

УДК 616.24-002-07-08

ОСОБЕННОСТИ ПНЕВМОНИЙ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ**Притулина Ю.Г.¹, Саломахин Г.Г.¹, Шенцова В.В.¹, Астапченко Д.С.¹, Ларин С.В.²**¹ ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко Минздрава России», Воронеж, Россия (394030, г. Воронеж, ул. Студенческая, 10), e-mail: inf - vgma@rambler.ru² БУЗ ГО ВОКИБ (394000, г. Воронеж, ул. Бахметьева, 10)

В статье приводятся данные за последние три года об этиологической структуре, заболеваемости и отличиях клинической картины пневмоний, вызванных различными возбудителями. Оценка уровня заболеваемости проводилась по материалам, полученным в диагностическом отделении областной клинической инфекционной больницы города Воронеж. Выделены четыре группы пневмоний: неуточненной этиологии, хламидийной, легионеллезной и пневмония, как осложнение гриппа. Результаты исследования обработаны статистически. Найдены клинико-лабораторные отличия, которые позволяют заподозрить этиологический фактор пневмоний. Выявлены отличия в изменении лейкоцитарного индекса интоксикации в зависимости от этиологии пневмонии. Проведена оценка эффективности эмпирического медикаментозного лечения пневмоний, вызванных различными возбудителями.

Ключевые слова: пневмония, этиологическая структура, хламидийная пневмония, легионеллезная пневмония, постгриппозная пневмония.

PECULIARITIES OF PNEUMONIA OF VARIOUS ETIOLOGY**Pritulina Y.G.¹, Salomahin G.G.¹, Shentsova V.V.¹, Astapchenko D.S.¹, Larin S.V.²**¹ Voronezh State Medical Academy n.a. N.N.Burdenko, Voronezh, Russia (394030, Voronezh, Studencheskaya Street, 10), e-mail: alts2005@mail.ru² Voronezh regional infectious hospital (394000, Voronezh, Bachmetyeva Street, 10)

In article presents data for the last three years about the etiological structure, morbidity and differences of the clinical manifestation of pneumonia, caused by different causative agent. The estimation level to diseases was conducted on material got in Voronezh regional infectious hospital. Four groups of patients with pneumonia were analyzed: patients with pneumonia caused by chlamydia, pneumonia caused by legionella, pneumonia after influenza and pneumonia of uncertain etiology. Statistical analysis was performed. Several clinical and laboratory differences between groups were found that make possible to suspect etiology of pneumonia. Differences in the change of leukocyte index of intoxication depending on the etiology of pneumonia were identified. Assessment of effectiveness of the empirical medical treatment of pneumonia caused by different pathogens.

Keywords: pneumonia, different causative agent, pneumonia caused by chlamydia, pneumonia caused by legionella, pneumonia after influenza.

По данным официальной статистики МЗ РФ, заболеваемость внебольничной пневмонией в России среди лиц старше 18 лет постоянно находится на достаточно высоком уровне и составляет около 3,9%. Так, в 2009 год в стационаре БУЗ ОКИБ зарегистрировано больных с диагнозом внебольничная пневмония 117 человек, в 2010 – 89 человек, в 2011 – 150 человек. При этом этиология большинства пневмоний остается неустановленной.

Целью данного исследования было изучение особенностей клинико-лабораторной диагностики пневмоний, обусловленных различными этиологическими факторами, и выявление различий в клиническом течении заболевания. Проанализировано 95 историй болезни с подтвержденным клинико-лабораторными методами диагнозом внебольничная пневмония больных, находившихся на лечении в ГУЗ ОКИБ с 2009 по 2011 год.

По этиологическому фактору было выявлено 4 группы больных: 1 группа – 33 (34,7%) пациентов с острой внебольничной пневмонией неуточненной этиологии; 2 группа – 27 (28,5%) пациентов с диагнозом грипп, осложненный острой пневмонией; 3 группа – 18 (18,9%) пациентов с диагнозом хламидиоз, пневмоническая форма; 4 группа – 17 (17,9%) пациентов с диагнозом легионеллез, пневмонический вариант.

Больные во всех группах были сопоставимы по возрасту, полу и преморбидному фону. Из исследования исключались больные с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, положительными результатами обследования на ВИЧ, гепатит В и С. Средний возраст пациентов по группам составил: при хламидийной пневмонии $25,8 \pm 9,1$ года, при легионеллезной пневмонии $30,9 \pm 12,3$, при пневмонии, как осложнении гриппа – $29,1 \pm 8,1$, при пневмонии неуточненной этиологии – $38,2 \pm 14,9$ года.

