. Снижение фракции выброса менее 50% отмечено у 12 чел., увеличение фракции выброса — у 3 чел. Нарушений сегментарной сократимости миокарда не выявлено ни в одном случае.

Из группы больных с тяжелым течением болезни умерло 24 чел. Госпитальная летальность от пневмонии составила 5,9%. В группе лиц, умерших от пневмонии, при поступлении ведущими проявлениями были токсемия, кашель с непродуктивной мокротой и одышка с частотой дыхания более 30 в 1 минуту разной степени выраженности. У 17 больных (70,8% от количества умерших) наблюдалась тахикардия более 120 уд./мин. Артериальное давление менее 90 мм рт.ст. отмечалось у 11 больных (45,8%), лихорадка выше 38°C в дебюте заболевания — у 14 больных (58,3%). В анализах крови, как правило, выявлялся лейкоцитоз $9,8 \pm 3,7 \cdot 10^9/\text{л}$, однако в 6 случаях (25%) была зарегистрирована лейкопения менее $3,5 \cdot 10^9/\text{л}$ (в целом в группе больных с пневмонией тяжелого течения лейкопения наблюдалась у 13,3% больных). В лейкограмме отмечался нейтрофилез ($80,6 \pm 6,3\%$), со сдвигом влево до палочкоядерных ($44,5 \pm 11\%$), в 3 случаях — до миелоцитов (в группе выздоровевших больных с тяжелой пневмонией нейтрофилез и сдвиг влево до палочкоядерных были менее выраженными — $69,3 \pm 7,9\%$ и $19,9 \pm 8,1\%$ соответственно).

Заключение

К особенностям течения пневмоний в условиях Нижнеамурья следует отнести большую частоту заболевания среди мужчин (69,6%), отсутствие сезонности заболевания. Последнее возможно вслед-

ствие климатических отличий нашего региона, расположения его в прибрежной зоне.

Среди причинных факторов тяжелого течения пневмонии в группе умерших отмечается поздняя госпитализация, в 65% явившаяся следствием безразличия к своему здоровью (недооценка своего состояния больным, отказ от госпитализации).

В клинической картине пневмоний тяжелого течения следует отметить частоту поражения средних и нижних долей легких, с наиболее частой локализацией в сегментах S_{4-6} , S_{8-10} , а в группе умерших — в S_{4-6} . Фоновые заболевания, такие как хронические обструктивные заболевания легких, декомпенсация хронической недостаточности кровообращения, артериальная гипертензия, отягощали течение внебольничной пневмонии. Хронический алкоголизм, запой от 3 сут и более отмечен у 30% умерших больных.

Такие осложнения пневмонии, как деструктивный процесс, инфекционно-токсический шок, плеврит встречаются достаточно часто, а значит, от врача требуются усилия по направленной и своевременной их диагностике, своевременному и адекватному лечению.

К группе высокого риска летальности следует отнести случаи внебольничных пневмоний, которые развились на фоне алиментарного истощения (кахексии), хронических инвалидизирующих заболеваний (хронический обструктивный бронхит, застойная сердечная недостаточность, сахарный диабет, алкоголизм). Поражение S_{4-5} слева или средней доли справа в сочетании с тахипноэ более 30 в мин, тахикардией более 120 в мин, артериальной гипотензией менее 90 мм рт.ст., нейтрофилезом до 80% со сдвигом влево до палочкоядерных лейкоцитов более 44%, возникновение респираторного дистресс-синдрома — это признаки возможного летального исхода. Таких больных следует госпитализировать в реанимационное отделение.

Л и т е р а т у р а

1. Авдеев С.Н., Чучалин А.Г. // Русск. мед. журн. 2001, Т.9. С.5-10.
2. Новиков Ю.К. // Русск. мед. журн. 1999. Т.7. С.17-20.
3. Синопальников А.И. // Интернет-каталог Око.ру.
4. Чучалин А.Г. // Русск. мед. журн. 2000. Т.8. С.6-9.

