

На правах рукописи

УДК 616.24-002.1-036.1-06:616.36-004.4

**МАНЗУР АХМАД МИР**

**ТЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ  
ПЕЧЕНИ АЛКОГОЛЬНОГО ГЕНЕЗА**

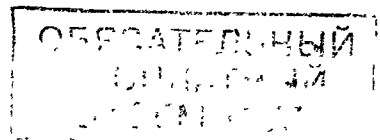
**(14.00.05 - внутренние болезни)**

**Автореферат**

**диссертации на соискание ученой степени**

**кандидата медицинских наук**

Москва - 2000



Работа выполнена на кафедре госпитальной терапии медицинского факультета  
Российского университета дружбы народов

Научный руководитель:

кандидат медицинских наук, доцент Н.Д. Кислый

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор Б. К. Панфилов

доктор медицинских наук, профессор Э. П. Яковенко

Ведущая организация -

Московский Государственный медико-стоматологический университет  
им. Н.А.Семашко

Защита состоится сентября 2000 г. в 13 00 часов на заседании  
диссертационного совета К 053. 22. 07 в Российском Университете дружбы  
народов по адресу: 117292, г. Москва, ул. Вавилова, д. 61.

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке Российского  
Университета дружбы народов по адресу: 117198, г. Москва, ул. Миклухо-  
Маклая, д. 6.

Автореферат разослан августа 2000 г.

Ученый секретарь

диссертационного совета

кандидат медицинских наук, доцент

В. К. Альпидовский

A 2000  
11003

**Актуальность проблемы:** Пневмония остается одним из распространенных заболеваний. Среднестатистические показатели заболеваемости в России составляют 10 -15 случаев на 1000 населения. В последние годы в нашей стране отмечается устойчивая тенденция, демонстрирующая увеличение смертности от пневмонии - этот показатель в середине 90-х годов достиг отметки 18/100000 населения, до 2,2% увеличилась больничная летальность. В США ежегодно диагностируется более 3 000 000 случаев пневмонии и регистрируется более 60000 летальных исходов от пневмонии и ее осложнений (Навашин С.М. и др. 1999). Летальный исход обычно наступает у больных с сопутствующими заболеваниями, сниженным иммунитетом, в перечне этих заболеваний находится и алкогольный цирроз печени.

В экономически развитых странах циррозы печени (ЦП) входят в число шести основных причин смерти у лиц в возрасте от 35 до 64 лет. Смертность от ЦП имеет стойкую тенденцию к росту. От ЦП в мире ежегодно умирают около 300 000 человек (Жомаров Ф.И. и др. 1995, Шулушко Б.И. 1995).

У 46,1% больных этиологическим фактором развития ЦП называется алкоголь, еще у 49,5% этиологический фактор не установлен, однако предполагается что как минимум у половины этих больных им является алкоголь (Dufour M.C., Ingle K.G. 1995, McGinnis J.M., Foege W.H. 1993, Smart R.G., Mann R.E. 1992). Около 80% случаев смертности от ЦП, и 94% случаев смерти от цирроза печени среди мужчин в возрасте от 35 до 60 лет, обусловлены злоупотреблением алкоголя (Smart R.G., Mann R.E. 1992).

Причиной смерти у большинства больных является печеночная кома. Среди причин ведущих к развитию комы называются электролитные нарушения (Casey T.H., et al. 1965, Imler M., et al. 1969), лечебные парацетезы (Лопаткина Т.Н. 1995), кровотечения из желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и в ЖКТ (Christensen E. et al. 1989, Doffoel M., et al. 1989), развитие бактериальных инфекций, в частности острых пневмоний (ОП) (Сопн Н.О., Fessel J.M. 1971).

Изучение течения ОП у больных алкогольным циррозом печени (АЦП), ее течения в зависимости от наличия сопутствующих утяжеляющих факторов и выяснение факторов прогностически неблагоприятных в отношении возможности летального исхода является важным в лечении больных данной категории. Все выше изложенное и обусловило выбор цели и задач данного исследования.

**Цель исследования:** Изучить течение острых пневмоний у больных циррозом печени алкогольного генеза.

**Задачи исследования:**

1. Изучить особенности течения острой пневмонии у больных циррозом печени алкогольного генеза
2. Изучить течение госпитальной и внебольничной пневмонии у больных циррозом печени алкогольного генеза.
3. Изучить течение острой пневмонии у больных циррозом печени алкогольного генеза в зависимости от тяжести цирроза печени.

И.С. НАМИНОВА  
БИБЛИОТЕКА  
С.Петербург 441  
09 2000 г. авт

- 4 Изучить течение острой пневмонии у больных циррозом печени алкогольного генеза осложненным кровотечением.
5. Изучить течение острой пневмонии у больных циррозом печени алкогольного генеза при наличии сопутствующих очагов воспаления

#### **Научная новизна:**

Проведено комплексное изучение течения ОП у больных с АЦП, а также сравнительное изучение течения ОП у больных злоупотребляющих алкоголем без ЦП и больных ОП не злоупотребляющих алкоголем и без признаков поражения печени. Исследованы особенности течения ОП у больных АЦП при госпитальной пневмонии, внебольничной пневмонии, в зависимости от тяжести течения ЦП, при сопутствующем кровотечении и у больных с сопутствующими бактериальными очагами воспаления.

Выявлено что развитие ОП у больных АЦП увеличивает летальность среди больных АЦП с 21,5% до 61,7%. У всех больных отмечается медленное разрешение воспалительного процесса, ОП принимает затяжное течение

Госпитальная пневмония у больных АЦП встречается в 30,0% случаев, летальность в этой группе больных достигает 83,3% против 52,4% у больных с внебольничной пневмонией

Летальность больных ОП с АЦП зависит от степени тяжести ЦП: у больных с А степенью тяжести АЦП летальных исходов не было, с В степенью тяжести 50%, и с С степенью тяжести 70,7% больных ОП умерли.

