

© Коллектив авторов, 2012
УДК 616.133-004.6

Конорева Н.А., Коваль В.Т., Симоненко Т.В., Солдатова Н.В.

КАРДИОРЕСПИРАТОРНАЯ СИСТЕМА ПРИ ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПАЗИИ

ФГУ «1477 Военно-морской клинический госпиталь флота», Владивосток

На современном этапе с конца 80-х годов имеется тенденция к росту заболеваемости пневмонией среди всех возрастных групп как у нас в стране, так и во всем мире. В России среднестатистические показатели заболеваемости пневмонией составляют 10–15 % – около 2 млн. человек, в США – более 2,5 – 3 млн. человек (Черняев и соавт., 1995; Авдеев, Чучалин. 2001). Анализ данных литературы и клинической практики указывает на более частое, чем в среднем в популяции, развитие пневмонии у молодых мужчин, недавно призванных на военную службу.

Ключевые слова: кардиореспираторная система, синдром недифференцированной соединительнотканной дисплазии

Целью нашего исследования было изучение клинической картины и функционального состояния сердечно-сосудистой и респираторной систем при пневмонии у лиц с синдромом недифференцированной соединительнотканной дисплазии (НСТД), сопоставление полученных данных у пациентов с синдромом НСТД и без признаков синдрома НСТД.

Материал и методы исследования. Нами были обследованы 40 пациентов мужского пола в возрасте от 17 до 23 лет находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении 1477 ВМКГ с диагнозом пневмония.

Сопоставив данные ЭХО-кардиографического исследования с результатами антропометрического и фенотипического анализа всех пациентов разделили на 2 клинические группы: в первую группу включены 16 пациентов с признаками НСТД, а во вторую группу 24 пациента без признаков НСТД.

У всех больных анализировали внешние фенотипические признаки по перечню из 32 наиболее распространенных признаков, характерных для синдрома недифференцированной соединительнотканной дисплазии, предложенных Соловьевой Л.В. и Земцовским Э.В. (1999). Всем больным выполняли ЭХО-кардиографию и выявили: пролапс митрального клапана (ПМК) у 7 (17,5%) пациентов, ложные хорды левого желудочка сердца (ЛХЛЖ) у 4 (10%), сочетание пролапса митрального клапана и ложных хорд левого желудочка сердца у 5 (12,5%) пациентов.

Результаты и обсуждение. По локализации чаще диагностировали одностороннюю долевую пневмонию у 8 (50%) больных и двухстороннюю пневмонию у 3 (12,5%) больных в первой группе. Во второй группе чаще диагностировали очаговую пневмонию у – 18 (75%) пациентов. В первой группе больных чаще отмечалось среднетяжелое у 11 (69,3%) больных и тяжелое у 2 (12,5%) больных течение пневмонии. Во второй группе чаще диагностировали легкое течение пневмонии у 15 (63%) больных.

Осложнения пневмонии, такие как инфекционно – токсический шок у 1 (6,25%) и инфекционный миокардит у 2 (12,5%) больных чаще регистрировались в первой группе. Средняя длительность стационарного лечения в первой группе была больше, чем во второй и составила соответственно 21,7±5 и 19,9±5 дней.

При поступлении самой частой жалобой у всех больных был кашель. В первой группе больных преобладали: кашель с гнойной мокротой у 11 (68,7%), слабость у 15 (95,75%), плевральные боли у 9 (56,25%), потливость у 4 (25%) больных. В первой группе чаще выявлялась субфебрильная у 7 (43,75%) и фебрильная у 5 (31,25%) пациентов лихорадка и ее сроки были более длительными, чем во второй группе.

Физикальные изменения в легких у всех больных пневмонией отличались полиморфизмом признаков. В первой группе пациентов чаще выявлялись укорочение перкуторного тона у 16 (100%) над областью воспаления, усиление голосового дрожания у 6 (37,5%), жесткое дыхание у 6 (37,5%), влажные мелкопузырчатые хрипы у 8 (50%) или диффузные сухие хрипы у 4 (25%).

Основным этиологическим фактором пневмонии в группе больных с признаками синдрома НСТД является пневмококк, а в группе больных без признаков синдрома НСТД стрептококк и микробные ассоциации выявляются в равной доле с пневмококком.

Исследования сердечно-сосудистой системы у пациентов с пневмонией проводились при поступлении и перед выпиской. В острый период пневмонии у больных первой группы в два раза чаще диагностировались изменения со стороны сердечно-сосудистой системы в виде сердцебиений у 3 (18,75%), брадикардии у 12 (75%), гипотонии у 10 (62,5%), приглушенности первого тона у 7 (43,75%) и систолического шума на верхушке у 7 (43,75%). В равной степени в обеих группах больных в острый период заболевания на ЭКГ регистрировалась си-

нусовая аритмия у 50% пациентов. Суправентрикулярная экстрасистолия несколько чаще выявлялась в первой группе. Изменения зубца Р в виде его уплощения или увеличения регистрировались в первой группе у каждого четвертого больного. Диффузные изменения миокарда желудочков регистрировалась в первой группе у 2 (12,5%) больных – чаще, чем во второй группе. Синдром ранней реполяризации желудочков регистрировался в первой группе у 1 (6,25%) больного – чаще, чем во второй группе.

