

СОСТОЯНИЕ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ ПОСЛЕ ГРИППА А/Н1N1, ОСЛОЖНЕННОГО ПНЕВМОНИЕЙ

Елена Николаевна Романова¹, Анатолий Васильевич Говорин¹, Ольга Михайловна Серебрякова²
(¹Читинская государственная медицинская академия, ректор — д.м.н., проф. А.В. Говорин, кафедра поликлинической терапии, зав. — к.м.н., доц. Е.Ю. Алексенко, кафедра факультетской терапии, зав. — д.м.н., проф. А.В. Говорин; ²МУЗ «Городская клиническая больница №1», гл. врач — Е.Н. Бурдинский)

Резюме. Пациенты, перенесшие грипп А/Н1N1 осложненный пневмонией, после выписки из стационара нуждаются в долечивании в амбулаторных условиях и реабилитационных мероприятиях, в связи с длительно сохраняющимися остаточными явлениями (субфебрилитет, кашель, одышка, выраженная астения, иммунодефицит). У больных, перенесших тяжелые формы пневмонии, в дальнейшем имеется высокий риск развития бронхита, ХОБЛ. Необходимо длительное динамическое наблюдение за реконвалесцентами с целью профилактики и выявления отдаленных последствий вирусных пневмоний.

Ключевые слова: пневмония, грипп А/Н1N1, реконвалесценты.

THE STATE OF CONVALESCENTS AFTER INFLUENZA A/H1N1, COMPLICATED WITH PNEUMONIA

E.N. Romanova¹, A.V. Govorin¹, O.M. Serebryakova²
(¹Chita State Medical Academy; ²Chita Munitipal Clinical Hospital №1)

Summary. Patients who had undergone A /H1N1 influenza complicated with pneumonia, after being discharged from the hospital require a follow-up care in outpatient and rehabilitation activities in connection with long-lasting residual effects (subfebrilitet, cough, shortness of breath, severe fatigue and immune deficiency). Patients, who had undergone severe forms of pneumonia, in the future have a higher risk of developing bronchitis, COPD. In order to prevent and detect long-term effects of viral pneumonia, there is a necessity in long-term dynamic observation of convalescents.

Key words: pneumonia, influenza A (H1N1), convalescents.

Появление вируса гриппа с новыми антигенными свойствами в неиммунной популяции, массовое заражение людей в разных регионах мира на фоне устойчивой передачи вируса от человека к человеку явились основанием для объявления ВОЗ в июне 2009 г. о начале новой пандемии гриппа. В период с марта 2009 по январь 2010 вирус быстро распространился по многим странам и континентам, заболеваемость зарегистрирована более чем в 210 странах мира, заболели более 1,5 млн человек, умерло около 18,5 тысяч [3].

В Россию эпидемия гриппа пришла в октябре 2009 года и в числе первых пострадавших был Забайкальский край. За 12 недель эпидемии количество переболевших составило 11,5% от совокупного населения региона [4]. Особенностью высокопатогенного гриппа явилась большая частота осложнений, в первую очередь пневмоний. Актуальным является вопрос: «Что стало с теми пациентами, которые перенесли «свиной» грипп?» [5]. Отдаленные последствия после перенесенных бактериальных пневмоний описаны рядом авторов. Так, по данным З.Д. Бобылевой [1], у больных, перенесших легионеллезную пневмонию, в одной трети случаев после крайне тяжелого течения отмечено формирование локального пневмосклероза.

Цель работы: исследование клинических и параклинических показателей у пациентов через 6-7 месяцев после перенесенной вирусной пневмонии в зависимости от тяжести заболевания.