У больных с кровотечением летальность достигает 73,9%, наиболее высокая летальность у больных с носовыми кровотечениями и кровотечениями из варикозно-расширенных вен пищевода Госпитальная пневмония развивается у 47,8% больных с кровотечениям в ЖКТ.

У больных с сопутствующими воспалительными очагами летальность равняется 76,9% больных, у 15,4% больных в легких формируется абсцесс.

Прогностически неблагоприятными факторами в отношении возможности развития летального исхода у больных ОП и АЦП являются госпитальная пневмония, сопутствующие воспалительные очаги, кровотечение в ЖКТ, С степень тяжести ЦП.

У больных ОП и АЦП факторами, прогностически неблагоприятными в отношении возможности развития летального исхода, являются: низкое содержание, на момент поступления в стационар, лимфоцитов и моноцитов и повышенное содержание бета-глобулинов, мочевины, аланиновой аминотрансферазы (АЛТ) и аспарагиновой аминотрансферазы (АСТ). Неблагоприятным в отношении летального исхода является также продолжающееся в течении болезни снижение содержания гемоглобина, эозинофилов, лимфоцитов и моноцитов и повышение общего количества лейкоцитов, палочкоядерных и сегментоядерных лейкоцитов, а также содержания мочевины, АЛТ, АСТ, общего и конъюгированного билирубина.

**Практическая ценность.** Полученные автором данные показывают необходимость раннего проведения внутривенной терапии антибиотиками широ-

кого спектра действия, ведение больных острой пневмонией на фоне цирроза печени алкогольного генеза в условиях палаты интенсивной терапии. Выявление факторов прогностически неблагоприятных в отношении летального исхода должно служить поводом к переводу больных в отделение реанимации. Учитывая тяжелое течение и высокую летальность всем больным с АЦП необходимо выявлять этиологию ОП.

**Внедрение в практику.** Основные положения работы нашли свое практическое применение в больнице № 53 г.Москвы и используются в педагогическом процессе на кафедре госпитальной терапии Российского Университета дружбы народов.

**Публикации результатов исследования.** По теме диссертации опубликовано 4 печатные работы.

**Апробация работы.** Основные положения диссертации доложены на совместной научно-практической конференции кафедры госпитальной терапии Российского Университета дружбы народов и больницы № 53 г. Москвы.

**Объем и структура диссертации.** Диссертация изложена на 129 страницах машинописного текста, включает 47 таблиц и 8 диаграмм, состоит из введения, обзора литературы, главы материал и методы, результаты исследований, обсуждения результатов, выводов, практических рекомендаций и библиографии содержащей 155 источников.

## СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

**Материал и методы исследования.** Исследование выполнено в больнице 53 города Москвы. ОП была у 60 (8,7%) из 688 больных АЦП, находившихся на стационарном лечении за период с 1992 по 1999 год. Госпитальная летальность среди больных АЦП составила 21,5%.

Средний возраст больных  $48,0 \pm 1,3$  (25 – 68) года, среди больных было 39 мужчин и 21 женщина, средний возраст соответственно был равен  $46,5 \pm 1,6$  и  $50,2 \pm 1,9$ , отличия статистически не достоверны ( $p > 0,05$ ).

Диагноз ОП устанавливался на основании клинической картины, данных физикального, лабораторного и рентгенологического исследования. Диагноз ЦП ставили на основании клинической картины, данных лабораторного, ультразвукового исследования, ЭГДС, данных гистологического исследования ткани печени. Алкогольную этиологию ЦП устанавливали на основании алкогольного анамнеза и отсутствии маркеров вирусов гепатита В и С при иммуноферментном исследовании сыворотки крови.

В качестве контроля исследовано 2 группы больных по 30 человек. В первую группу вошло 30 больных ОП, злоупотребляющих алкоголем, без клинических признаков ЦП. Средний возраст  $46,0 \pm 1,9$ , среди больных было 4 женщины и 26 мужчин, средний возраст был соответственно  $39,5 \pm 4,3$  и  $46,7 \pm 1,9$  лет, отличия статистически не достоверны ( $p > 0,05$ ).

Во вторую контрольную группу вошло 30 больных ОП без признаков ЦП и не злоупотребляющие алкоголем. Средний возраст больных в этой группе составил  $48,6 \pm 1,8$ , женщин было 9, мужчин – 21, средний возраст соответственно равен  $50,2 \pm 3,7$  и  $47,9 \pm 2,0$  лет, отличия статистически не достоверны ( $p > 0,05$ ).

Сводные данные распределения больных основной и контрольных групп по возрасту представлены в таблице 1.

Таблица 1

Группы исследуемых	Возрастные группы										Всего	
	21-30		31-40		41-50		51-60		61-70		п	%
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%		
ОП + АЦП	4	6,7	9	15,0	20	33,3	22	36,7	5	8,3	60	100
ОП + алкоголь	2	6,7	9	30,0	7	23,3	10	33,3	2	6,7	30	100
ОП	0	0	7	23,3	11	36,7	8	26,7	4	13,3	30	100

% - процент от больных данной группы, п – количество больных

Отличия по возрасту внутри групп и между группами статистически не достоверны.

Среди больных ОП, развившейся у больных АЦП, портальная системная энцефалопатия (ПСЭ) была у 42 больных. У 42 больных был асцит, 8 больным проводился лечебный парацентез.

В нашей работе мы использовали классификацию ЦП предложенную Чайлд и Туркотт Conn Н.А.1981. Диагноз ПСЭ ставили на основании критериев предложенных Conn Н.О. и соавт. 1972.

