

УДК 616.24-002.5

Ж.К. ИСМАИЛОВ, Х.Х. АБДУКАРИМОВ, М.М. АДЕНОВ, Б.Т. ТУЙЕБАЕВАНациональный научный центр фтизиопульмонологии,
г. Алматы, Республики Казахстан**ТЕРАПИЯ СОЧЕТАНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ И ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ: КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИМЕРЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ**

Исмаилов Ж.К.

В статье приведены данные о трех пациентках с сочетанием внебольничной пневмонии с туберкулезом легких, в двух случаях еще сочетающейся с беременностью. Анализированы причины осложнений. Даны рекомендации по профилактике и лечению сочетания внебольничной пневмонии с туберкулезом.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, туберкулез, беременность, антибактериальные препараты, микробная популяция.

Внебольничная пневмония (ВП) в Российской Федерации в 2012 г. зарегистрирована в 657643 случаях, составивших 4,59% (в возрасте старше 18 лет – 3,74%), но эти данные не отражают истинной заболеваемости [1]. По мнению экспертов, ВП достигает 14-15%, а общее число больных с данной патологией в Российской Федерации ежегодно превышает 1,5 млн человек [2].

В большинстве случаев возбудителями ВП являются *Streptococcus pneumoniae*, энтеробактерии – *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, наиболее высокая летальность встречается при подсоединении *P.aeruginosa* [3, 4, 5]. Особенно тяжело протекает сочетание ВП с туберкулезом легких, когда имеют место поражения бронхолегочной системы неспецифического и специфического характера, а сочетание туберкулеза легких и беременности составит ряд проблем [6, 7].

В клинике Национального центра проблем туберкулеза РК нам пришлось встретиться с двумя случаями сочетания ВП с туберкулезом легких, протекающих на фоне беременности.

Приводим клинические примеры:

Клинический пример №1

Больная А., 27 лет, история болезни № 1376, доставлена в отделение реанимации НЦПТ РК 17.11.2015 г. санитарной авиацией с диагнозом: Внебольничная пневмония нижней доли правого легкого, инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада, МБТ(-), 4 категория, новый случай. ТБ МЛУ. Сепсис. Пролежни. Беременность 18-19 недель.

Из анамнеза: считает себя больной с наступлением беременности, когда появились кашель, слабость, тошнота, рвота, потеря в весе до 20 кг. С диагнозом: неукротимая рвота беременности получала лечение в стационаре гинекологического отделения центральной районной больницы (ЦРБ). В клинико-биохимических анализах обращают внимание палочкоядерный сдвиг до 28% и выраженная гипопроотеинемия (42 г/л). Через несколько дней кашель усилился, подъем температуры до 37,5°C, и с диагнозом: внебольничная пневмония переводится в областную больницу. В областной больнице с подозрением на туберкулез осмотрена фтизиатром, проведено дообследование и установлен инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада, МБТ(-), 1 категория, новый случай. Мокрота на вторичную флору ни в ЦРБ, ни в областной больнице не определялась, эмпирически, начиная с ЦРБ, пациентка получала цефтриаксон по 1,0 x 3 раза в день, несмотря на проводимую терапию, состояние больной прогрессивно ухудшалось, 31.10.2015 г. больную с нарастанием дыхательной недостаточности переводят на ИВЛ, только тогда был взят материал на вторичную флору (содержимое эндотрахеальной трубки).

На рисунке 1 представлены рентген снимок больной А., 27 лет, от 28.10.2015 г. и компьютерной томографии (КТ) от 02.11.2015 г.