Таблица 1

Фоновая патология при вирусной пневмонии (n=54)

Фоновая патология	Тяжелая пневмония		Нетяжелая пневмония	
	n	%	n	%
Артериальная гипертензия	6	11,1	6	11,1
АКО 1-2 ст	4	7,4	8	14,8
ХОБЛ, в сочетании с БА	3	5,6	2	3,7
ИБС	1	1,9	3	5,6
	6	11,1	2	3,7

Материалы и методы

Были обследованы 54 реконвалесцента вирусных пневмоний (34 женщины и 20 мужчин) через 6 месяцев после эпидемии гриппа. У 40 больных во время стационарного лечения верифицирован грипп А/Н1N1 (методом полимеразной цепной реакции у 36 и у 4 — при реакции торможения гемагглютинации). Оценка тяжести пациентов в стационаре основывалась на степени дыхательной недостаточности, выраженности интоксикации, объеме воспалительной инфильтрации, наличии осложнений, декомпенсации сопутствующих заболеваний [6, 7]. У 22 пациентов отмечалось тяжелое течение заболевания (средний возраст 38,9±11,8) — 1 группа, в том числе у 2-х осложнилась острым респираторным дистресс-синдромом (ОРДС) и у 4-х — острым повреждением легких (ОПЛ). У 32 больных пневмония расценивалась как нетяжелая (средний возраст 37,7±9,2) — 2 группа. Стационарное лечение больных с тяжелыми пневмониями составляло в среднем 28,2±11,7, а при нетяжелом течении 10,1±3,5 дней.

Наиболее частой фоновой патологией на момент развития вирусной пневмонии являлась артериальная

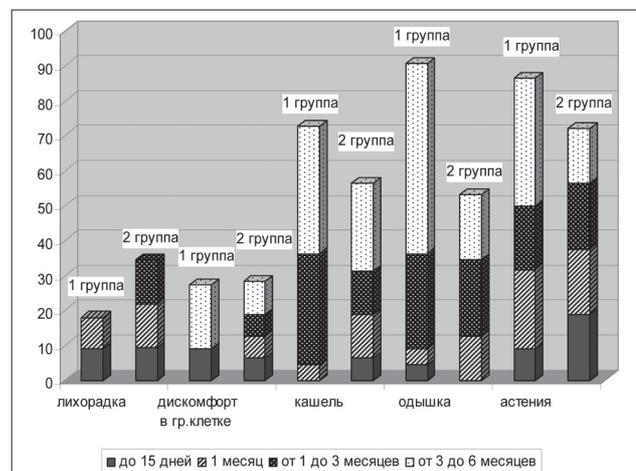


Рис. 1. Клинические симптомы после перенесенной вирусной пневмонии

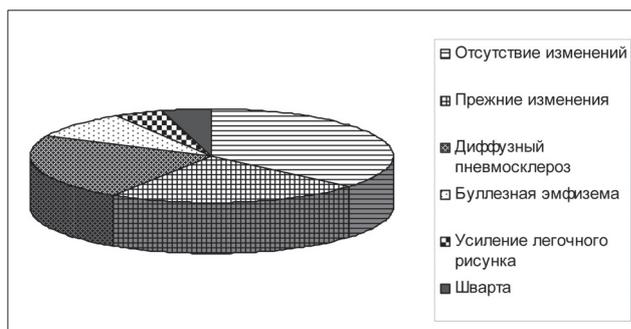


Рис. 2. Результаты рентгенологического обследования, после перенесенной нетяжелой пневмонии
гипертензия, алиментарно-конституциональное ожирение (АКО) 1-2 степени, ХОБЛ, бронхиальная астма (БА), ИБС (табл. 1).

Результаты и обсуждение

При тщательном клиническом осмотре больных отмечено, что после выписки из стационара у подавляющего большинства сохранялись такие симптомы, как субфебрильная лихорадка, кашель, одышка, болезненность или дискомфорт в грудной клетке при дыхании, выраженная астения. На момент осмотра также те или иные симптомы наблюдались в различных сочетаниях у многих реконвалесцентов (рис. 1).