Статистическая обработка материала произведена с помощью статистической программы Statistica 5.0. При проведении статистического анализа группы больных характеризовались средними значениями показателей с указанием ошибки среднего. Значимость различий между параметрическими показателями определяли с помощью t - критерия Стьюдента, непараметрическими показателями с помощью одностороннего варианта критерия Фишера. Различия между данными мы считали достоверными при  $p < 0,05$ . Между отдельными показателями проводился корреляционный анализ. Корреляционную зависимость считали достоверной при  $p < 0,05$

### Результаты собственных исследований

ОП у больных АЦП, вне зависимости от объема поражения, в 50% случаев заболевание принимает тяжелое течение и в 48,3% среднетяжелое течение. У трети больных злоупотребляющих алкоголем ОП принимает тяжелое и у половины среднетяжелое течение, у больных не злоупотребляющих алкоголем в 80% случаев ОП протекает в легкой форме. Отличие по встречаемости тяжелого течения пневмоний между группами статистически достоверно.

У 58,3% больных ОП и АЦП было двустороннее поражение, у больных ОП злоупотребляющих алкоголем в 13,3%, у больных не злоупотребляющих алкоголем в 6,7% случаев. Отличия по частоте двустороннего поражения между больными с ЦП и контрольными группами статистически достоверно.

Распределение больных ОП в зависимости от объема поражения представлено на диаграмме 1.

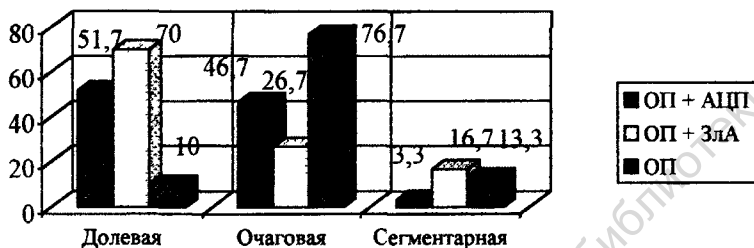


Диаграмма 1. Распределение больных в зависимости от объема поражения

У больных АЦП поражение целой доли легкого выявляется у 51,7% больных, у 25,0% из них долевая пневмония располагалась в двух и более долях. У больных злоупотребляющих алкоголем долевая пневмония была у 70,0% больных, по сравнению с 10,0% у не злоупотребляющих алкоголем. Во всех группах чаще в воспалительный процесс вовлекались нижние доли легких. У 8,3% больных АЦП отмечено слияние отдельных очагов. У больных злоупотребляющих алкоголем долевая пневмония встречается чаще, чем среди больных АЦП, однако, необходимо иметь ввиду тот факт, что среди злоупотребляющих алкоголем при очаговой пневмонии всегда выявлялся один очаг, а у больных АЦП при очаговой пневмонии в 28,3% случаев воспалительные очаги располагались в нескольких долях.

Количество больных, в зависимости от вовлеченных в воспалительный процесс долей, представлено на диаграмме 2. Локализация воспалительного процесса в одной доле у больных АЦП достоверно ниже, а в двух долях достоверно выше, чем в контрольных группах.

В пяти случаях, у больных АЦП, отдельные очаги сливались, при этом в одном из них сливающиеся очаги были расположены во всех долях правого легкого, в одном случае в нижней доле и в одном случае в верхней доле правого легкого. В двух случаях очаги располагались в нижних долях обеих легких.

Абсцедирование было у 4 (6,7%) больных с АЦП, и у 9 (30%) у больных злоупотребляющих алкоголем, отличие статистически достоверно. Трое больных АЦП и абсцессом легких умерли, среди больных злоупотребляющих алкоголем летальных исходов, при развитии абсцесса легких не было.

Парапневмонический плеврит выявлен у 14 (23,3%) больных, при этом у 11 из них течение заболевания окончилось летально.

Умерло 37 (61,7%) больных. В среднем летальный исход наступал на  $11,4 \pm 1,9$  день пребывания в стационаре. Средний возраст умерших больных составил  $50,5 \pm 1,4$  лет.

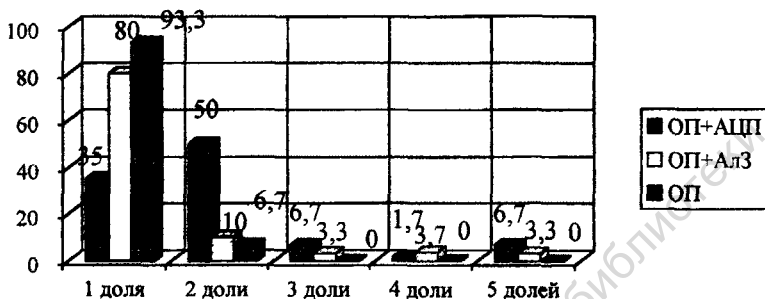


Диаграмма 2 Количество больных в зависимости от пораженных долей

Продолжительность пребывания в стационаре в группе больных АЦП составила 18,3 дня, в сравнении с 22,6 у больных злоупотребляющих алкоголем и 16,4 у больных не злоупотребляющих алкоголем. Однако при более детальном анализе оказалось что продолжительность пребывания в стационаре у больных ОП и АЦП не однозначна, так у больных у которых течение заболевания окончилось летальным исходом продолжительность пребывания в стационаре составила 11,4 дня, а таких больных было 61,7%, а у выздоровевших больных 29,3 дня. Таким образом можно сделать вывод что ОП у больных с АЦП имеет склонность к медленному разрешению.

У больных ОП с АЦП снижено содержание гемоглобина, эритроцитов, тромбоцитов, повышено содержание лейкоцитов со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, и появлением в периферической крови метамиелоцитов, повышена скорость оседания эритроцитов и снижено количества лимфоцитов. К концу пребывания в стационаре не отмечено тенденции к снижению содержания лейкоцитов и нормализации лейкоцитарной формулы. Отличия в показателях общего анализа крови на момент поступления в стационар и к моменту выписки из стационара или летального исхода за исключением эозинофилов статистически не достоверны.

