

лое течение наблюдалось только у 1 (11,1 %) больного. Поражения локализовались в правом легком в 3 (33,3 %) случаях, в левом легком — в 4 (44,4 %) и у 2 (22,2 %) больных поражение имело билобарный характер. Данная группа имела следующие средние показатели ОАК: СОЭ — $23,37 \pm 15,39$ мм/ч; лейкоцитоз — $9,11 \pm 4,78 \times 10^9$; лимфоцитоз — $25,49 \pm 11,94$; гранулоцитоз — $66,54 \pm 15,00$; моноцитоз — $6,57 \pm 7,69$. Субфебрильная лихорадка наблюдалась у 6 (66,6 %) пациентов, фебрильная — у 3 (33,3 %) пациентов. Длительность госпитализации данной группы составила $7,12 \pm 4,56$ дня.

Следующим по частоте встречаемости являлся условно патогенный микроорганизм *St. Epidermidis*, высеваемый в титрах от 10^3 до 10^7 . Данный возбудитель был выделен у 5 (8,2 %) больных. Средний возраст данной группы больных составил $44,90 \pm 19,94$ года. Тяжелое течение заболевания не наблюдалось ни у одного из пациентов. Поражение локализовалось в левом легком у 3 (60 %) больных, в правом легком — у 1 (20 %) и у 1 (20 %) пациента поражение имело билобарный характер. Данная группа больных имела следующие средние показатели: ОАК: СОЭ — $24,1 \pm 15,42$ мм/ч; лейкоцитоз — $9,42 \pm 4,32$; гранулоцитоз — $66,32 \pm 15,29$; лимфоцитоз — $25,45 \pm 12,14$; моноцитоз — $6,61 \pm 8,09$. Лихорадка в 5 (100 %) случаях имела субфебрильный характер. Длительность госпитализации данной группы составила 2,8 дня.

Данные группы пациентов мы сравнили с группой, у которой бактериологическое исследование мокроты было отрицательным. Средний возраст данной группы больных составил $44,36 \pm 19,49$ лет. Тяжелое течение заболевания наблюдалось у 5 пациентов. Поражение локализовалось в левом легком у 10 (37,04 %) больных, в правом легком — у 15 (55,55 %) и у 2 (7,41 %) больных поражение имело билобарный характер. Данная группа больных имела следующие средние показатели ОАК: СОЭ — $23,94 \pm 15,25$ мм/ч, лейкоцитоз — $9,02 \pm 4,64$ %, гранулоцитоз — $67,03 \pm 14,76$ %, лимфоцитоз — $24,97 \pm 11,75$ %, моноцитоз — $6,54 \pm 7,45$ %. Лихорадка в 7 (25,9 %) носила фебрильный характер, в остальных случаях субфебрильный характер. Длительность госпитализации данной группы составила $7,01 \pm 4,47$ дня.

Заключение

Бактериальная и грибковая флора в диагностически значимых количествах встречалась у больных острыми пневмониями в период эпидемии гриппа А/Н1N1 в мокроте у 27 (44,3 %) больных. Клинические, рентгенологические и лабораторные показатели у пациентов с бактериальными и грибковыми патогенами статистически значимо не различались.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова, М. А. Пневмония как осложнение гриппа / М. А. Александрова, С. В. Яковлев // Русский медицинский журнал. — 2006. — № 2. — С. 90–93.
2. Парусов, В. Н. Патологическая анатомия, патогенез и экспериментальная терапия тяжелых форм гриппа / В. Н. Парусов. — Л., 1981.
3. Литвинова, О. М. [и др.] // Эпид. и вакцинопрофилактика. — 2001. — № 1. — С. 5–9.
4. Синопальников, А. И. Грипп / А. И. Синопальников, Ю. Г. Белоцерковская // Лечащий врач. — 2007. — № 8. — С. 16–21.

УДК 616.24-002-02: 616.921.5-022.6-036.21

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПНЕВМОНИЙ У БОЛЬНЫХ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ СЕЗОН ГРИППА А/Н1N1 (КАЛИФОРНИЯ)

Абраменко Д. М., Холод П. Б.