После стационарного лечения субфебрилитет регистрировался у некоторых больных в течение месяца после выписки из стационара. Небольшая часть пациентов, перенесших нетяжелую форму пневмонии, отмечала повышение температуры более длительно — до трех месяцев. Возможно, это связано с недостаточной противовирусной и антибактериальной терапией при долечивании на амбулаторном этапе. Болезненность, чувство дискомфорта в грудной клетке при дыхании отмечалось в 1 и 2 группах больных с одинаковой частотой, но у реконвалесцентов после тяжелой пневмонии сохранялось более длительно — в 18,2% случаев от 3 до 6 месяцев.

Более половины обследованных больных (63%) после выписки продолжали отмечать кашель, преимущественно сухой. Причем, наиболее продолжительно этот симптом сохранялся в основном у реконвалесцентов после тяжелой пневмонии — в 1,5 раза чаще по сравнению с перенесшими заболевание в нетяжелой форме. Характерной особенностью вирусных пневмоний в дебюте заболевания у большинства являлась выраженная одышка в покое или при незначительных нагрузках [2]. После выписки из стационара большинство больных (68,5%), перенесших пневмонию различной тяжести, также продолжали отмечать тахипноэ вначале при незначительных, а затем при умеренных нагрузках. Реконвалесценты с длительно сохраняющейся одышкой (3-6 месяцев) встречались в 3 раза чаще в группе больных с тяжелым течением заболевания.

Синдром поствирусной астении, включающий в себя рассеянное внимание, нарушение сна, слабость, повышенную утомляемость, потливость, вегетативные расстройства, регистрировался у 78% пациентов. Более длительную астению — до 6 месяцев наблюдали чаще у реконвалесцентов после тяжелой пневмонии — в 2,3 раза по сравнению с больными, перенесшими пневмонию меньшей тяжести.

Обращало на себя внимание у подавляющего большинства после стационарного лечения наличие частых ОРВИ, ангин, фарингитов, бронхитов, гайморитов. Повторные инфекции были обусловлены длительно сохраняющимся иммунодефицитом, а также тяжестью перенесенного заболевания (табл. 2). У 9 пациентов (16,7%) заболевших на фоне ХОБЛ и бронхиальной астмы за период наблюдения отмечались неоднократные обострения.

За время эпидемии в МУЗ «Городская клиническая больница №1» ОРДС на фоне гриппа развился у 20 больных в первую неделю заболевания. Из них в 18 случаях, несмотря на интенсивную терапию, имел место летальный исход. У одной из оставшихся в живых пациентки осложнением явилась ХОБЛ.

Таблица 2

Заболевания после перенесенной пневмонии

Выявленная патология	Тяжелая пневмония (n=22)		Нетяжелая пневмония (n=32)	
	n	%	n	%
Повторные ОРВИ	11	50	10	31,3
Ангина	2	9	2	6,3
Фарингит	2	9	-	-
Бронхит	2	9	-	-
Гайморит	-	-	2	6,3
Эрозивный гастрит	1	4,5	-	-
Обострения ХОБЛ	4	18,2	3	9,4
Обострения БА	1	4,5	3	9,4

При исследовании функции внешнего дыхания у больных после различных форм пневмоний, выраженные или умеренные нарушения по смешанному типу, регистрировались лишь у пациентов с ХОБЛ.

При изучении данных лучевой диагностики (компьютерной томографии, рентгенографии, флюорографии) у 52% реконвалесцентов патологических изменений не выявлено. Причем в группе пациентов после нетяжелой пневмонии доля таких в 1,7 раз больше, по сравнению с перенесшими тяжелую форму заболевания (рис. 2, 3). В 1 группе больных в 22,7% случаях зарегистрирован диффузный пневмосклероз после воспаления легочной ткани, а во второй группе выявлены только явления локального пневмосклероза у 6,2% реконвалесцентов.

