

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЬНОГО С ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ АТИПИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Гусейнова Н. Р.

Научный руководитель – Агеева К. А.

Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П.Павлова,
кафедра инфекционных болезней
г. Рязань

Ключевые слова: атипичная пневмония, болезнь легионеров.

Резюме: представлен клинический случай больного с тяжелым течением атипичной пневмонии, вызванной *Legionella pneumophila* и *Streptococcus pneumoniae*, с развитием полиорганной недостаточности. Этот пример будет полезен для врачей разных специальностей.

Resume: The article presents a clinical case of the male patient with a severely atypical pneumonia caused by *Legionella pneumophila* and *Streptococcus pneumoniae* with Multiple Organ Dysfunction Syndrome. This example might be helpful for physicians of various specialties.

Актуальность. Несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении внебольничных пневмоний, ежегодно в нашей стране регистрируются 1,5 миллиона случаев пневмонии, летальность от которых превышает 20 человек на 100 тыс. населения [1,2]. На долю атипичных респираторных патогенов (*Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella pneumophila* и *Chlamydia pneumoniae*) приходится более 15% случаев заболевания [3]. Возможно, данный рост заболеваемости атипичной пневмонией связан со снижением иммунитета в условиях постоянного стресса и высокой урбанизации. Таким образом, заболеваемость пневмониями, в том числе вызванной атипичными возбудителями, растет, что и определяет актуальность проблемы, и ставит врача перед важностью ранней диагностики и лечения данного заболевания.

Цель: проанализировать клинический случай атипичной пневмонии у больного, госпитализированного в больницу города Рязань.

Задачи: проанализировать клиническую картину больного с атипичной пневмонией, выявить наиболее частые проблемы диагностики и лечения атипичной пневмонии, возможные осложнения.

Материал и методы. Проведен анализ истории болезни следующего пациента: Больной К., 51 год, поступил в приемное отделение 28.08.2018 с жалобами на сухой кашель, одышку при небольшой физической нагрузке, боли в правой половине грудной клетки при глубоком дыхании и кашле, озноб, резкую общую слабость, потливость. Заболел 4 дня назад, когда появились озноб, выраженная общая слабость, сильная головная боль. 25.08.18 больной поехал на рыбалку, где переохладился. Отмечал озноб, резкую общую слабость, отсутствие аппетита. Т тела не измерял. Самостоятельно принимал НПВС. 26.08.18 присоединился жидкий стул. Ночью 27.08.18 вернулся домой. Жена отметила нарушение речи, шаткость походки, заторможенность в действиях, что связала с употреблением алкоголя. Утром 28.08.18

температура тела 40,2⁰С, сохранялось нарушение речи и шаткость походки, 3^{ды} кашицеобразный стул. Больной принимал НПВС, температура тела снизилась до 38⁰С. Днем был вызван участковый терапевт. Больной направлен в стационар, где был осмотрен неврологом, выполнено КТ головного мозга, легких. Данных за ОНМК не получено. На КТ – картина полисегментарной пневмонии справа. Направлен в пульмонологическое отделение согласно листу маршрутизации. Аллергологический анамнез: на аспирин – крапивница. Наследственность отягощена: у матери гипертоническая болезнь, повторные ОНМК. Вредные привычки отрицает, ненормированный рабочий день, постоянное психоэмоциональное напряжение, короткий сон по 3-4 часа в сутки. Контакт с инфекционными больными отрицает.

Общее состояние средней тяжести. Т тела 36,5⁰С. Положение активное. Телосложение нормостеническое. Сознание ясное. Контактен, в месте и времени ориентирован. Речь смазана. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, умеренный акроцианоз. Периферические ЛУ не увеличены. В легких дыхание ослабленное везикулярное, справа крепитация по всей задней поверхности легких ниже угла лопатки. ЧДД 22 в мин. SpO₂- 94%. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный. ЧСС 90 уд в мин. АД 130/80 мм рт ст. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Стул регулярный, 1 р/сут, кашицеобразный. Диурез в норме.

Был поставлен предварительный диагноз: Внебольничная полисегментарная плевропневмония справа, неуточненная, тяжелое течение. Осложнения: Дыхательная недостаточность I ст. Соп.: Острая энцефалопатия.