Научный руководитель: Е. Л. Красавцев

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Острые заболевания верхних дыхательных путей являются одной из самых распространенных патологий. Из общего количества инфекционных заболеваний около 90 %

приходится на ОРВИ, которые нередко осложняются пневмониями. Временная нетрудоспособность вследствие данных заболеваний достигает 30 % от общей временной нетрудоспособности населения поданным ВОЗ [1].

Лечение острых респираторных инфекций актуальная медико-социальная проблема, что, в первую очередь, определяется высоким уровнем заболеваемости и как следствие, существенным экономическим ущербом [2]. Каждый взрослый в среднем в течение года болеет гриппом или другими ОРЗ 2 раза, школьники — 3 раза. Высокая частота заболевания респираторного тракта обусловлена многообразием этиологических факторов: грипп, парагрипп, аденовирусы, рино- и реовирусы, атак же множеством бактериальных агентов [3].

Цель

Дать клинико-лабораторную характеристику пневмоний, возникших в эпидемический период гриппа H1N1 с 01.10.09 по 01.02.10 г.

Материалы и методы

Проанализирована 61 карта стационарного больного в развернутых отделениях УЗ «Гомельская областная инфекционная клиническая больница» в эпидемический период гриппа H1N1 с 01.10.09 по 01.02.10 г.

Результаты исследования

Среди пациентов было 26 (42,6 %) женщин и 35 (57,4 %) мужчин. Средний возраст больных составил $43,0 \pm 19,49$ года. Средняя продолжительность госпитализации составила $7,01 \pm 4,47$ дня. Средняя продолжительность госпитализации в возрастных группах составила: в группе 20–40 лет — $6,5 \pm 4,3$ дня; в группе 41–60 лет — $6,7 \pm 4,7$ дня, в группе 61 год и более — $6,9 \pm 4,4$ дня. Большинство больных были доставлены в стационар бригадами СМИ — 38 (62,2 %) человек, из больниц и амбулаторий было направлено 18 (29,5 %) человек, самостоятельно обратилось — 3 (4,9 %) человека.

У 25 (40,9 %) больных патологический процесс локализовался в левом легком, у 25 (40,9 %) — в правом легком, у 11 (18 %) больных — в обоих легких. Пневмонии средней степени тяжести были у 49 (80,3 %) пациентов — у 18 (36,7 %) женщин и у 31 (63,7 %) мужчины. Пневмонии тяжелой степени тяжести были у 12 (19,6 %) больных, среди них у 8 (66,7 %) женщин и у 4 (33,3 %) мужчин. Статистически значимо, чаще, тяжелые формы пневмоний встречались у женщин (31 %), чем у мужчин (11 %, $p < 0,05$, метод сравнения двух пропорций).

Общая тяжесть и течение данных заболеваний характеризовалась симптомами интоксикации. Важным симптомом была длительность лихорадки, средняя продолжительность которой для всех больных составила 2,8 дня.

По частоте жалоб на первом месте был кашель, преимущественно сухой, у 46 (75,4 %) больных, из них у 8 (13,1 %) — с отхождением мокроты. Повышение температуры наблюдалось у 44 (72,2 %) больных до субфебрильных цифр, у 17 (27,8 %) больных лихорадка носила фебрильный характер. Боли в грудной клетке отмечали 10 (16,3 %) человек, кровохарканье присутствовало только у 3 (4,9 %) человек, общая слабость и недомогание отмечало 27 (44,2 %) человек.