Решением консилиума от 01.11.2015 г. установлен диагноз: Внебольничная пневмония тяжелой степени с абсцедированием нижней доли правого легкого. Инфильтра-

Контакты: Исмаилов Жумагали Казыбаевич, д-р мед. наук, профессор, академик Национальной Академии естественных наук, член международной Ассоциации хирургов, Директор Национального научного центра фтизиопульмонологии, г. Алматы, Республики Казахстан. Тел.: + 7 (727) 291 86 57, e-mail: priemnaya@ncpt.kz

Contacts: Zhumagali Kazybaevich Ismailov, Doctor of Medical Sciences, Professor, Academician of the National Academy of Natural Sciences, member of the International Association of Surgeons. Director of National Research Center of Phthisiopulmonology, Almaty c., Republic of Kazakhstan. Ph.: + 7 (727) 291 86 57, e-mail: priemnaya@ncpt.kz

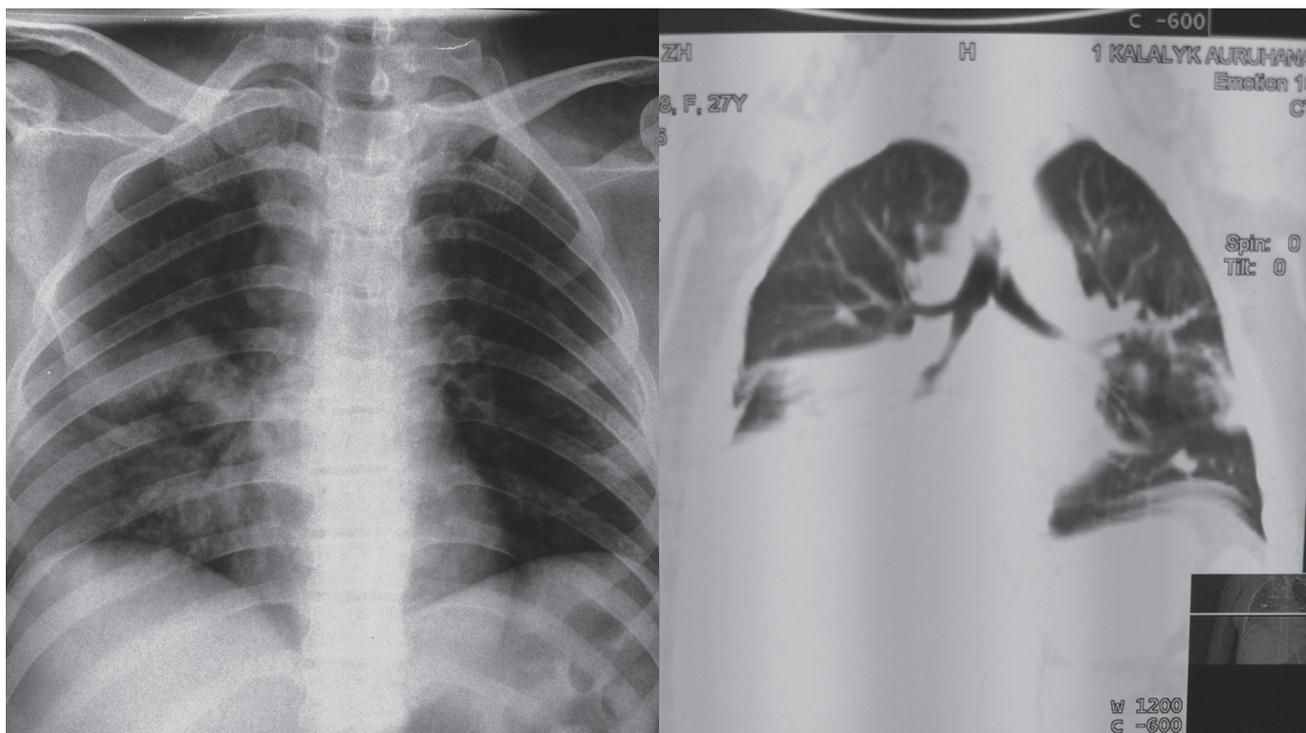


Рисунок 1 - Рентген снимки больной А., 27 лет, от 28.10.2015 г. и КТ от 02.11.2015 г.