Усиление легочного рисунка отмечено у 5,6% от общего количества пациентов, в 3,7% случаях описаны плеуральные шварты после разрешившейся инфильтрации легочной ткани и у двух больных (3,7%), перенесших тяжелую форму пневмонии выявлены сформировавшиеся буллезные полости в легких.

Таким образом, у больных перенесших грипп А/Н1N1, осложненный пневмонией, в дальнейшем имеется высокий риск развития бронхита и ХОБЛ. Необходимо динамическое наблюдение за реконвалесцентами в течение 1 года с целью профилактики и выявления отдаленных последствий вирусных пневмоний.

Пациентам, перенесшим грипп А/Н1N1, осложненный пневмонией, в связи с длительно сохраняющимися остаточными явлениями после выписки из стационара (субфебрилитет, респираторные симптомы, астения, иммунодефицит) необходимо дальнейшее долечивание в амбулаторных условиях и проведение реабилитационных мероприятий. У больных после тяжелого течения вирусной пневмонии имеется высокий риск развития бронхита и ХОБЛ, а у пациентов перенесших грипп на фоне ХОБЛ регистрируются частые обострения. С целью профилактики и выявления отдаленных последствий вирусных пневмоний необходимо дальнейшее динамическое наблюдение за реконвалесцентами.

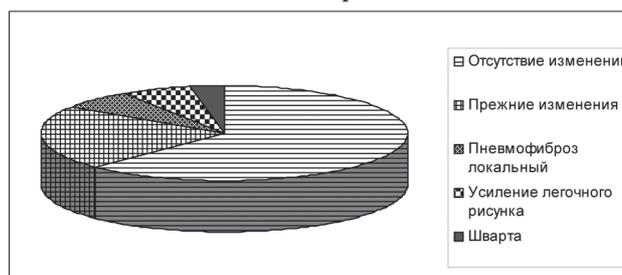


Рис. 3. Результаты рентгенологического обследования, после перенесенной тяжелой пневмонии

ЛИТЕРАТУРА

1. Бобылева З.Д. Особенности клинического течения и отдаленные результаты легионеллезной пневмонии в период эпидемической вспышки легионеллеза в Свердловской области. // Клиническая медицина. — 2010. — №4. — С. 72-77.
2. Говорин А.В., Серебрякова О.М., Филев А.П. и др. Клинические особенности внебольничной пневмонии у больных гриппом А/Н1N1. // Пульмонология. — 2010. — №5. — С. 27-29.
3. Колобухина Л.В. Стратегия ранней противовирусной терапии при гриппе как профилактика тяжелых осложнений. // Пульмонология. — М., 2010. — Прил. «Грипп А/Н1N1: уроки пандемии». — С. 9-14.
4. Лапа С.А., Родина Н.Н., Скрипченко Е.М. и др. Эпидемиологическая ситуация по гриппу А/Н1N1 в

Забайкальском крае в 2009-2010 годах. // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Итоги эпидемии гриппа А/Н1N1». — Чита, 2010. — С. 154-157.

5. Чучалин А.Г. Грипп: уроки пандемии. // Пульмонология. — М., 2010. — Прил. «Грипп А/Н1N1: уроки пандемии». — С. 3-8.

6. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Козлов Р.С. и др. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. — М., 2010. — 60 с.

7. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Страчунский Л.С. и др. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. — М., 2009. — 76 с.

Информация об авторах: тел. (3022) 31-42-54; e-mail: fpkmacadem_chita@mail.ru

Романова Елена Николаевна — доцент;

Говорин Анатолий Васильевич — заведующий кафедрой, д.м.н., профессор, академик РАЕН;

Серебрякова Ольга Михайловна — заведующий отделением

© КУЛИКОВ Л.К., ШАЛАШОВ С.В., ЕГОРОВ И.А., БУСЛАЕВ О.А., МИХАЙЛОВ А.Л., СОБOTOVИЧ В.Ф., СМИРНОВ А.А., ПРИВАЛОВ Ю.А. — 2011
УДК 616.34-007.43-031:611.957]-089.12