Результаты и их обсуждение. В лабораторных анализах: креатинин – 176 мкмоль/л, мочевина – 8,9 ммоль/л, СРБ – 422 мг/л, АСТ – 78 Ед/л. В ОАК – лейкоциты – 10,3х10⁹/л, СОЭ – 115 мм/ч. На Rg-грамме органов грудной клетки: неоднородное интенсивное затемнение ниже 3-го межреберья (рис. 1). На ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС 90 уд в мин. Горизонтальная ЭОС. Признаки перегрузки правого предсердия. Наджелудочковые экстрасистолы.

В связи с большим объемом поражения легких, выраженным синдромом системного воспалительного ответа, признаками полиорганной недостаточности госпитализирован в АРО.

На 3 день в стационаре состояние ухудшилось - усилился кашель, одышка, общая слабость на фоне терапии (цефтриаксон 4,0 г/сут и левофлоксацин 1000 мг/сут в/в), ЧДД 28 в мин, SpO₂-92%(на инсуффляции O₂), ухудшение аускультативной картины. На Rg-грамме легких отрицательная динамика: справа увеличение протяжения затемнения от I межреберья, стал сниженным в прозрачности и нежнекарональный отделотдел, слева появился фокус неравномерного затемнения в среднем поле, снижение прозрачности нижнего л/поля, корень бесструктурен, в\долевые сосуды расширены (рис. 2).

На УЗИ плевральных полостей справа – увеличение количества свободной жидкости до 150-200 мл, слева 50-70 мл.

Таким образом, была заподозрена атипичная пневмония и назначен экспресс-тест на антигены атипичных возбудителей: тест на *Legionella pneumophila* (+). Так же (+) анализ на *Streptococcus pneumoniae*.

Диагноз: Двусторонняя полисегментарная плевропневмония, бактериальной этиологии (*Legionella pneumophila* + *Streptococcus pneumoniae*), осложненная двусторонним выпотом, тяжелое течение. Симптом полиорганной недостаточности: нефрит, миокардит, нарушение ритма по типу наджелудочковой экстрасистолии. Дыхательная недостаточность II

Скоррегирована антибактериальная терапия: левофлоксацин=> моксифлоксацин 400 мг/сут в/в, цефтриаксон 4,0 г/сут, метронидазол 1500 мг/сут в/в.

На 5 день – клинически положительная динамика (одышка, кашель, общая слабость уменьшились, SpO₂ -94 % без дотации O₂), однако, на контрольной Rg-грамме от 1.09.18 отрицательная динамика – справа увеличение протяжения затемнения справа на верхушечный сегмент, слева на периферические отделы легкого в проекции 2-4 межреберий спереди. Правый корень на фоне затемнения не определяется, левый расширен, бесструктурный. Заключение: Двусторонняя полисегментарная плевропневмония, ухудшение (рис. 3).

На 8 день наблюдалась положительная динамика: состояние стабильное, сохраняется сухой кашель, одышка при небольшой физической нагрузке. Дышит самостоятельно. Аускультативно в легких дыхание ослабленное везикулярное, влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах справа. На Rg-грамфии органов грудной клетки от 10.09.18 определяется положительная динамика с выраженным уменьшением инфильтрации легочной ткани в верхней доле. Справа затемнение л/ткани сохраняется в аксиальном сегменте в/доли и наблюдается скопление плеврального выпота в пространстве главной и горизонтальной междолевых щелей. Правый корень бесструктурен. Слева в области язычковых сегментов наблюдаются плевральные наслоения. Заключение: двусторонняя полисегментарная плевропневмония в фазе разрешения. Больной переведет в пульмонологическое отделение, где была продолжена антибактериальная терапия.

30.09.18 пациент был выписан с положительной динамикой под наблюдение участкового терапевта по месту жительства.

Выводы: Таким образом, данное клиническое наблюдение показывает важность и необходимость ранней диагностики пневмонии, что позволяет своевременно назначить адекватную этиотропную терапию, избежать развития осложнений и сократить сроки пребывания больного в стационаре.



Рис. 1 – Rg-графия органов грудной клетки при поступлении



Рис. 2 – Rg-графия органов грудной клетки от 30.08.18



Рис. 3 – Rg-графия органов грудной клетки от 01.09.18

Литература

1. Чучалин, А.Г. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике / А.Г. Чучалин, А.И. Синопальников, Р.С. Козлов. - М.: Медицина, 2010. - 106 с.
2. Чучалин, А.Г. Диагностика и лечение пневмоний с позиций медицины доказательств / А.Г. Чучалин, А.Н. Цой, В.В. Архипов // Consilium medicum. - 2002. - №12. - С. 620-644.
3. Cunha V.A. // Clin. Microbiol. Infect. 2006. V. 12. Suppl. 3. P. 12.