При проведении корреляционного анализа, между показателями общего анализа крови и летальностью, выявлена статистически достоверная отрицательная зависимость между летальностью и содержанием гемоглобина ( $r = -0,46$ ) и количеством эозинофилов в конце пребывания в стационаре ( $r = -0,38$ ) а также количеством лимфоцитов ( $r = -0,33$  и  $r = -0,56$ ) и моноцитов ( $r = -0,27$  и  $r = -0,37$ ) как при поступлении так и в конце пребывания в стационаре соответственно. Положительная, статистически достоверная корреляционная зависи-



мость выявлена между летальностью и общим содержанием лейкоцитов ( $r = 0,46$ ), палочкоядерных лейкоцитов ( $r = 0,45$ ) и содержанием сегментоядерных лейкоцитов в конце срока нахождения в стационаре ( $r = 0,37$ ).

При изучении динамики показателей общего анализа крови у больных с летальным исходом оказалось что к моменту смерти отмечается снижение содержания гемоглобина и тромбоцитов, и увеличение содержания лейкоцитов, обусловленное, в основном, увеличением количества метамиелоцитов и палочкоядерных лейкоцитов, при одновременном снижении содержания лимфоцитов и моноцитов, СОЭ увеличивается. Отличия в содержании общего количества лейкоцитов, лимфоцитов, моноцитов и СОЭ статистически достоверно.

При сравнение показателей общего анализа крови, на момент поступления в стационар, у больных у которых течение заболевания окончилось выздоровлением и умерших больных, выявлено что за исключением содержания сегментоядерных лейкоцитов, лимфоцитов и моноцитов остальные показатели практически идентичны. У больных у которых течение ОП окончилось выздоровлением, содержание моноцитов и лимфоцитов, на момент поступления в стационар, было статистически достоверно выше, а содержание сегментоядерных лейкоцитов достоверно ниже, чем у умерших больных.

У больных ОП злоупотребляющих алкоголем к моменту выписки из стационара отмечено снижение содержания лейкоцитов, при этом их снижение происходит за счет метамиелоцитов, палочкоядерных и сегментоядерных лейкоцитов с одновременным повышением процентного содержания эозинофилов, лимфоцитов и моноцитов. Изменения в содержании общего количества лейкоцитов, палочкоядерных, сегментоядерных, эозинофилов и лимфоцитов статистически достоверны. К моменту выписки из стационара у больных отмечено статистически достоверное снижение СОЭ.

У больных ОП не злоупотребляющих алкоголем к моменту выписки из стационара отмечено снижение содержания лейкоцитов, при этом их снижение происходит за счет палочкоядерных и сегментоядерных лейкоцитов с одновременным повышением процентного содержания эозинофилов, лимфоцитов и моноцитов. Изменения в содержании общего количества лейкоцитов, палочкоядерных, лимфоцитов и скорости оседания эритроцитов статистически достоверны.

При исследовании динамики показателей биохимических анализов крови на момент поступления в стационар и в конце пребывания в стационаре, у больных ОП и АЦП, оказалось что к концу пребывания в стационаре отмечается снижение общего белка, альбуминов, альфа-2 глобулинов, бета-глобулинов, холестерина, щелочной фосфатазы и протромбина, остальные показатели увеличиваются, однако эти отличия статистически не достоверны.

При проведении корреляционного анализа, между летальностью и биохимическими показателями крови, выявлена статистически достоверная отрицательная зависимость между летальностью и содержанием общего белка в конце пребывания в стационаре ( $r = -0,37$ ). Положительная корреляционная за-

висимость выявлена между летальностью и содержанием бета-глобулинов при поступлении в стационар ( $r = 0,49$ ), содержанием мочевины при поступлении ( $r = 0,28$ ) и в конце ( $r = 0,56$ ) пребывания в стационаре, содержанием общего ( $r = 0,39$ ) и конъюгированного билирубина в конце пребывания в стационаре ( $r = 0,36$ ), содержанием АЛТ при поступлении ( $r = 0,36$ ) и в конце ( $r = 0,34$ ), АСТ при поступлении ( $r = 0,30$ ) и в конце пребывания в стационаре ( $r = 0,39$ ).

Учитывая что в общую группу больных вошли больные с разрешившейся ОП и больные, у которых течение заболевания окончилось летально, мы сравнили отдельно динамику биохимических показателей у выздоровевших и умерших больных.

Изменения в биохимических показателях, у выздоровевших больных, к моменту выписки из стационара, статистически не достоверны.

У больных с летальным исходом к моменту смерти отмечено статистически достоверное снижение содержания общего белка и повышение мочевины.

На момент поступления в стационар, у умерших больных, содержание бета-глобулинов ниже, а мочевины, АЛТ, АСТ, выше чем у выздоровевших больных, отличия статистически достоверны.

У лиц злоупотребляющих алкоголем, к моменту выписки из стационара, отмечено статистически достоверное снижение АЛТ и АСТ.

При корреляционном анализе выявлена статистически достоверная положительная зависимость между летальностью и содержанием мочевины при поступлении ( $r = 0,49$ ) и в конце пребывания в стационаре ( $r = 0,95$ ) и не конъюгированным билирубином как при поступлении в стационар ( $r = 0,57$ ) так и на конец их пребывания в стационаре ( $r = 1,0$ ).

Показатели биохимических анализов крови у больных ОП не злоупотребляющих алкоголем находились в пределах нормы.

Приведенные данные показывают, что особенности течения ОП у больных АЦП обусловлены как поражением печени так и хронической алкогольной интоксикацией.

*Госпитальная и внебольничная ОП у больных АЦП.* У 18 больных была госпитальная и у 42 больных внебольничная пневмония, госпитальная пневмония была у 8 (20,5%) из 39 мужчин, и у 10 (47,6%) из 21 женщины. Внебольничная пневмония почти в три раза чаще встречается у мужчин, отличие статистически достоверно.