тивный туберкулез верхней доли правого легкого, МБТ(-), 1 категория, новый случай. Беременность 18-19 недель. Анемия беременных.

В анализе мокроты на вторичную флору – грибы кандиды, устойчивость к ампициллину, линкомицину, левомицетину, цефазолину, доксициклину. 17.11.2015 г. пациентка в крайне тяжелом состоянии, в коматозном сознании, гемодинамика поддерживается вазопрессорами

(мезатон, нордреналин), на ИВЛ переводится в НИЦТ РК. При поступлении от 18.11.2015 г. выделена *Klebsibella pneumonia*, чувствительная к амикацину, устойчивость к тобрамицину, ампициллину, цефалоспорином, меранему, гентамицину, тетрафуранам. 09.12.2015 г. во вторичной флоре обнаружена *Pseudomonas aeruginosa* - устойчивая ко всем имеющимся антибактериальным препаратам.

На рисунке 2 рентген снимок легких больной А., 27 лет, от 08.01.2016 г. с развитием спонтанного пневмоторакса.

Решением консилиума акушеров-гинекологов от 25.01.2016 г. прерывается беременность из-за антенатальной гибели плода. 28.02.2016 г. у больной открывается трахеопищеводный свищ. Несмотря на проводимую интенсивную специфическую и неспецифическую антибактериальную, противогрибковую терапию, 01.03.2016 г. констатирована смерть.

Клинический пример №2

Больная М., 24 г., ист. болезни № 505, поступила в отделение реанимации НИЦТ РК 29.04.2014 г. с диагнозом: Внебольничная двусторонняя нижнедолевая пневмония, тяжелое течение. Инфильтративный туберкулез легких, МБТ (+), 1 кат., новый случай. Правосторонний экссудативный плеврит. Неспецифический реактивный гепатит в сочетании с лекарственным гепатитом, смешанный вариант. Вторичная тромбоцитопения. Беременность 18-19 недель. Предлежание плаценты. Состояние после диагностической лапароскопии (13-е сутки).

Из истории заболевания: 6-7 апреля повысилась температура тела до 38°С, явления ОРВИ, появился сухой кашель, слабость. 12 апреля доставлена в 7 городскую больницу, после обследования мокроты на вторичную флору установлена *Klebsiella pneumonia*, начато лечение - дорипенем по 0,5 x 3 раза в день внутривенно. На 3-и сутки нахождения в ста-

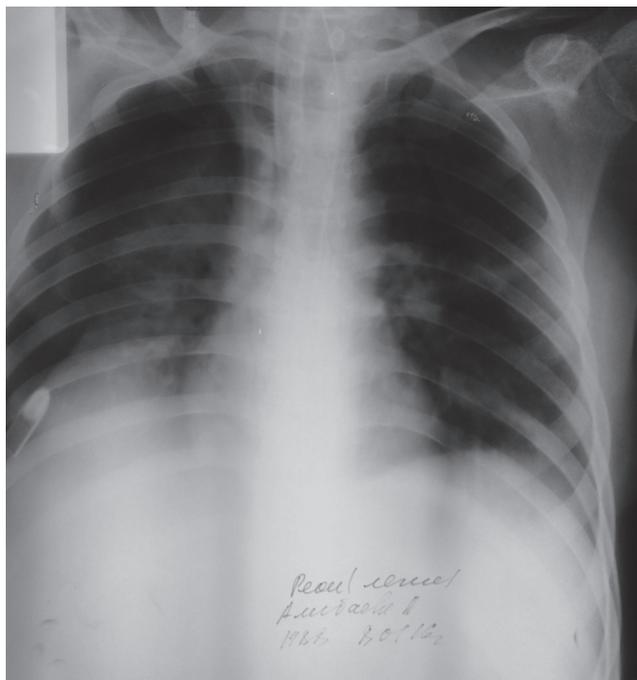


Рисунок 2 - Рентген снимок легких больной А., 27 лет, от 08.01.2016 г. с развитием спонтанного пневмоторакса