Электрокардиографические изменения у больных пневмонией в период выздоровления изменились. Синусовая аритмия чаще регистрировалась в первой группе у 8 (50%) пациентов и по сравнению с данными при поступлении количество больных с синусовой аритмией не изменилось. Во второй группе количество больных с синусовой аритмией по сравнению с поступлением уменьшилось вдвое. В первой группе больных диффузные изменения миокарда желудочков оставались у половины больных. Спирографию выполняли всем больным при поступлении и при выписке.

В острый период пневмонии у пациентов первой группы различные нарушения функции внешнего дыхания регистрировались чаще – у 13 (81%) пациентов, чем во второй группе, где они выявлялись только у 12 (50%) больных. В первой группе в 2 раза преобладали рестриктивные нарушения вентиляционной способности легких и чаще выявлялись вентиляционные нарушения смешанного характера. По данным спирографии частота дыханий у пациентов первой группы была большей, чем во второй группе и составляла соответственно $18,06 \pm 2,816$ и $16,83 \pm 0,96$ в минуту. Больше снижалась ЖЕЛ – $84,69 \pm 17,81\%$ в первой группе больных, чем во второй группе больных, где показатели ЖЕЛ были на уровне нормальных – $91,67 + 19,01\%$. Показатели ФЖЕЛ, ОФВ1, ОФВ1/ФЖЕЛ, ПОС и СОС 25-75 в первой группе больных были снижены по сравнению со второй группой. В первой группе 2 раза чаще выявлялась скрытая бронхиальная обструкция.

В период выздоровления у пациентов первой группы показатели функции внешнего дыхания нормализовались у меньшего числа пациентов – у 11 (62,5%), чем во второй группе – у 21 (88%). Рестриктивные изменения в первой группе больных оставались в три раза чаще. В первой группе больных в 2 раза чаще выявлялась бронхиальная обструкция.

Выводы.

1. В условиях военного труда, предполагающего большие физические и психологические нагрузки, переохлаждение, скученность в закрытых коллективах молодые мужчины с признаками недифференцированной соединительнотканной дисплазии имеют более тяжелое течение пневмонии. Они больше подвержены развитию тяжелых осложнений не только

со стороны дыхательной, но и сердечно-сосудистой систем.

2. Пневмония у этих пациентов чаще имеет долевою одно- или двустороннюю локализацию с большими сроками стационарного лечения.

3. Изменения со стороны функции внешнего дыхания и сердечно-сосудистой системы имеют более значимые нарушения, чем в группе больных без признаков синдрома НСТД. К моменту выписки изменения со стороны функции внешнего дыхания и сердечно-сосудистой системы полностью нормализуются в 3 раза реже, чем в группе больных без признаков синдрома НСТД.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Амиров Н.Б., Визель А.А. Диагностика и комплексная медикаментозно-лазерная терапия пневмонии. – Казань, 2002. 107 с.

2. Беляева Е.Л., Маркович Т.А., Реева С.В., Парфенова Н.Н. Распространенность внешних и внутренних фенотипических признаков соединительнотканной дисплазии. Сб. Проблемы, пути развития. – СПб. 2000. Ч. 2. 137 с.

3. Гельцер Б.И. Функционально-метаболические аспекты кардио-респираторных нарушений при острой пневмонии. Дисс. д-ра мед. наук. – Л. 1991. 189 с.

4. Гаджиева Л.Р. Изменения сердца у больных пневмонией молодого возраста по данным эхокардиографии. Автореф. дисс. к. м. н. – М. 1999. С. 21.

5. Земцовский Э.В. Малые соединительнотканые дисплазии и патология внутренних органов. Сб. Проблемы, пути развития. – СПб. 2000. Ч. 1. С. 148-152.

6. Земцовский Э.В., Соловьева Л.В., Лобанов М.Ю. Ранняя диагностика сердечно-сосудистых нарушений у подростков с соединительнотканными дисплазиями. Сб. 4 Межд. Конгр. «Эколого-социальные вопросы защиты и охраны здоровья молодого поколения». – СПб. 1998. С. 390-392.

7. Рысев А.В. Функциональное состояние дыхательной и сердечно-сосудистой систем у больных пневмонией в различных климато-географических зонах северо-западного региона РФ. Автореф. дисс. ... канд мед. наук. – СПб. 2002. 24 с.