При установлении этиологии заболевания проводились исследования смывов из носоглотки для определения антигенов вируса гриппа А и микробиологическое исследование мокроты для определения бактериального агента и его чувствительности к антибиотикам. РИФ исследование было проведено в 54 (85,2 %) случаях, из них в 46 (85,1 %) — данное исследование было отрицательным. Антигены гриппа А были выявлены лишь у 3 (5,5 %) больных, антигены РС-вируса — у 3 (5,5 %), антигены аденовируса — у 1 (1,85 %), вирус парагриппа тип 2 — у 1 (1,85 %) больного. В 1 случае вирус гриппа А сочетался с присутствием в мокроте *C. albicans*, в титре 10^3 КОЕ, и в одном случае с *St. aureus* в титре 10^7 КОЕ. РС-вирус был ассоциирован в одном случае с *C. albicans*, в титре 10^9 КОЕ, и в 1 случае с *C. albicans* в титре 10^3 КОЕ. Аденовирус был ассоциирован в 1 случае со

St. aureus, в титре 10^8 КОЕ. Так же проводилось бактериологическое исследование мокроты. Среди исследуемой группы больных у 13 (21,3 %) были выделены грибковые патогены в диагностическом титре 10^5 КОЕ и более. У 9 (14,8 %) пациентов был выделен *St. aureus* в титре от 10^3 до 10^8 КОЕ. У 5 (8,2 %) больных был выделен *St. epidermidis* в титре от 10^4 до 10^8 КОЕ. И по 1 (1,6 %) случаю были выявлены *E. coli* в титре 10^4 КОЕ и *Kl. pneumoniae* в титре 10^8 КОЕ.

Заключение

Таким образом, среди госпитализированных больных в эпидемический сезон гриппа А/Н1N1 с диагнозом «пневмония» преобладали мужчины. Клиническая картина характеризовалась типичным течением с преобладанием односторонних процессов. Тяжелые формы пневмонии достоверно чаще встречались у женщин. Антигены респираторных вирусов выявлялись лишь у 14,9 % больных. Бактериальные и грибковые патогены были выявлены лишь у 47,5 % больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова, М. А. Пневмония как осложнение гриппа / М. А. Александрова, С. В. Яковлев // Русский медицинский журнал. — 2006. — № 2. — С. 90–93.
2. Грипп А Н1/N1 как типичная эмерджентная инфекция: вирусологическое, клинико-эпидемиологические особенности, вопросы терапии и профилактики: пособие для врачей / О. И. Киселев [и др.]. — СПб., 2009.
3. Парусов, В. Н. Патологическая анатомия, патогенез и экспериментальная терапия тяжелых форм гриппа / В. Н. Парусов. — Л., 1981.

УДК 616.24-002-036.88-091.1: 616. 921.5-022.6-036.21

ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У УМЕРШИХ ОТ ТЯЖЕЛЫХ ПНЕВМОНИЙ В ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПЕРИОД А/Н1N1

Абраменко Д. М., Холод П. Б., Барсукова Е. А.

Научный руководитель: Е. Л. Красавцев

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Поражение органов дыхания — закономерный признак проявления гриппозной инфекции. Изменения респираторного тракта возникают как под воздействием самого вируса, так и активной бактериальной флоры [1]. Первичные поражения легких, вызываемые непосредственно вирусами, обычно развиваются рано — на 1–2 день, вторичные бактериальные наслоения значительно ухудшают течение заболевания и приводят к вторичным пневмониям [2]. Данные пневмонии обычно развиваются на 3–6 сутки, как вследствие прямого цитопатического действия вируса на эпителий, приводящего к более легкой адгезии и инвазии вторичного возбудителя, так и в период репаративных процессов, сопровождающихся заменой мерцательного эпителия бронхов плоским, разрастанием эпителия выстилающего альвеолы, что способствует нарушению дренажной функции бронхов, возникновению в легких участков гиповентиляции и развитию вторичной инфекции [3, 4]. Вирус гриппа А, в том числе и Н1/Н1, реализует свое повреждающее действие в основном через гемагглютинин, нейраминидазу, белки М-2, NS-1, РВL-F2, обладает низкой иммуногенной активностью, коротким инфекционным циклом (6–8 часов). Активирует протеолиз и, обладая повышенной тропностью к легочной ткани, эндотелию сосудов, вызывает изменение их проницаемости с формированием серозно-геморрагического синдрома, что вместе с изменениями иммунной системы способствует присоединению вторичных бактериальных осложнений [5].

Цель

Изучение патоморфологических изменений при тяжелом течении вирусных и вирусно-бактериальных пневмоний, вызванных, преимущественно, гриппом А/Н1N1.