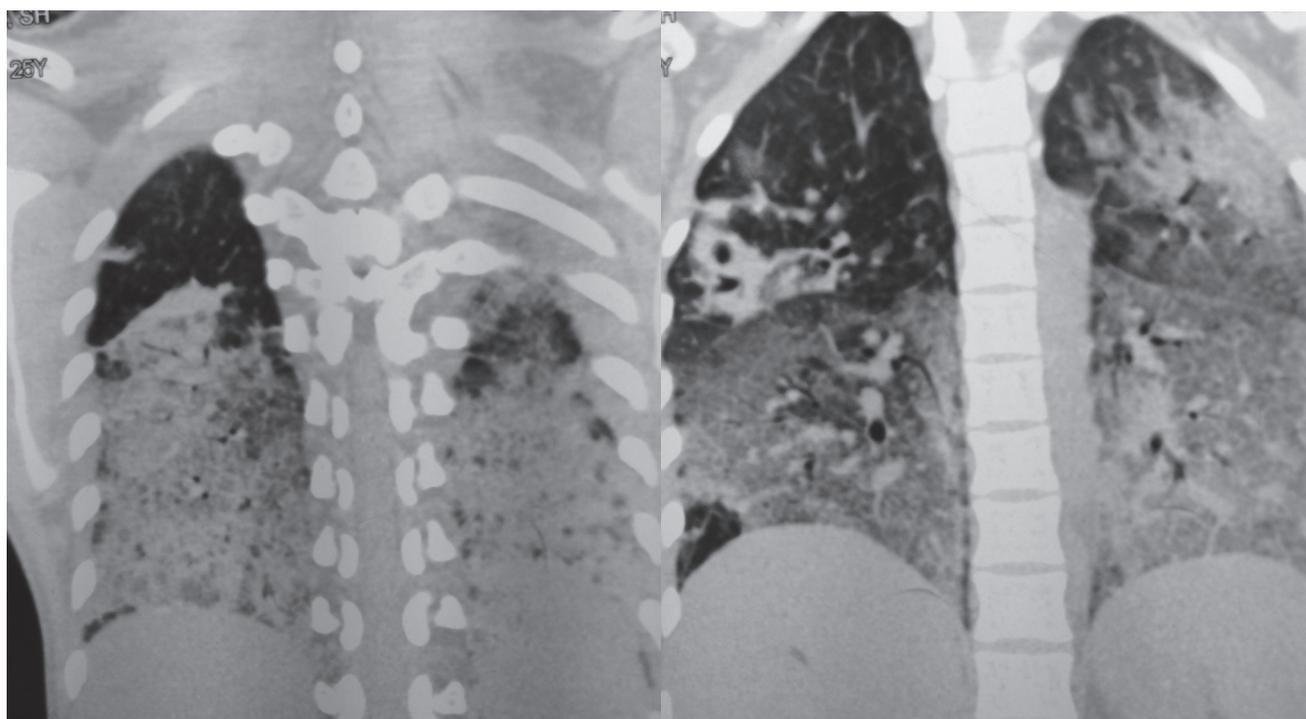


Рисунок 3 - КТ органов грудной клетки больной М., 24 л., от 25.04.2014 г.

ционаре проведена диагностическая лапароскопия, явления острого живота исключены. 25 апреля в связи с нарастанием дыхательной недостаточности и снижением сатурации кислорода больная переведена на ИВЛ. Консультирована фтизиатром, в мокроте МБТ (+), G-expert – положительный. Несмотря на тяжелое состояние пациентки, продолжающее кровотечение, нарушение сознания для дальнейшего лечения на реанимобиле переводится в НЦПТ РК. При поступлении состояние крайне тяжелое, без сознания, на ИВЛ. АД 112/69 мм рт.ст., ЧСС – 92 уд. в минуту, в легких дыхание ослабленное с обеих сторон, в нижних отделах не прослушивается, тоны сердца ясные. Живот увеличен за счет беременности, печень у края реберной дуги, нижние конечности отечны.