Всем больным проводилось традиционное лабораторное и инструментальное обследование: рентгенография органов грудной клетки, общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови. Диагноз подтверждался методом ИФА с обнаружением специфических для каждой патологии IgM в диагностически значимых титрах.

Лечение проводилось в соответствии со стандартами лечения пневмоний. Оно включало: начальная эмпирическая терапия антибиотиками до выделения возбудителя, после уточнения этиологии – специфическая антибиотикотерапия.

Согласно нашим наблюдениям, пациенты с пневмонией, вызванной хламидийной инфекцией, поступали в среднем на $6,7 \pm 2,3$ день болезни; больные с легионеллезной пневмонией поступали на $4,8 \pm 1,2$ день; с пневмонией, осложнившей течение гриппа – достоверно раньше на $3,5 \pm 1,1$ день. Госпитализация на более поздний день заболевания при хламидийной инфекции говорит о легком течении начального периода заболевания, характеризующемся умеренно выраженной интоксикацией и субъективно удовлетворительным самочувствием; у больных с легионеллезной начальный период протекал более тяжело с выраженной интоксикацией и высокой лихорадкой. При пневмонии, осложнившей течение гриппа, начальный период был всегда наиболее тяжелым: с выраженной интоксикацией, резким ухудшением самочувствия.

Клиническая картина при хламидийной пневмонии характеризовалась всегда острым началом, интоксикацией, проявляющейся лихорадкой до $38,3$ до $39,2$ °С, продолжительностью в среднем $11,5 \pm 3,2$ дня, слабостью, умеренной головной болью без четкой локализации; артралгией и миалгией.

При легионеллезной пневмонии также всегда наблюдалось острое начало, озноб, лихорадка 38,1–39,1 °С (длительностью в среднем 9,8±1,9 дня), головная боль беспокоила более половины пациентов (в 55,5% случаев).

При пневмонии, осложнившей течение гриппа, выраженную интоксикацию с ознобом сопровождала сильная головная боль в 77,8% случаев (с локализацией в лобно-височных областях), лихорадка 38,3–39,1 °С, которая продолжалась меньше, чем при пневмониях другой этиологии – до 8,3±2,7 дня болезни.

Жалобы на одышку предъявляло большинство пациентов с пневмонией, осложнившей течение гриппа – 66,6% пациентов, в 2 раза реже это отмечалось у больных с хламидийной, легионеллезной пневмониями (37,7 и 33,3% соответственно). Боли в грудной клетке отмечались у 56,2% больных с хламидийной пневмонией, 33,3% пациентов – у пациентов с пневмонией, осложнившей течение гриппа, при легионеллезной пневмонии таких жалоб не отмечено. Пневмония, осложнившая течение гриппа, и хламидийная пневмония сопровождалась в 77,7 и 75,1% случаев мучительным сухим кашлем, реже кашлем с мокротой (22,3 и 25,9% соответственно). При легионеллезной пневмонии было наоборот: кашель с мокротой был чаще в 2 раза – (66,6% случаев), сухой кашель зарегистрирован у 33,3% пациентов.

Катаральные явления, такие как ринит и тонзиллит, при легионеллезной пневмонии наблюдались у трети больных (33,3%), в то время как при хламидийной они наблюдались у большей части больных – 75,5 и 62,6% соответственно. Фарингит же в 2,4 раза чаще наблюдался при хламидийной инфекции – 44,4% пациентов, при легионеллезе реже – 18,7%. Синусит в 5,6 раза чаще встречался у больных с хламидиозом (62,5% пациентов), реже с легионеллезом (11,1%), у пациентов с гриппом не встречался. Склерит и конъюнктивит также наблюдались чаще у больных с хламидиозом (56,2%), поровну у больных с легионеллезом и гриппом (44,4 и 44,5% соответственно).

При хламидийной пневмонии внелегочные проявления заболевания проявлялись в виде гепатомегалии, подтвержденной методом УЗИ брюшной полости – у 75,1% пациентов (увеличение в среднем на 1 см ниже реберной дуги) и увеличение АлАТ у 31,2% пациентов. Другие показатели функционального состояния печени оставались в пределах нормы. Эти изменения на фоне проведенной специфической терапии быстро приходили к значениям нормы, не требуя специальной терапии.

