

дочка, хотя глубокий зубец Q<sub>III</sub> в сочетании с S<sub>I</sub> может появляться при острых перегрузках правого желудочка, например, при эмболиях крупных ветвей легочной артерии, в частности при отрыве пристеночных тромбов у больных с эндокардитами.

## № 61

Г. Застойная сердечная недостаточность, как правило, не вызывает выраженных нарушений бронхиальной проходимости, а ведет обычно к рестриктивным дыхательным нарушениям вследствие застоя крови в малом круге. При этом объем выдыхаемого

воздуха может уменьшаться, однако скорость выдоха не меняется, в связи с чем не происходит выраженного снижения показателей ОФВ<sub>1</sub>. Нормальная диффузионная способность отвергает наличие эмфиземы легких. Хотя влажные хрипы являются одним из клинических признаков застоя в малом круге, их наличие не исключает ХОЗЛ, в частности при развитии пневмосклероза. При застойной сердечной недостаточности влажные хрипы, в отличие от так называемых пневмосклеротических, более динамичны и исчезают после соответствующей терапии.

# Хроника. Информация

## ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ МГНОТ ОТ 21.05.96.

В. Е. Н о н и к о в, М. В. П е т р о в. Внутрибольничные пневмонии.

За 1,5 года в многопрофильной клинике на 1400 коек наблюдалось 65 больных с внутрибольничными пневмониями (ВП): 37 мужчин и 28 женщин (средний возраст 72 года). ВП диагностированы в терапевтических (32), психиатрических (20) и хирургических (13) отделениях. У всех лиц ВП подтверждена рентгенологически. Для этиологической верификации ВП проводились: бактериологическое исследование мокроты и смывов с бронхов, посевы крови на стерильность. Всем больным с ВП осуществлялись бактериологические посевы мазков с задней стенки ротоглотки. При посевах мокроты, смывов с бронхов, мазков с задней стенки ротоглотки получено 179 штаммов микроорганизмов. Из грамотрицательных бактерий чаще встречались: нейссерии (14), синегнойная палочка (9), клебсиелла (8), ацинетобактер (7), протей (6), энтеробактер (5), кишечная палочка (4), цитробактер (4). Среди грамположительных бактерий преобладали: стрептококки (61), стафилококки (21), пневмококки (13). У 2 пациентов этиологический диагноз ВП удалось доказать с помощью получения гемокультур стафилококка и ацинетобактера. Антибактериальная монотерапия была успешной лишь у 17 из 65 больных, а у 48 потребовалось проводить коррекцию лечения 1—2 и более раз. При монотерапии эффект чаще был получен при назначении аминогликозидов, ампициллина и офлоксацина. Весьма эффективным было сочетание гентамицина с ампициллином и метронидазолом. При безуспешности лечения исходным антибиотиком впоследствии обычно использовались цефалоспорины, фторхинолоны, аминогликозиды, азитромицин, аугментин. Прово-

димая терапия была эффективной у 52 из 65 больных. Летальность составила 20%. Возраст умерших от 56 до 85 лет (12 из 13 умерших были старше 70 лет).

### П р е н и я

В о п р о с : Можно ли считать штаммы, полученные при бактериологических посевах мазков с задней стенки ротоглотки, этиологическими микробными агентами ВП?

О т в е т : Имеются сообщения зарубежных авторов, в которых на большом количестве больных показана прямая зависимость между колонизацией ротоглотки аэробными грамотрицательными бактериями, возникающей у ряда пациентов уже через несколько дней с момента поступления в клинику, с их аспирацией и последующим развитием у этих лиц ВП, причем риск колонизации ротоглотки возрастает в зависимости от продолжительности пребывания больного в стационаре.

В о п р о с : В чем заключается профилактика ВП?

О т в е т : Первоочередной задачей профилактики ВП является уменьшение колонизации потенциально патогенными бактериями верхних дыхательных путей и таким образом уменьшение вероятности аспирации этих микроорганизмов в нижние дыхательные пути. С этой целью используются следующие меры: внимание к факторам окружающей среды, например, мытье рук, мониторинг респираторного оборудования на бактериальную контаминацию и др., профилактическое назначение антибиотиков, иммунологическая коррекция.