

# . . . КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПНЕВМОНИЙ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ

*Шалыгин В.А.*

Харьковский гарнизонный госпиталь

В период войны в Афганистане отмечалась высокая заболеваемость военнослужащих советских войск тифопаратифозными заболеваниями. На их долю приходилось от 1,8% в 1980 г. до 18,5% в 1984 г. всей инфекционной патологии [8], удельный вес пневмоний у больных брюшным тифом при этом возрос в 2-3 раза [5]. Если клиника, лечение брюшного тифа, его кишечные осложнения нашли свое отражение в печати [3, 5, 11], то о пневмониях сообщений в печати мы не встретили.

По данным аутопсии [1] частота пневмонии при брюшном тифе за 1980-1986 годы составила 75,4% и явилась причиной смерти в 20% случаев. Авторы отмечают, что в половине случаев пневмония была вызвана брюшнотифозной сальмонеллой.

Нами была изучена клиника и эффективность антибактериальной терапии пневмоний при брюшном тифе у 60 военнослужащих, лечившихся в Кабульском инфекционном госпитале в 1983-1984 годах в возрасте от 19 до 35 лет. С догоспитальной пневмонией было 31 человек, остальные 29 заболели в стационаре (20 из них в период лечения левомицетином).

Было госпитализировано на 1-й неделе - 40, на 2-й - 17, на 3-й - 3 человек. Заболели остро 78,3% госпитализированных.

Температура тела до 38,1°C была у 4, до 39,1°C - у 19, до 40,1°C - у 27, свыше 40,1°C - у 10 чел.

С тяжелым течением болезни госпитализировано 29, со средним - 31 чел.

Диагноз брюшного тифа подтвержден гемокультурой - в 51,6% (31), копрокультурой - 18,3% (11), выделением культуры из мокроты - 3,3% (2), реакцией Видала в диагностическом титре - в 96,1% (58) случаев.

Больные с госпитальной пневмонией начали получать левомицетин по поводу брюшного тифа с 8-го дня болезни - 18 человек по 3,0 млн. ед в сут., 11 - по 2,0 млн. ед. в сут. У 18 человек наблюдался дефицит массы тела (ДМТ) более 10% (по 9 чел. в госпитальной и догос-

питальной группах). У этих больных, в связи со вторичным иммунодефицитом [6] возникали определенные трудности в проведении антибактериальной терапии.

Пневмония возникла в начальном периоде болезни у 30 чел. (у 13 чел. ее начало совпало с основным заболеванием - брюшным тифом). В период разгара тифа заболели 25 человек, в периоде реконвалесценции - 5 чел.

Со стороны органов дыхания у 18 больных отмечался сухой кашель, у 11 - мокрота с примесью крови. Синдром раздражения плевры наблюдался у 37 пациентов, причем у 29 пневмония начиналась с этого синдрома.

Укорочение перкуторного звука отмечалась у 36, одышка в покое - у 24 чел. Дыхание везикулярное, ослабленное - у 45, жесткое - у 11, бронхиальное - у 8 человек. Сухие хрипы выслушивались у 57, влажные - у 55 (из них мелкопузырчатые - у 48, крепитирующие - у 26), шум трения плевры - у 10 больных.

Рентгенологически пневмония была подтверждена у 52-х чел.: с правосторонней локализацией у 24, левосторонней - у 16, двухсторонней подтверждена у 12 больных. Пневмония верхней доли выявлена у 9, средней - у 17, нижней - у 44, прикорневой - у 4 человек. По характеру рентгенологических изменений долевая и сегментарная пневмония отмечалась у 29, из них с односторонней локализацией у 23, двухсторонней - у 6 человек. В том числе, односторонняя тотальная отмечалась у 2, субтотальная - у 2, сливная - у 2, плевропневмония - у 8 пациентов. Очаговая пневмония отмечалась у 19, с односторонней локализацией - у 15, двухсторонней - у 4 больных. Сочетание очаговых изменений и долевой инфильтрации при двухсторонней пневмонии отмечалась у 2, осложнение междолевым выпотом - у 6, экссудативный плеврит отмечался у 1 больного. Семь человек с мелкоочаговой пневмонией по рентгенологическому заключению отнесены к специфическим брюшнотифозным больным

[9]. У 7 больных, без рентгенологического подтверждения пневмония была обоснована клинически и лабораторно с учетом динамики физикальных изменений в легких и эффективности терапии.

Со стороны сердца отмечалась глухость тонов сердца - у 38, артериальная гипотония - у 41, тахикардия - у 32, брадикардия - у 28 больных.

На период выявления пневмонии в периферической крови отмечались: лейкоцитоз - у 28, лейкопения - у 26, нейтрофилез - у 25, СОЭ до 12 мм/ч - у 13, до 30 мм/ч - у 23, свыше 30 мм/ч - у 24. Эритроциты менее  $4 \cdot 10^9$  - у 25 чел., гемоглобина ниже 100 г/л - у 18 чел.