8. Соловьева Л.В. Клинико-функциональная оценка сердечно-сосудистой системы у подростков с внешними фенотипическими признаками соединительнотканной дисплазии. Автореф. дисс. ... канд мед. наук. – СПб. 1999. 24 с.

9. Степура О.Б. Синдром дисплазии соединительной ткани сердца. Автореф. дисс. ... д-ра. мед. наук. – М.: 1995. 46 с.

10. Суменко В.В. Недифференцированный синдром соединительнотканной дисплазии в популяции детей и подростков. Автореф. дисс. ... канд мед. наук. – Оренбург. 2000. 44 с.

Konoreva N.A., Koval V.T., Simonenko T.V., Soldatova N.V. **Cardio-respiratory system in the presence of the pneumonia in the patients with syndrome of not determined connective tissue dysplasia.** *FBU "1477 Naval Hospital, Navy", Vladivostok.*

There was an investigation of cardiovascular and respiratory systems in the presence of the pneumonia in the patients with syndrome of not determined connective tissue dysplasia. There were examined forty patients (only men) in the age from seventeen to twenty-three. There were performed clinical examination, spirometry, rentgenography, ECG, echocardiography in the time of admission and in the time of discharge. It is showed, that in group of the patients with syndrome of not determined connective tissue dysplasia, pneumonia has more serious and longer course. These patients have complications like: infectionally-toxical stress, miocarditis more often. The changes from the side of cardiovascular and respiratory systems have more expressive character; to the moment of discharge the one third of patients have no improvement in figures of function of external respiration. The treatment becomes more expensive.

Keywords: indifferential connective tissue dysplasia syndrome, pneumonia, external respiration function.

Автор-корреспондент:

Конорева Наталья Анатольевна, кандидат медицинских наук, врач функциональной диагностики ФБУ «1477 ВМКГ флота»; тел.: 8(423) 221-64-43. E-mail: konorevi@mail.ru

© Коллектив авторов, 2012

УДК 616.98-097-022:616.89 (Приморский край)

¹ Мартынова А.В., ² Ковалева Э.Д., ² Паулов О.И., ³ Чулакова О.А.

ОБ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЯХ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ (ПО ДАННЫМ 2000–2009 ГОДОВ).

¹ ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет», Владивосток;

² Краевой Клинический Кожно-венерологический диспансер, Владивосток;

³ Поликлиника Госпиталя Ветеранов войн, Владивосток

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, эпидемиология, Приморский край

Введение. Несмотря на все предпринимаемые в настоящее время усилия, заболеваемость ВИЧ инфекцией не только остается на постоянном уровне, но и имеет тенденцию к постоянному росту. Причем данная ситуация характерна не только для России, но и для зарубежных стран, порой с различным уровнем дохода на душу населения (а соответственно и с различными затратами на бюджет в медицине для организации противоэпидемических мероприятий в отношении ВИЧ-инфекции) [1,3]. По данным ВОЗ, ежегодно от ВИЧ погибают тысячи людей, при этом превалентный показатель по данной инфекции в настоящее время составляет около 40 миллионов. С начала эпидемии, случившегося в начале 70-х годов, по данным Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС/UNAIDS) и ВОЗ к 2008 году на Земном шаре насчитывается 33,4 млн пациентов, живущих с ВИЧ-инфекцией, при этом число ежегодно заразившихся составляет около 1,5 млн в год (число ежедневно заразившихся составляло около 14 тысяч человек). Основными очагами распространения ВИЧ-инфекции остаются страны Центральной и Южной Африки, где ВИЧ-инфекция стала уже при-

вычным заболеванием [1–4]. По данным ООН, в ряде стран Центральной и Южной Африки до 15–39% взрослого населения заражено ВИЧ. По оценкам специалистов ВОЗ, 22,5 (20,9–24,3) млн. человек, или 68% от общего числа людей, живущих с ВИЧ, проживают в Африке к югу от Сахары. Сейчас на восемь стран этого региона приходится почти две трети от общего числа всех новых случаев ВИЧ-инфекции и смертей от СПИДа в мире [5, 6]. По данным этой же программы, к примеру, число зараженных ВИЧ-инфекцией беременных женщин в странах данного региона к 2010 г. примерно следующее: в Нигерии – 201 тыс., в Южной Африке – 200 тыс., в Мозамбике – 115 тыс., в Кении – 102 тыс., в Уганде – 75 тыс. и т.п. В настоящее время считают, что каждый сотый житель планеты заражен ВИЧ-инфекцией.

Согласно данным, представленным в 2008 г. [7], Программой ЮНЭЙДС/ВОЗ в Докладе о состоянии эпидемии ВИЧ-инфекции, несмотря на выравнивание глобального показателя распространенности ВИЧ – процента людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), а также на снижение числа случаев новых ВИЧ-инфекций (отчасти в результате воздействия программ по ВИЧ), тем