В таблице 2 приведены некоторые данные по больным с госпитальной и внебольничной ОП. Как видно из таблицы у больных госпитальной пневмонией чаще выявлялось сопутствующее кровотечение и ПСЭ, что вероятно обусловлено тем, что у больных госпитальной пневмонией поводом госпитализации послужила декомпенсация ЦП, и только затем на фоне декомпенсации развилась ОП.

У больных с внебольничной пневмонией чаще встречаются сопутствующие воспалительные очаги, что возможно свидетельствует о снижении защитных сил организма, на фоне которых развивается бактериальная инфекция. Ос-

лабление антибактериальных свойств организма ведет также к развитию такого осложнения как абсцесс легкого Абсцедирование было у 4 больных внебольничной пневмонией трое из них умерли.

Таблица 2

## Больные с госпитальной и внебольничной ОП

	Госпитальная		Внебольничная	
	n = 18	% = 30	n = 42	% = 42
Возраст (лет)	49,9 ± 2,0		47,1 ± 1,6	
Мужчины	8	44,4	31	73,8
Женщины	10	55,6	11	26,2
ЦП по Чайлд-Туркотт	A	0	3	7,1
	B	5	11	26,2
	C	13	28	66,7
К/дней	20,3 ± 3,1		17,4 ± 2,3	
Абсцедирование	0	0	4	9,5
Кровотечение	11	61,1	12	28,6
ПСЭ	17	94,4*	26	61,9*
Сопутствующие очаги воспаления	3	16,7	10	23,8
Умерло	15	83,3*	22	52,4*
День летального исхода	17,7 ± 3,2		7,0 ± 1,9	
Двусторонняя ОП	15	83,3*	20	47,6*
Долевая ОП	11	61,1	20	47,6
Сегментарная ОП	0	0	2	4,8
Очаговая ОП	7	38,9	21	50,0
ОП в нижней доле	17	94,4	32	76,2
ОП в средней доле	2	11,1	8	19,0
ОП в верхней доле	2	11,1	18	42,9
Вовлечена 1 доля	3	16,7	18	42,9
Вовлечено 2 доли	13	72,2*	17	40,5*
Вовлечено 3 доли	0	0	4	9,5
Вовлечено 4 доли	0	0	1	2,4
Вовлечено 5 долей	2	11,1	2	4,8
Вовлечено > 1 доли	15	83,3*	24	57,1*

n - количество больных, % - процент от больных в данной группе, \* - отличия статистически достоверны при  $p < 0,05$

У больных госпитальной пневмонией чаще выявляется двусторонняя ОП, и более чем у половины больных поражается целая доля Тяжесть течения госпитальной пневмонии возможно обусловлена тем что у 83,3% больных воспа-

ление расположено более чем в одной доле, по сравнению с 57,1% у больных внебольничной пневмонией.

Общая продолжительность пребывания больных в стационаре с госпитальной пневмонией выше, чем больных с внебольничной пневмонией, однако, продолжительность пребывания больных с госпитальной пневмонией по поводу ОП составила  $8,4 \pm 1,9$ , что значительно ниже, чем у больных с внебольничной пневмонией, в особенности если учесть что больные с внебольничной пневмонией поступали в стационар обычно не в первый день заболевания. Короткий срок пребывания в стационаре больных госпитальной пневмонией обусловлен высокой летальностью больных, смерть от госпитальной пневмонии наступала в среднем на  $5,7 \pm 1,3$  день от развития ОП. Среди выписанных больных госпитальной пневмонией, средний срок пребывания в стационаре по поводу ОП составил  $22,0 \pm 4,6$  дня, выписанных с внебольничной пневмонией  $28,8 \pm 2,4$  дня.

У больных госпитальной пневмонией показатели клинического анализа крови на момент поступления в стационар и в конце пребывания в стационаре статистически не отличаются. При корреляционном анализе выявлена отрицательная зависимость между летальностью и содержанием лимфоцитов при поступлении в стационар ( $r = -0,53$ ) и в конце пребывания в стационаре ( $r = -0,59$ ) а также содержанием эозинофилов в конце пребывания в стационаре ( $r = -0,68$ ), зависимость статистически достоверна.

У больных внебольничной пневмонией к концу пребывания в стационаре отмечается статистически достоверное повышение содержания эозинофилов. При корреляционном анализе между показателями клинических анализов крови и летальностью выявлены статистически значимые связи на момент поступления в стационар между содержанием моноцитов ( $r = -0,40$ ), и на конец пребывания в стационаре между гемоглобином ( $r = -0,57$ ), количеством лейкоцитов ( $r = 0,55$ ), количеством палочкоядерных лейкоцитов ( $r = 0,65$ ), лимфоцитов ( $r = -0,47$ ) и моноцитов ( $r = -0,55$ ).

При сравнении показателей клинических анализов крови, на момент госпитализации, у больных с госпитальной пневмонией, выявлено статистически достоверное более высокое содержание сегментоядерных лейкоцитов.

Различия в биохимических показателях крови при поступлении в стационар и в конце пребывания в стационаре, у больных госпитальной пневмонией, статистически не достоверны. При проведении корреляционного анализа выявлена статистически достоверная положительная зависимость между летальностью и содержанием мочевины, в конце пребывания в стационаре ( $r = 0,50$ ).

У больных внебольничной пневмонией отличия в биохимических показателях крови при поступлении и в конце пребывания в стационаре статистически не достоверны. При корреляционном анализе выявлена статистически достоверная корреляционная зависимость, на момент поступления в стационар, между летальностью и содержанием мочевины ( $r = 0,43$ ) и АЛТ ( $r = 0,39$ ), а в

конце пребывания в стационаре, между летальностью и содержанием общего белка ( $r = -0,54$ ) и мочевины ( $r = 0,61$ ).

У больных с госпитальной ОП, на момент госпитализации, по сравнению с больными с внебольничной пневмонией, достоверно выше содержание общего белка крови.