ОТНОШЕНИЕ К М. CREMASTER ПРИ ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКЕ

Леонид Константинович Куликов¹, Сергей Владимирович Шалашов², Иван Александрович Егоров², Олег Александрович Буслаев², Александр Леонидович Михайлов², Владимир Филиппович Соботович¹, Алексей Анатольевич Смирнов¹, Юрий Анатольевич Привалов¹

(¹Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах;

²НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Иркутск-Пассажирский» ОАО «РЖД»,

гл. врач — к.м.н. Е.А. Семенищева)

Резюме. Предложен способ сохранения *m. cremaster* при хирургическом лечении паховых грыж при использовании техники «без натяжения». Он может оказаться особенно предпочтительным в случаях молодого возраста пациентов. Отличие заключается в том, что *m. cremaster* не пересекают. В сетке делают дополнительный разрез для размещения мышцы, который потом через нее ушивают. В работе подробно изложена техника операции. Предложенная методика использована при герниопластике у 41 больного. Во всех случаях послеоперационных осложнений, рецидивов не отмечено. Срок наблюдения за больными составил до 2 лет.

Ключевые слова: грыжа, *m. cremaster*, гениопластика.

THE RELATION TO M. CREMASTER IN INGUINAL HERNIOPLASTY

L.K. Kulikov¹, S.V. Shalashov², I.A. Egorov², O.A. Buslaev², A.L. Mihailov², B.F. Sobotovich¹, A.A. Smirnov¹, Y.A. Privalov¹
(¹Irkutsk State Institute for Postgraduate Medical Education; ²Railways Hospital at Irkutsk-Passenger Station)

Summary. The preservation method *m. cremaster* is offered in inguinal hernioplasty with the use of technique «tension-free». It may be preferable in young patients. The feature of this method is that *m. cremaster* is not crossed. In a mesh an additional cut is performed for placing the muscle, which then is taken up through it. In this paper the technique of operation has been described in detail. The presented technique was used in 41 operations. In all the cases any postoperating complications were not noted. Remote results were investigated within the period of 2 years.

Key words: hernia, *m. cremaster*, hernioplasty.

Хирургия грыж, в частности паховых, переживает своего рода ренессанс, который связан с созданием качественных синтетических протезных материалов и современного эндовидеохирургического оборудования. Произошла серьезная переоценка и традиционных методик без применения сетчатых протезов. Практическую значимость сохранили только способы, проверенные временем и сопоставимые по результатам с протезирующими технологиями. Количество рецидивов в хирургических клиниках, отвечающих современному уровню, составляет 0,5-2% [6]. Кроме того, снизилось и число послеоперационных осложнений. Менее выражены болевые проявления в раннем послеоперационном периоде, реже отмечаются случаи хронической боли в отдаленные сроки после хирургического вмешательства. Важными показателями стали ранняя социальная и трудовая реабилитация, а также качество жизни больных.

Несмотря на изменение подходов к хирургическому лечению паховых грыж, всегда обращалось вни-

мание на бережное отношение к семенному канатику. Собственно, он и представляет основную проблему при выполнении паховой герниопластики. При этом неоправдана существующая неопределенность в отношении к такой важной структуре семенного канатика, как *m. cremaster*.

Предложение по иссечению волокон *m. cremaster* изначально сделал в 1893 году W.S. Halsted [5]. Это привело к лучшему выделению и визуализации внутреннего пахового кольца, повышало надежность пластики. Возможно, во времена W.S. Halsted указанная техника и была оправдана. В России широко использовали при всех видах паховых грыж способ пластики пахового канала по Р.Е. Postempski. При этой операции *m. cremaster* пересекали, а паховый канал ликвидировали, располагая семенной канатик под кожей. Однако, следует отметить, что эта методика грубо нарушает принципы реконструкции пахового канала. В мировой хирургической практике большое распространение получила