

Т.И. Инсарская, А.Н. Горфинкель, Л.Н. Котихина

ЛЕТАЛЬНОСТЬ ОТ ПНЕВМОНИИ ПО ДАННЫМ ЦЕНТРА ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ ПУЛЬМОНОЛОГИИ

Клиническая больница № 8, г. Челябинск

LETHALITY OF PNEUMONIA ACCORDING TO THE DATA OF THE CENTER FOR ECOLOGICAL PULMONOLOGY

T.I. Insarskaya, L.N. Gorfinkel, L.N. Kotikhina

Summary

13 lethal outcomes of the croupous pneumonia were analyzed. The patients' social status and life conditions, the timeliness of taking medical advice and the completeness of emergency medical care were estimated. The Municipal Center for Ecological Pulmonology conducted this study taking into consideration objective characteristics of the environment. In authors' opinion the long living in cities with many industrial enterprises contributed to the development of chronic respiratory diseases leading to more severe course of pneumonia and fatal outcome.

Резюме

Анализируется 13 случаев смерти больных от крупозной пневмонии, оценивается их социальный статус, условия быта, своевременность обращения за медицинской помощью, полнота оказания неотложной помощи. Наблюдения проводились в городском центре экологической пульмонологии, располагающем данными об объективных характеристиках среды обитания. Длительное проживание в перенасыщенном промпредприятиями городе способствовало, по мнению авторов, развитию хронических заболеваний органов дыхания, на фоне которых пневмония принимала тяжелое течение и привела к летальному исходу.

Несмотря на впечатляющие достижения в изучении патогенеза и химиотерапии пневмонии, достигнуть существенных изменений в уровнях заболеваемости и смертности от пневмонии пока не удастся. Для Челябинска проблема болезней органов дыхания, в том числе пневмоний, является одной из острейших. В значительной мере это определяется неблагоприятной экологической ситуацией. Промышленные предприятия черной металлургии, тяжелого машиностроения, химической промышленности и домостроения выбрасывают в атмосферу города токсические отходы. Максимальное содержание пыли, двуокиси азота, сернистого газа, окиси углерода, фенола и других ингредиентов превышает предельно допустимые концентрации в 1,5—13 раз, а основного канцерогенного агента бензпирена — в 60 раз [3].

В течение ряда лет не снижается и остается высокой обращаемость населения за медицинской помощью по поводу болезней органов дыхания. На высоком уровне отмечается профессиональная заболеваемость, в структуре которой преобладают болезни пылевой этиологии и в первую очередь пневмоконииозы, пылевые бронхиты, силикотуберкулез [3].

Многолетнее проживание в городе с высоким содержанием в атмосферном воздухе промышленных поллютантов неизбежно вызывает нарушение защитной функции верхних дыхательных путей, аллергизацию, а затем и бронхиальную обструкцию как защитный меха-

низм. На таком неблагоприятном фоне активизируется инфекция. Кроме того, рост алкоголизма, курения, социальное неблагополучие приводят к истощению всех звеньев иммунитета [1,2,5]. Не случайно академиком А.Г. Чучалиным Челябинск указывается как город самой высокой смертности населения от пневмонии [4].

Крайне неблагоприятная экологическая обстановка, высокая заболеваемость населения болезнями органов дыхания послужили основанием для организации в структуре пульмонологической службы города Центра экологической пульмонологии на базе городской клинической больницы № 8 в Тракторозаводском районе.

В стационаре Центра в 1994—1995 гг. лечились 264 больных пневмонией, летальность составила 4,8—5,1%. В настоящем сообщении приводятся результаты анализа летальных исходов. Проанализированы истории болезни и протоколы патологоанатомических вскрытий 13 умерших от пневмонии. Среди умерших было 11 мужчин и 2 женщины. Все мужчины умерли в трудоспособном возрасте (39—59 лет). Трое — в возрасте 39—40 лет, восемь — в 50—59 лет. Возраст умерших женщин 60—69 лет. Среди умерших — 10 человек по разным причинам нигде не работали, двое из них не имели постоянного места жительства. Все больные были госпитализированы в экстренном порядке с клиникой тяжелой пневмонии. Двое поступили в агональном состоянии. Явления инфекционно-токсического шока были у 8, а у одного — менин-

геальные явления. Имело место позднее обращение за медицинской помощью во всех случаях: 8 больных обратились только на 3-и сутки, остальные в более поздние сроки.