При легионеллезе гепатомегалия, подтвержденная данными УЗИ диагностики, встречалась реже (в 2,6 раза), чем при хламидийной пневмонии, но ее увеличение было более выраженным – в среднем на 1,5-2,0 см. Увеличение уровня АлАт в 2 и более раз отмечено у 66,7% пациентов с легионеллезом. После проведенной терапии у этих больных уровень

АлАт снизился только у половины; зарегистрированное увеличение тимоловой пробы (у 33,3% пациентов) полностью нормализовалось на фоне проведенной терапии.

У пациентов с пневмонией, осложнившей течение гриппа, гепатоспленомегалии не наблюдалось.

Полилимфоаденопатия в 2 раза чаще встречалась при хламидийной пневмонии, чем при легионеллезной, и составила 62,6% пациентов. Диарея в начальной фазе заболевания отмечена у трети пациентов с легионеллезной пневмонией, в других группах она не наблюдалась.

В периферической крови при поступлении у больных с пневмонией, вызванной хламидиозной инфекцией, анемия наблюдалась у 12,5% пациентов, лейкоцитоз в 31,2% случаев, увеличение СОЭ в 75%, лимфопения в 37,5%. Все измененные показатели нормализовались к концу лечения.

При поступлении у больных с легионеллезной пневмонией в периферической крови анемия встречалась у 22,2% человек; лейкоцитоз в 55,5% случаев, сдвиг формулы влево – у 44,4% пациентов, лимфопения – у 77,5% больных. Увеличение СОЭ наблюдалось у 88%, сохраняющееся после лечения у 33% пациентов.

При сравнении лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), вычисленного по формуле В.К. Островского (1983), выявлено, что у больных с легионеллезом он был повышен в 100% случаев и составил $5,1 \pm 1,3$, что свидетельствует о большей иммуносупрессии и выраженности интоксикации. При гриппе ЛИИ составил $4,5 \pm 1,1$ (увеличение его зарегистрировано у 88,8% больных), при хламидиозе ЛИИ составил $3,7 \pm 1,1$ (увеличение его отмечено у 68,7% пациентов). На фоне проведенного лечения ЛИИ снижался во всех группах больных и к моменту выписки из стационара достигал нормы ($1,7 \pm 0,3$).

Применение ЛИИ в условиях терапевтической клиники имеет большое значение для оценки степени интоксикации и эффективности лечения. Наряду с высокой диагностической ценностью определение в динамике индекса позволяет своевременно выявить развитие осложнений и прогрессирования процесса при неадекватном лечении.

Всем пациентам при поступлении и в динамике проводилась рентгенография грудной клетки. Согласно нашим данным, при хламидийной инфекции чаще визуализируется мелкоочаговая, нередко многофокусная инфильтрация, причем левостороннее поражение регистрировалось почти у половины пациентов (43,7% пациентов); правостороннее реже в 1,4 раза (в 31,2% случаев), двустороннее – у 18,7% больных. Рентгенологические данные при легионеллезной инфекции несколько иные: визуализируется очаговая пневмоническая инфильтрация, локализуемая в пределах одной доли легких, чаще слева (в 55,5%

пациентов), справа – у 11,1% больных, двустороннее поражение выявлялось чаще, чем при хламидиозе – в 2,4 раза (44,4% случаев). При гриппозной пневмонии чаще встречалось левостороннее поражение (у 59,5% больных), реже правостороннее – в 33,3% случаев, двусторонних поражений легких не зарегистрировано.

При анализе корреляционных зависимостей у больных получены следующие достоверные прямые корреляционные связи (при $p \leq 0,05$ и $K \geq 0,7$): при хламидиозе выявлено 6 связей; при легионеллезе – 4; при постгриппозной пневмонии – 5 связей.

Наибольшее количество прямых достоверных корреляционных связей выявлено у больных с хламидийной пневмонией. При этом количество достоверных корреляционных связей на фоне лечения у всех больных снизилось с $5,1 \pm 0,8$ до $3,1 \pm 0,9$.

Всем больным при подтверждении диагноза «Внебольничная пневмония» согласно стандартам оказания медицинской помощи проводилась комбинированная терапия цефалоспоридами 3 поколения внутривенно (цефтриаксон) и макролиды перорально (азитромицин) по общепринятым схемам. Эффективность лечения показана в таблице 1.

Таблица 1 – Эффективность лечения в днях

Нозоформа	Снижение температуры (день)	Исчезновение хрипов в легких	Исчезновение кашля
Хламидиоз	$5,1 \pm 2,1$	$11,1 \pm 2,9$	$11,5 \pm 2,2$
Легионеллез	$5,2 \pm 1,9$	$15,1 \pm 2,1$	$15,8 \pm 1,5^*$
Грипп	$5,2 \pm 2,5$	$11,3 \pm 2,5$	$10,3 \pm 2,3^*$
Неуст. этиология (контр.)	$4,06 \pm 2,0$	$12,8 \pm 2,9$	$12,0 \pm 2,4$

* – достоверное отличие ($p < 0,05$).