*ОП в зависимости от степени тяжести АЦП* Больные ОП по степени тяжести АЦП распределились следующим образом: А - 5,0%, В - 26,7%, С - 68,3% больных.

Течение ОП у больных А степенью тяжести АЦП в 100% случаев заканчивается выздоровлением, при этом воспаление ограничивается одной долей У 2/3 больных развивается долевая ОП.

У больных В степенью тяжести АЦП у 56,2% в воспалительный процесс выявляется более чем в одной доле. Долевая пневмония встречается половины больных. В 12,5% случаев течение ОП осложнилось формированием абсцесса легких и у 12,5% больных отдельные воспалительные очаги сливались между собой. В 50,0% случаев течение ОП закончилось смертью больного.

У больных С степенью тяжести АЦП в 73,2% случаев в воспаление вовлекается более одной доли легких. Долевая пневмония встречается у половины больных. Течение ОП в 4,9% случаев осложняется формированием абсцесса легких. У 17,1% больных ОП отдельные воспалительные очаги имеют тенденцию к сливанию У 70,7% больных ОП заканчивается летальным исходом

Частота поражения нижней доли при ОП имеет прямую зависимость от степени тяжести АЦП, при этом встречается более чем у 80,0% больных. Поражение верхней доли выявляется у каждого третьего больного ОП.

*ОП у больных АЦП осложненным кровотечением в желудочно-кишечный тракт.* У 23 больных были выявлены признаки кровотечения в ЖКТ, 17 из них умерли. У 10 больных ОП предшествовала развитию кровотечения, 8 из них умерли. У 13 больных ОП возникла после кровотечения, 9 умерли Кровотечение было у 12 (30,8%) из 39 мужчин и у 11 (52,4%) из 21 женщины Сравнительные данные больных ОП с кровотечением и без кровотечения приведены в таблице 3.

Кровотечения в ЖКТ встречались у больных В и С степенью тяжести ЦП Наиболее частой причиной было кровотечение из ВРВ пищевода, оно выявлялось у 11 (47,8%) больных с кровотечениями У 8 больных были кровотечения из эрозий слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки, у 5 больных были носовые кровотечения, у 2 больных был синдром Меллори-Вейсса и у 1 одного больного было геморроидальное кровотечение.

Из 11 больных с кровотечением из ВРВ пищевода умерло 10 больных Госпитальная пневмония из этих 11 больных была у 5 больных, умерли все 5 больных. У 5 больных ОП предшествовала развитию кровотечению и у остальных 6 больных ОП развилась после кровотечения из ВРВ пищевода У одного больного кровотечение из ВРВ пищевода сочеталось с носовым кровотечением и у одного с синдромом Меллори-Вейсса, оба больные умерли

Таблица 3

Больные ОП с кровотечением и без кровотечения в ЖКТ

		Кровотечение		Без кровотечения	
		n = 23	% = 38	n = 37	% = 62
Возраст (лет)		47,6 ± 1,9		48,2 ± 1,7	
Мужчин		12	52,2	27	73,0
Женщин		11	47,8	10	27,0
ЦП по Чайлд-Туркотт	A	0	0	3	8,1
	B	8	34,8	8	21,6
	C	15	65,2	26	70,3
К/дней		18,3 ± 2,7		18,2 ± 2,5	
Абсцедирование		2	8,7	2	5,4
Сопутствующие очаги воспаления		3	13,0	10	27,0
ПСЭ		19	82,1	23	62,2
Госпитальная ОП		11	47,8	7	18,9
Внебольничная ОП		12	52,2*	30	81,1*
Умерло		17	73,9	20	54,1
День летального исхода		13,1 ± 2,4		9,9 ± 2,9	
Двусторонняя ОП		16	69,6	19	51,4
Долевая ОП		13	56,5	18	48,6
Сегментарная ОП		1	4,3	1	2,7
Очаговая ОП		9	39,1	19	51,4
ОП в нижней доле		19	82,1	30	81,1
ОП в средней доле		4	17,4	6	16,2
ОП в верхней доле		4	17,4	16	43,2
Вовлечена 1 доля		7	30,4	14	37,8
Вовлечено 2 доли		14	60,9	16	43,2
Вовлечено 3 доли		0	0	4	10,8
Вовлечено 4 доли		0	0	1	2,7
Вовлечено 5 долей		2	8,7	2	5,4

n - количество больных, % - процент от больных в данной группе, \* - отличия статистически достоверны при  $p < 0,05$

Эрозии слизистой желудка и 12 перстной кишки были у 8 больных Умерло 4 больных Госпитальная пневмония была у 3 больных У 5 больных эрозии развились на фоне ОП и у 3 больных ОП развилась у больных с эрозиями слизистой желудка и 12 перстной кишки У одного больного было сочетание геморроидального кровотечения и эрозий слизистой желудка и 12 перстной кишки, при этом кровотечения возникли на фоне ОП

Синдром Меллори-Вейсса был у 2 больных, один из них умер, у умершего больного синдром Меллори-Вейсса сочетался с кровотечением из ВРВ пищевода. У обоих больных ОП развилась уже после кровотечения.

Носовые кровотечения были у 5 больных, у всех больных течение заболевания окончилось летально. У двух больных было 2 источника кровотечения, у одного носовое кровотечение сочеталось с кровотечением из ВРВ пищевода, а у другого, с эрозиями слизистой ЖКТ. У 3 больных была госпитальная пневмония. У двух больных ОП предшествовала кровотечению.

ОП с поражением целой доли чаще встречается у больных с носовыми кровотечениями - 80% и кровотечением из ВРВ пищевода - 63,6% больных.

ОП осложнилась формированием абсцесса у двух больных, оба больные умерли. У одного больного было кровотечение из ВРВ пищевода, кровотечение у этого больного предшествовало развитию ОП, а у другого больного было два источника кровотечения, носовое кровотечение и кровотечение из эрозий слизистой желудка, у второго больного кровотечения возникли на фоне ОП.