Госпитализация осуществлялась в палату интенсивной терапии с постоянным мониторингом. Комплексная терапия пневмонии включала следующие компоненты: детоксикацию, рациональную антибактериальную терапию, иммунокоррекцию, противошоковую терапию, лечение острой дыхательной недостаточности. Клинико-рентгенологическое обследование проведено всем умершим. При клиническом исследовании крови у 4 человек выявлена лейкопения, у одного — алейкия. Азотемия имела место у 4, гипербилирубинемия у 7. Рентгенологическое исследование подтвердило диагноз в 12 случаях. В одном случае была допущена рентгенологическая ошибка: был выставлен диагноз инфильтративного туберкулеза. Досуточная летальность имела место в 6 случаях, умерли в первые двое суток — 2, в 5 случаях смерть наступила в более поздние сроки.

При аутопсии установлено, что все больные умерли от крупозной пневмонии, причем у 8 больных имела место долевая пневмония, у 3 — бидовая, у 2 — тотальная пневмония справа. Морфологически у всех умерших — фибринозная пневмония, а также хронический бронхит как фоновое заболевание. Бактериологическое исследование аутопсийного материала выявило в 4 случаях пневмококк, в 5 — клебсиеллу, в 3 — кишечную палочку. Полученные нами данные согласуются с данными ряда авторов [1,2,5], утверждающих наиболее частую этиологическую роль пневмококка, клебсиеллы и кишечной палочки в фибринозном воспалении.

Непосредственной причиной смерти явились: инфекционно-токсический шок у 4, острая дыхательная недостаточность у 4, гипоксический отек мозга у 3, эмпиема плевры у 2 больных. Практически все больные злоупотребляли алкоголем и были доставлены в отделение либо в состоянии алкогольного опьянения, либо после запоя. Морфологически алкоголизм умерших был подтвержден поражением печени, поджелудочной железы, миокарда.

Проведя анализ летальности при пневмонии, следует выделить факторы, приводящие к снижению резистентности макроорганизма: социальное и экологическое неблагополучие, усугубленное алкоголизмом, наличие дефекта бронхолегочного аппарата. Позднее обращение за медицинской помощью не позволяет в полной мере воздействовать на микроорганизм.

Группой высокого риска летальных исходов при пневмонии являются мужчины в возрасте 50—59 лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Замотаев И.П. // Болезни органов дыхания. — М., 1989. — Т.2. — С.17—99.
2. Крылов А.А., Шацкая Е.Г. Анализ летальных исходов и пути улучшения диагностики и лечения острых пневмоний // Клин. мед. — 1995. — № 2. — С.26—29.
3. Нестеровский Я.И., Алексеева Р.С. Экологические аспекты болезней органов дыхания в промышленной области // Пульмонология. — 1994. — № 2. — С.14—17.
4. Чучалин А.Г. Пневмонии // Клин. фармакол. и тер. — 1995. — № 1. — С.14—17.
5. Сильверстов В.П., Федотов П.И. Пневмония. — М., 1987.

Поступила 07.02.96.

От редакции

Редколлегия и редакция журнала "Пульмонология" постоянно стремятся улучшить качество публикаций и полиграфическое исполнение нашего издания, а также обеспечивать широкую доступность его всем пульмонологам во всех регионах России.

Как и в предшествующие годы, в 1997 году подписка на журнал "Пульмонология" будет проводиться всеми отделениями связи во всех городах России. Напоминаем вам, что номер нашего издания в "Каталоге газет и журналов Роспечати" — 73322.

Одновременно Всероссийским научным обществом пульмонологов решается вопрос о ежегодном членском взносе всех членов общества, который будет включать и стоимость подписки на наш профессиональный журнал. По-видимому, этот членский взнос будет взиматься во время проведения ежегодных конгрессов общества. Предполагается, что для членов общества это будет наиболее удобной формой подписки и ее оплаты. Для организаций и специалистов, не состоящих в обществе, сохранится и подписка через Роспечать.