При хламидийной пневмонии на фоне традиционной эмпирической терапии лихорадка снижалась на $5,1 \pm 2,1$ день терапии, хрипы в легких исчезали на $11,1 \pm 2,9$ день, кашель – на $11,5 \pm 1,9$ день. При легионеллезе на фоне лечения температура снижалась на $5,2 \pm 1,9$ день, хрипы не выслушивались на $15,1 \pm 2,1$, кашель исчезал на $15,8 \pm 1,5$ день. При пневмонии, осложнившей течение гриппа, температура снижалась на $5,2 \pm 2,6$ день, хрипы не выслушивались на $11,3 \pm 2,4$, кашель исчезал на $10,3 \pm 2,3$ день (при легионеллезной пневмонии он продолжался достоверно дольше, чем при постгриппозной). Это говорит о том, что эмпирическое назначение антибактериальной терапии не влияет на сроки исчезновения основных клинических проявлений пневмонии. Хотя при легионеллезной пневмонии выявлено наиболее длительная клиническая симптоматика.

Выводы

1. Хламидийная пневмония характеризуется самым постепенным развитием клинической симптоматики, умеренной интоксикацией из всех рассмотренных пневмоний.
2. Пневмония, как осложнение гриппа, характеризуется более быстрым нарастанием клинических проявлений, выраженной интоксикацией, наименьшей продолжительностью лихорадки, частой одышкой и сухим кашлем, болью в грудной клетке, частым склеритом и конъюнктивитом, преимущественно односторонним очаговым поражением легких.
3. Клиническая картина легионеллезной пневмонии сопровождается умеренной интоксикацией, чаще кашлем с мокротой, склеритом, конъюнктивитом, фарингитом, диареей в первые дни заболевания, поражением печени с более длительным восстановительным периодом, левосторонним или полисегментарным поражением легких.
4. Лейкоцитарный индекс интоксикации чаще повышен у больных с легионеллезом (100% случаев), чем у пациентов с пневмонией, обусловленной гриппом (88,8%) и хламидийной инфекцией (68,8%).
5. Наибольшее количество корреляционных связей отмечено у больных при хламидиозе (6 связей), и достоверное снижение их с $5,1 \pm 0,8$ до $3,1 \pm 0,9$.

Список литературы

1. Внебольничная пневмония у взрослых: практ. рекомендации по диагностике, лечению и профилактике : пособие для врачей / Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Яковлев С.В. и др. – М., 2003.
2. Исследование системы крови в клинической практике / под ред. Г.И Козинца и В.А. Макарова. – М. : Триада-Х, 1997.
3. Лабораторные особенности пневмоний различной этиологии / Ю.Г. Притулина и др. // Достижения, перспективы диагностики, лечения и профилактики инфекционной и соматической патологии : сб. научн. тр. – Воронеж, 2012. – С. 96-98.
4. Общая заболеваемость взрослого населения по классам болезней 2000–2004 гг. Российская Федерация [Электронный ресурс]. – URL: www.mzsrrf.ru/stat.
5. Притулина Ю.Г., Сахарова Л.А., Монастырский А.А. Эффективность различных вариантов противовирусной терапии гриппа // Достижения, перспективы диагностики, лечения и профилактики инфекционной и соматической патологии : сб. науч. тр. – Воронеж, 2012. – С. 98-99.
6. Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с пневмонией : приказ Минздравсоцразвития РФ от 8 июня 2007 г. № 411.

7. Проект практических рекомендаций МЗ РФ. Внебольничная пневмония у взрослых: диагностика, лечение, профилактика. – М., 2002. – 51 с.
8. Чучалин А.Г. (науч. ред.) Стандарты (протоколы) диагностики и лечения больных с неспецифическими заболеваниями легких (взрослое население). – М., 1998. – С. 25–29.

Рецензенты

Васильева Л.В., доктор медицинских наук, профессор зав. кафедрой внутренних болезней ИДПО ГОУ ВПО «ВГМА им. Н.Н. Бурденко», г. Воронеж.

Кокорева С.П., доктор медицинских наук, зав. кафедрой детских инфекционных болезней ГБОУ ВПО «ВГМА им. Н.Н. Бурденко», г. Воронеж.