На 14-15 день болезни общий белок крови составил  $59,4 \pm 1,4$  г/л; альбумины -  $51,3 \pm 1,7\%$ ;  $\alpha_1$ -глобулины  $5,7 \pm 0,3\%$ ;  $\alpha_2$ -глобулины  $8,7 \pm 0,6\%$ ;  $\beta$ -глобулины -  $13,0 \pm 0,1\%$ ;  $\gamma$ -глобулины -  $19,3 \pm 1,0\%$ . Протромбин крови -  $57,5 \pm 0,43\%$ .

При бактериологическом исследовании мокроты у 4-х человек выделен в чистой культуре золотистый стафилококк, у 1 больного - брюшнотифозная палочка и еще 1-го - золотистый стафилококк и брюшнотифозная палочка (у этого же больного рентгенологически пневмония не была подтверждена). Все выделенные культуры чувствительны к гентамицину, оксациллину, мономицину.

Начало антибактериальной терапии пневмонии в первые двое суток ее возникновения отмечено у 34 чел., на 3-й день - у 13, на 4-й - у 10, на 5-7-й - у 3-х. При её назначении оценивали тяжесть состояния, роль смешанной инфекции особенно при долевыми процессами [2, 4, 7, 10].

Девяти больным с диагнозом пневмония при отсутствии подозрения на брюшной тиф был назначен бензилпенициллин в суточной дозе от 3-х до 6 млн. ед. в инъекциях и стрептомицин по 1,0 млн. ед. в сутки в течение 9-11 суток. Лечебный эффект с ликвидацией воспалительного процесса отмечался на 18-20 сутки лечения у 6 человек. У 3 больных была произведена замена указанных препаратов на гентамицин по 120 мг в сутки в течение 7-9 дней. У одного, лечение осложнилось лекарственной токсикодермией, у второго, основное заболевание осложнилось кишечным кровотечением и вторичной анемией при сопутствующей малярии. Затяжная пневмония наблюдалась у 1-го больного.

Вторая группа из 11 чел. получала бензилпенициллин в той же суточной дозе и левомецетин по 3,0 в сутки. Лечение пневмонии продолжалось от 9 до 14 дней. У 8 чел. наступила

нормализация изменений в легких на 20-21 сутки лечения, трем больным была произведена смена препаратов. У двух пациентов с ДМТ отмечалась стафилококковая пневмония с междолевым выпотом. Двум больным назначены оксациллин до 8,0 в сутки и цефамизин по 3,0 в сутки. Третьему больному - кефлин по 3,0 в сутки в течение 7-9 дней. Выздоровление наступило у всех, однако у одного пациента было затяжное течение болезни, закончившееся формированием спаек.

Третья группа из 10 человек, получала гарамицин по 240 мг в сутки и левомецетин по 3,0. Лечение пневмонии продолжалось в течение 9-11 суток. Выздоровление от пневмонии наступило у 8 человек на 16-17 день лечения, с образованием спаек у одного больного. У 2-х больных была произведена смена препарата - назначены кефлин по 3,0 в сутки, ампициллин по 4,0 в сутки на 10-12 дней. Результаты лечения положительные.

Четвертая группа из 13 человек, получала ампициллин по 6,0 в сутки и левомецетин по 2,0-3,0. Длительность лечения пневмонии 10-14 дней. У 11 человек выздоровление от пневмонии наступило на 17-18 сутки лечения. Произведена смена препаратов у 2-х больных. У 1-го из них при поздней госпитализации наблюдалась стафилококковая пневмония с ДМТ и сопутствующей малярией. Обоим к лечению был добавлен оксациллин по 6,0 в сутки в течение 8 дней. Результаты лечения положительные в 12 случаях, удовлетворительный в одном - у больного произошло формирование спаек.

Пятая группа из 5-ти человек, получала ампициллин по 6,0 и гарамицин по 240 мг в сутки в течение 12-14 дней. У всех больных на 18-19 день лечения наступила нормализация изменений в легких.

Шестая группа из 5-ти чел. получала оксациллин по 4,0 и ампициллином по 4,0 в сутки на фоне лечения левомецетином на протяжении 8-10 суток, двум больным у которых не отмечалось положительного эффекта лечения левомецетин был сменен на левомецетин сукцинат до 5,0 в сутки и добавлен цефамизин до 6,0 в сутки. У всех больных на 14-15 день лечения наступило рассасывание воспалительного процесса в легких. У одного больного с субтальной пневмонией образовались спайки.

Седьмая группа состояла из 4-х человек. Двое из них получали кефлин с ампициллином по 4,0 в сутки, у остальных, дополнительно к кефлину был назначен оксациллин по 6,0 в сутки. У 1-го больного лечение осложнилось

лекарственной токсикодермией, у второго – кишечным кровотечением. К концу 3 недели у всех были ликвидированы воспалительные изменения в легких, у 1-го образовались спайки.