Фибробронхоскопия (ФБС) от 29.04.14 г. в устье бронхов (8-9-10 сегменты) с обеих сторон свежая кровь. Заключение: продолжающее активное эндобронхиальное кровотечение, интенсивность умеренная. Промывные воды бронхов: на фоне эритроцитов имеется значительное количество нейтрофилов, единичные лимфоциты и клетки кубического эпителия.

На рисунке 3 приведена КТ органов грудной клетки больной М., 24 лет, от 25.04.2014 г.

К антибактериальному препарату добавлен сумамед 0,5 г внутривенно капельно х 2 раза в сутки и увеличена доза дорипицема до 3 г в сутки, фторхинолоны (авелокс) 400 мг однократно внутривенно. Несмотря на проведенную антибактериальную (неспецифическую и специфическую), гемостатическую и симптоматическую терапию, состояние больной прогрессивно ухудшалось. 30.04.2014 г. в 18.50 констатируется смерть.

Анализ причин летальных исходов дал нам повод для размышлений: что было упущено, если да, то на каком этапе. Мы разделили ошибки на:

- А) медицинские (диагностические и лечебные);
- Б) организационные.

Медицинские включают ошибки диагностического характера и лечебного.

В диагностическом аспекте страдает отсутствие или поздний анализ мокроты или другого патологического материала на вторичную флору.

Лечебные факторы включают следующие обстоятельства:

А) страдает первоначальная объективная оценка тяжести состояния больных, особенно на уровне ЦРБ;

Б) задержка с началом антибактериальной терапии (как неспецифической, так и специфической);

В) ВП в сочетании с туберкулезом легких, протекающие на фоне беременности, значительно ухудшают прогноз заболевания;

Г) необходима компетентная респираторная поддержка (своевременная кислородотерапия и перевод на ИВЛ).

Организационные:

А) на уровне ПМСП необходим строгий учет всех беременных: во-первых, особое пристальное внимание тем пациенткам, у которых ранее наблюдалась патология во время вынашивания, во-вторых, если имеются изменения в клинико-биохимических анализах;

Б) перевод крайне тяжелых больных (т.е. транспортировка) в данном случае обеих больных значительно ухудшает состояние и является косвенной причиной летальных исходов.

Прозрачность исследования

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за статью.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Заболеваемость населения России в 2012 г. Статистические материалы. – М., 2013
 2 Синопальников А.И. Внебольничная пневмония. В кн.: Внебольничные инфекции дыхательных путей. Руководство для врачей. Под ред. А.И. Синопальникова, Р.С. Козлова. – М.: Премьер МТ, Наш город, 2007. – С. 295-303
 3 Рачина С.А., Козлов Р.С., Шаль Е.П. и др. Структура бактериальных возбудителей внебольничной пневмонии в многопрофильных стационарах г. Смоленска // Пульмонология. – 2011. - №1. – С. 5–18
 4 Иванчик Н.В., Козлов С.Н., Рачина С.А. и др. Этиология фатальных внебольничных пневмоний у взрослых // Пульмонология. – 2008. - №6. – С. 53–58
 5 Рачина С.А., Козлов Р.С. Современные подходы к микробиологической диагностике при внебольничной пневмонии // Пульмонология. – 2010. - №5. - С. 5
 6 Абилдаев Т.Ш., Калиева Л.К. Туберкулез и беременность (метод. рекомендации). – Алматы, 2010. – 16 с.
 7 Аленова А.Х. Иммунопатология туберкулеза у беременных // Здравоохранение Казахстана. – 1995. - №10. – С. 34-36