Летальность от ОП у больных ЦП осложненных кровотечением в ЖКТ равна 73,9%, при этом у больных с носовыми кровотечениями летальность равнялась 100,0%, при кровотечении из ВРВ пищевода у 90,1%, эрозиях слизистой ЖКТ у 66,7%, синдроме Меллори-Вейсса у 50,0% больных. У 17,4% больных было два источника кровотечения, при наличии двух источников кровотечения летальность равняется 75,0%. Госпитальная пневмония у больных с кровотечениями в ЖКТ была у 47,8% больных, при этом летальность у больных с госпитальной пневмонией равняется 81,8%. У 43,5% больных на фоне ОП развилось кровотечение в ЖКТ. Развитие кровотечения в ЖКТ у больных ОП и ЦП заканчивается летальным исходом у 80,0%. ОП возникла на фоне кровотечения у 56,5% больных, 69,2% больных умерли.

*ОП у больных АЦП и сопутствующими воспалительными очагами.* У 13 больных были сопутствующие воспалительные очаги, у 4 (10,3%) из 39 мужчин и 9 (42,9%) из 21 женщин. Как видим, среди женщин с ОП и АЦП сопутствующие бактериальные очаги воспаления встречаются в четыре раза чаще, отличие статистически достоверно.

У 8 больных инфекционные очаги располагались в почках. У 6 больных был хронический пиелонефрит и у двух больных был апостематозный нефрит, у одного из двух последних был сепсис. У одного больного с обострением хронического пиелонефрита одновременно был абсцесс голени. По одному больному имели перитонит, гнойный отит, рожистое воспаление голени, остеомиелит, абсцесс стопы.

У трех больных были кровотечения, из троих два больных умерли, у двух больных кровотечение развилось на фоне пневмонии и у одного больного кровотечение предшествовало развитию пневмонии.

Сравнительные данные больных с наличием сопутствующих очагов воспаления и без сопутствующих очагов воспаления представлены в таблице 4.

Таблица 4

Больные с сопутствующими и без сопутствующих очагов воспаления

		С сопутствующими очагами воспаления		Без сопутствующих очагов воспаления	
		n = 13	% = 22	n = 47	% = 78
Возраст (лет)		49,6 ± 3,2		47,5 ± 1,4	
Мужчин		4	30,8	35	74,5
Женщин		9	69,2	12	25,5
ЦП по Чайлд-Туркотт	A	-	-	3	6,4
	B	3	23,1	13	27,6
	C	10	76,9	31	66,0
К/дней		15,4		19,0	
Абсцедирование		2	15,4	2	4,3
Кровотечение		3	23,1	20	42,6
ПЭСЭ		10	76,9	32	68,1
Госпитальная ОП		3	23,1	15	31,9
Внебольничная ОП		10	76,9	32	68,1
Умерло		10	76,9	27	57,4
День летального исхода		10,4		11,7	
Двусторонняя ОП		8	61,5	27	73,0
Долевая ОП		10	76,9	21	44,7
Сегментарная ОП		1	7,7	1	2,1
Очаговая ОП		2	15,4	26	55,3
ОП в нижней доле		11	84,6	38	80,9
ОП в средней доле		2	15,4	8	17,0
ОП в верхней доле		3	23,1	17	36,2
Вовлечена 1 доля		4	30,8	17	36,2
Вовлечено 2 доли		8	61,5	22	46,8
Вовлечено 3 доли		-	-	4	8,5
Вовлечено 4 доли		-	-	1	2,1
Вовлечено 5 долей		1	7,7	3	6,4

n - количество больных, % - процент от больных в данной группе

Как видно из таблицы 4, у больных с сопутствующими бактериальными заболеваниями течение ОП в 3 раза чаще осложняется развитием абсцесса легких, на 20% чаще заканчивается летальным исходом. Смерть у больных с сопутствующими бактериальными заболеваниями наступает на 10,4 день в сравнении с 11,7 у больных без сопутствующих бактериальных заболеваний. Среднее время пребывания больных в стационаре у больных с сопутствующими бактериальными заболеваниями ниже чем у больных без них, однако это обусловлено высокой ранней летальностью среди этих больных.



У больных с сопутствующими инфекционными очагами, в сравнении с больными без сопутствующих воспалительных очагов, на момент поступления в стационар, выше СОЭ и содержание палочкоядерных лейкоцитов, а содержание лимфоцитов, моноцитов, лейкоцитов и гемоглобина - ниже, отличия статистически не достоверны.

У больных с сопутствующими воспалительными заболеваниями статистически достоверно ниже содержание альбуминов и выше содержание гамма-глобулинов и глюкозы, чем у больных без сопутствующих очагов воспаления.

### ВЫВОДЫ

1. Развитие острой пневмонии у больных циррозом печени алкогольного генеза увеличивает летальность больных алкогольным циррозом печени с 21,5% до 61,7%. У выздоровевших больных острая пневмония принимает затяжное течение ОП у больных АЦП в 50% принимает тяжелое течение, в 58,3% - двустороннее поражение, в 51,7% больных развивается долевая пневмония, у 28,3% больных очаговая пневмония с несколькими очагами воспаления
2. Госпитальная пневмония у больных циррозом печени алкогольного генеза встречается у 30,0% больных, летальность в этой группе больных достигает 83,3% против 52,4% у больных с внебольничной пневмонией.
3. Летальность при острой пневмонией у больных циррозом печени алкогольного генеза зависит от степени тяжести цирроза печени: у больных А степенью тяжести летальных исходов не было, В степенью тяжести 50%, и С степенью тяжести 70,7% больных острой пневмонией умерли.
4. У больных с кровотечением летальность достигает 73,9%, летальность у больных с носовыми кровотечениями равна 100%, кровотечениями из варикозно-расширенных вен пищевода 90,1%. У 47,8% больных пневмония развивается в стационаре.
5. У 21,7% больных ОП и АЦП выявляются сопутствующие воспалительные очаги, у 15,4% из них в легких формируется абсцесс, у 76,9% больных течение заболевания оканчивается смертью.
6. У больных острой пневмонией и циррозом печени алкогольного генеза факторами, прогностически неблагоприятными в отношении возможности развития летального исхода, на момент поступления в стационар, являются низкое содержание лимфоцитов, моноцитов и повышенное бета-глобулинов, мочевины, АЛТ и АСТ.
7. Прогностически неблагоприятным в отношении летального исхода является продолжающееся в течение болезни снижение гемоглобина, лимфоцитов, моноцитов, общего белка и повышение лейкоцитов, мочевины