У 3-х больных пневмония была копирована при лечении одним левомицетином в суточной дозе по 3,0.

Всем больным, наряду с антибактериальной терапией проводилась патогенетическая дезинтоксикационная терапия с включением витаминов, сердечных препаратов, а по показаниям – кортикостероиды, противовоспалительные и иммуностимулирующие препараты и др. Больным с ДМТ проводилось дробное переливание свежей донорской одногруппной крови и(или) кровезаменителей. Основным препаратом в лечении брюшного тифа был левомицетин. Методика его применения общеизвестна [2, 4, 7], которая и использовалась в лечении.

У 31 больного отмечались неотложные состояния. В этот период они находились на лечении в отделении интенсивной терапии и реанимации. Синдром гипертоксикоза наблюдался у 7, острая дыхательная недостаточность 2 ст. – у 8, кишечное кровотечение – у 3, ИТШ – у 1, инфекционно-токсический миокардит – у 17, острое легочное сердце с ЭКГ признаками перегрузки правого отдела сердца у 3, инфекционный психоз у 1 больного. Всем проводилась соответствующая неотложная специализированная помощь.

Дополнительными клиническими показате-

лями степени интоксикации являлись изменения в моче: очаговый нефрит – у 4 и токсическая нефропатия – у 35 человек.

Наблюдались сопутствующие заболевания: малярия – в 4, вирусный гепатит – в 2, амелиаз – в 2, лямблиоз в 2 случаях. Всем больным проводилась соответствующая специфическая и патогенетическая терапия.

Рецидив брюшного тифа наблюдался у 14 человек, острое бактерионосительство после лечения – у 7.

И так, первоначально назначенная антибактериальная терапия пневмоний при брюшном тифе в 48 (80%) случаев оказалась верной и эффективной. У 12 человек была своевременно произведена смена препаратов с учетом чувствительности к выделенным из мокроты культурам. Затяжная пневмонией была отмечена у 2 человек, спаечный процесс наблюдался у 5 больных (межплевральные спайки).

Наиболее эффективными препаратами в лечении больных оказались гентамицин, ампициллин и их сочетание, а также сочетание левомицетина с гентамицином. Нельзя отказываться также от применения бензилпеницилина. Определяющим является лечение основной болезни – брюшного тифа.

Исходя из клинико-рентгенологической характеристики, выделения брюшнотифозной палочки из мокроты у двух больных, эффективности лечения пневмонии одним левомицетином у 3, позволило нам в 12 случаях считать пневмонию специфической брюшнотифозной.

## Литература

1. Бобин А.Н., Ключков И.Д., Богомолова Н.В. Осложнения и непосредственные причины смерти при брюшном тифе. //Военный медицинский журн. -1993. - № 1. - С. 49-52.
2. Борисова М.А., Зарицкий А.М., Цеюков С.П. Лечение брюшного тифа и паратифов У и В /В кн: «Брюшной тиф и паратифы А и В». - К.: Здоровья, 1990. - С.148-169.
3. Войновский Е.А., Ревской А.К. Хирургическое осложнение брюшного тифа. - М., 1995. - 191 с.
4. Грачева Н.М., Щетинина И.Н. Брюшной тиф, паратифы А и В / В кн: «Клиническая химиотерапия инфекционных болезней». -М., 1991. - С.56-66.
5. Ляшенко Ю.И. Брюшной тиф у военнослужащих с упадком питания. // Военный медицинский журн. - 1994. - № 4. - С.38-41.
6. Ляшенко Ю.И. Особенности оказания медицинской помощи инфекционным больным в условиях горно-пустынной местности. // Военный медицинский журн. – 1991. - № 7. - С.32-35.
7. Ляшенко Ю.И., Иванов А.И. Брюшной тиф, паратифы А и В. / В кн: «Смешанные инфекции». - М., 1989. - С.65-85.
8. Перепелкин В.С., Корольков В.Ф., Колков В.Ф., Мандрик В.А., Огарков П.И. Уроки борьбы с кишечными инфекциями в период войны в Афганистане. // Военный медицинский журн. -1991. - № 7. - С.27-31.
9. Розенталь Т.В. Рентгенодиагностика специфических брюшнотифозных пневмоний / В сб.: «Рентгенологическое исследование при некоторых инфекциях». - М., 1960. - С.102-120.
10. Шалыгин В.А. Сочетанное применение левомицетина и ампициллина у больных брюшным тифом и паратифом. // Врачебное дело. - 1986. - № 3. - С.113-114.
11. Эбади Р., Борисова М.А., Овчаренко Н.И. Клиническое течение брюшного тифа в регионе // «Медицинский реферативный журнал». -1986. - № 5. - С.88-89.