REFERENCES

1 *Zabolevayemost naseleniya Rossii v 2012 g. Statisticheskkiye materialy* [The morbidity of Russia's population in 2012 Statistics]. Moscow; 2013
 2 Sinopalnikov AI. Community-acquired pneumonia. In: *Rukovodstvo dlya vrachev. Pod red. A.I. Sinopalnikova, R.S. Kozlova* [Community-acquired respiratory tract infections. A guide for physicians. Ed AI Sinopalnikov, RS Kozlov]. Moscow: PM MT, Our city; 2007. P. 295-303
 3 Rachina SA, Kozlov RS, Shawl EP, et al. Structure of bacterial pathogens of community-acquired pneumonia in multidisciplinary hospitals in Smolensk. *Pulmonologiya = Pulmonology*. 2011;1:5-18 (In Russ.)

4 Ivanchik NV, Kozlov SN, Rachina SA, et al. The etiology of fatal community-acquired pneumonia in adults. *Pulmonologiya = Pulmonology*. 2008;6:53-8 (In Russ.)

5 Rachina SA, Kozlov RS. Modern approaches to microbiological diagnosis in community-acquired pneumonia. *Pulmonologiya = Pulmonology*. 2010;5:5 (In Russ.)

6 Abildaev TS, Kaliyeva LK. *Tuberkulez i beremennost (metod. rekomendatsii)*. [Tuberculosis and pregnancy (method. recommendations)]. Almaty; 2010. P. 16

7 Alenova AH. Immunopathology of tuberculosis in pregnant women. *Zdravookhraneniye Kazakhstana = The Health Care Of Kazakhstan*. 1995;10:34-6 (In Russ.)

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Ж.К. ИСМАИЛОВ, Х.Х. ӘБДІКӘРІМОВ, М.М. ӘДЕНОВ, Б.Т. ТҮЙЕБАЕВА

Ұлттық фтизиопульмонология ғылыми орталығы, Алматы қ., Қазақстан Республикасы

АУРУХАНАДАН ТЫС ПНЕВМОНИЯ ЖӘНЕ ӨКПЕ ТУБЕРКУЛЕЗІНІҢ ТЕРАПИЯСЫН ҰШТАСТЫРУ: КЛИНИКАЛЫҚ МЫСАЛДАР МЕН ҰСЫНЫСТАР

Мақалада екі пациентке қатысты мәліметтер берілген, ауруханадан тыс пневмония және өкпе туберкулезі аурулары қосарланған, екі жағдайда да, сонымен қатар, жүктілік. Асқыну себептеріне талдау жасалынды. Ауруханадан тыс пневмония және туберкулезбен қосарланған жағдайлардың алдын-алу және емдеу шаралары бойынша нұсқаулықтар берілді.

Негізгі сөздер: ауруханадан тыс пневмония, туберкулез, жүктілік, бактерияға қарсы препараттар, микробты популяция.

S U M M A R Y

Zh.K. ISMAILOV, Kh.Kh. ABDUKARIMOV, M.M. ADENOV, B.T. TUIYEBAYEVA

Therapy of combining the community-acquired pneumonia and pulmonary tuberculosis: clinical cases and recommendations

THERAPY OF COMBINING THE COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA AND PULMONARY TUBERCULOSIS: CLINICAL CASES AND RECOMMENDATIONS

The article presents data on three patients with combination of community-acquired pneumonia with pulmonary tuberculosis, in two cases combining with pregnancy. Analyzed the causes of the complications. Recommendations for the prevention and treatment of combinations of community-acquired pneumonia tuberculosis.

Key words: community-acquired pneumonia, tuberculosis, pregnancy, antibiotics, and microbial population.

Для ссылки: Исмаилов Ж.К., Абдукаримов Х.Х., Аденов М.М., Туйебаева Б.Т. *Терапия сочетания внебольничной пневмонии и туберкулеза легких: клинические примеры и рекомендации // Medicine (Almaty). - 2017. – No 4 (178). – P. 95-98*

Статья поступила в редакцию 24.03.2017 г.

Статья принята в печать 10.04.2017 г.