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

- 1 Больные острой пневмонией с сопутствующим циррозом печени алкогольного генеза с момента установления диагноза нуждаются в парантеральном применении антибиотиков широкого спектра действия и проведения дезинтоксикационной терапии.
2. Всем больным острой пневмонией и сопутствующим циррозом печени алкогольного генеза в обязательном порядке необходимо выявлять этиологию пневмонии и определять чувствительность возбудителя к антибиотикам
- 3 Лечение больных острой пневмонией с сопутствующим циррозом печени алкогольного генеза должно проводиться в условиях отделения интенсивного наблюдения.
4. Больным алкогольным циррозом печени показана вакцинация противопневмококковой вакциной.

### Список работ опубликованных по теме диссертации

1. Течение циррозов печени алкогольного генеза на фоне острой пневмонии Вестник РУДН, серия Медицина, 2000, - № 1., - С. 112-113, (в соавторстве с Н.Д.Кислым, П.Н.Поповым).
2. Летальные исходы у больных острой пневмонией, развившейся на фоне цирроза печени алкогольного генеза. Вестник РУДН, серия Медицина, 2000, - № 1., - С. 114-115, (в соавторстве с Н.Д.Кислым, П.Н.Поповым).
3. Показатели клинического анализа крови при острой пневмонии у больных циррозом печени алкогольного генеза. //Материалы 1 международной конференции "Хроноструктура и хроноэкология репродуктивной функции" и IX международной конференции "Эколого-физиологические механизмы адаптации" Москва - РУДН. - 2000. - С. 91-92 ( в соавторстве с Н.Д.Кислым)
4. Динамика биохимических показателей крови при острой пневмонии у больных циррозом печени алкогольного генеза. //Материалы 1 международной конференции "Хроноструктура и хроноэкология репродуктивной функции" и IX международной конференции "Эколого-физиологические механизмы адаптации". Москва - РУДН. - 2000 - С 92-93 (в соавторстве с Н.Д.Кислым)

### СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- АЛТ - аланиновая аминотрансфераза  
 АСТ - аспарагиновая аминотрансфераза  
 АЦП - алкогольный цирроз печени  
 ВРВ - варикозно-расширенные вены  
 ЖКТ - желудочно-кишечный тракт  
 ОП - острая пневмония  
 ПСЭ - портальная системная энцефалопатия  
 ЦП - цирроз печени

**МАНЗУР АХМАД МИР (Индия)**  
**Течение острой пневмонии у больных циррозом печени**  
**алкогольного генеза**

Изучено течение ОП у 60 больных с АЦП. Развитие ОП у больных АЦП увеличивает летальность среди больных АЦП с 21,5% до 61,7%. ОП у больных АЦП в 50% принимает тяжелое течение, в 58,3% - двустороннее поражение, в 51,7% больных развивается долевая пневмония, у 28,3% больных очаговая пневмония с несколькими очагами воспаления. У выздоравливающих больных ОП принимает затяжное течение.

У 30% больных была госпитальная пневмония, у 38,3% больных кровотечение в ЖКТ, у 21,7% больных сопутствующие очаги бактериальной инфекции.

Прогноз заболевания неблагоприятен при С степени тяжести АЦП, наличии госпитальной пневмонии, кровотечения в ЖКТ, сопутствующих бактериальных очагов воспаления и превышает 70%.

У больных ОП и АЦП факторами, прогностически неблагоприятными в отношении возможности развития летального исхода, являются: анемия, лейкоцитоз, низкое содержание лимфоцитов, моноцитов, повышенное содержание мочевины, АЛТ и АСТ, билирубина.

**MANZOOR AHMAD MIR (India)**  
**Pneumonia in patients with alcoholic liver cirrhosis**

60 patients with pneumonia and alcoholic liver cirrhosis (ALC) were investigated. Pneumonia in patients with ALC increased mortality of patients with ALC from 21,5% up to 61,7%. In recovered patients pneumonia resolve slowly. Pneumonia in patients with ALC in 50% have severe form of disease, in 58,3% - bilateral pneumonia, in 51,7% of the patients - lobar pneumonia, in 28,3% of the patients pneumonia was multifocal.

30% of pneumonia in ALC was hospital-acquired, in 38,3% of patients was gastrointestinal and nasal bleeding, in 21,7% - metastatic infection.

Outcomes of pneumonia depends of ALC severity, hospital or community-acquired pneumonia, presence of gastrointestinal and nasal bleeding, metastatic infection.

Unfavourable factors for patients with pneumonia and ALC are: progressive anemia, leukocytosis, lymphopenia, monocytopenia, increased urea, alanine transaminase and asparagine transaminase, bilirubin.

-11003

A 2000

11003

Из фондов Российской национальной библиотеки

Издательство ООО "МАКС Пресс".

Лицензия ИД № 00510 от 01.12.99 г.

Подписано к печати 11.09.2000 г.

Усл.печ.л. 1,25. Тираж 100 экз. Заказ 187.

Тел. 939-3890, 928-2227, 928-1042. Факс 939-3891.

119899, Москва, Воробьевы горы, МГУ.