

Д.К. САЙЛАНОВА, Г. БАЙДИШЕВА, Ф. ЕСЕНКАБЫЛОВА, А. КУМАР, А. ПУЛАТБАЕВА,
К. ХАМЗАЕВА, Ш. Н. КУДОБАЕВА

Казахский Национальный Медицинский Университет им. С. Д. Асфендиярова
Городская клиническая больница № 1

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЬНОЙ С ПНЕВМОНИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКИМ ШОКОМ

Летальность при внебольничной пневмонии тяжелого течения у лиц молодого и среднего возраста остается высокой. Одним из грозных осложнений пневмонии является инфекционно-токсический шок. Воздействие инфекционных эндотоксинов на клеточные мембраны и компоненты свертывания крови приводит к полиорганной недостаточности.

Ключевые слова: пневмония, инфекционно-токсический шок, микробные эндотоксины, гипоксия, гиперкапния.

Летальность при внебольничной пневмонии оказывается наименьшей (1-3%) у лиц молодого и среднего возраста в случаях тяжелого течения пневмонии (1). Согласно классическим представлениям, инфекционно-токсический шок (ИТШ) является результатом воздействия микробных эндотоксинов (отсюда синоним эндотоксиновый шок) на клеточные мембраны, компоненты свертывания крови и комплемент (2).

Около трети больных, попадающих в отделения реанимационного профиля, составляют пациенты с ИТШ (1).

Описание клинического случая:

Больная Н. 1985 г/р, доставлена в приемный покой 1 ГКБ 07.02.13 г. 04.33 бригадой скорой помощи с диагнозом: Инфекционно-токсический шок. В приемном покое жалобы и анамнез собраны со слов мужа, так как больная находилась в бессознательном состоянии. Со слов мужа у больной было повышение температуры тела до 38,2 покраснение и высыпания на всем теле, затрудненное дыхание, одышка, чувство нехватки воздуха, сильные боли в нижней конечности, потливость, общая слабость. Со слов мужа заболевание началось остро, когда повысилась температура тела до 38 градусов, 04.02.13 г вызвали участкового врача которой был выставлен диагноз: Трахеобронхит. Назначено лечение: кетотоп, даниган, обильное щелочное питье, парацетамол и лечение у невропатолога. 05.02.13 г., в 17.39 была вызвана бригада скорой помощи, которой был поставлен диагноз: Острый бронхит и больная оставлена дома с рекомендациями. В 06.02.13г, обратилась в мед.центр и сделано ОГК. После осмотра врача-невропатолога выставлен диагноз: Остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника. Грыжа дисков L4 – L5 – S1 справа? Корешковый компрессионный синдром. Назначено: мидокалм, мовалис, демотон, кетонал, теплое растирание, МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника. Также осмотрена врачом терапевтом, и направлена на госпитализацию с диагнозом: 2-х сторонняя пневмония. Больная отказалась от госпитализации. В тот же день больной доставлена в БСМП, где повторно сделана рентгенография ОГК. Заключение: Пневмония 2-х сторонняя. Терапевтом было назначено амбулаторное лечение: цефазолин и амбро а также была направлена на консультацию к фтизиатру, который назначил анализ мокроты на БК, больной была сдана одна порция, результат отрицательный. 06.02.13 г. дома сделана инъекция цефазолина, в 02 часа повторная инъекция цефазолина, после которой состояние больной резко ухудшилось, вызвана скорая помощь. 07.02.13 г. в 03 часа 05 минут бригадой скорой помощи констатировано, что АД не определяется, ЧСС 120 в минуту, ЧД 20 в мин. Была вызвана БИТ, затем реанимационная бригада, которыми была оказана помощь: преднизолон 120 мг+60 мг+120 мг+60 мг, адреналин, дофамин, рефортан, стабизол, оксигенотерапия и больная была доставлена в приемный покой ГКБ № 1 на каталке в сопровождении реанимационной бригады скорой помощи. Больная осмотрена реаниматологом и госпитализирована в ОРИТ ГКБ №1. Состояние при поступлении в отд. реанимации крайне тяжелое за счет дыхательной, сердечно-сосудистой недостаточности. Больная без сознания, зрачки ОД=0,8, фотореакция вялая. Кожные покровы резко цианотичные, трофические изменения, нарушения микроциркуляции по всему телу. Дыхание поверхностное, частое, тахипное 30-32 в мин. В легких ослабленное дыхание, влажные хрипы с обеих сторон, сатурация кислорода 70-75 % с подачей кислорода, PO₂ 40,2мм.рт.ст. На периферии АД, пульс не определяется. Язык цианотичный, сухой. Живот мягкий, вздут. Установлен мочевого катетер, моча насыщенная. Продолжена интенсивная терапия, больная переведена на ИВЛ. Проведена рентгенография ОГК. Заключение: 2-х сторонняя полисегментарная пневмония с отеком легких. 07.02.13 г. на фоне проводимой терапии дофамин, адреналин, преднизолон, кислородотерапия, и ИВЛ у больной произошла остановка сердца. Проведены реанимационные мероприятия, дефибриляция, без эффекта. В 06 час. 30 мин 07.02.13 г. констатирована биологическая смерть.

Лабораторно- инструментальные данные:

Общий анализ крови: умеренная лейкоцитоз, выраженная тромбоцитопения, ускоренная СОЭ (34мм/ч). Каогулограмма: признаки гиперкоагуляции (ПТИ 58%, ФБ 1,2г/л), положительные коагуляционные тесты (нафтоловый +++).

Биохимический анализ крови: гипопротейнемия, азотемия, гиперферментемия, гипербилирубинемия), повышение активности КФК (6900М/Е). Анализ мочи: протеинурия, эритроцитурия, цилиндрурия.

ОГК: Заключение: Двухсторонняя полисегментарная пневмония, с отеком легких.

Клинический диагноз: Внебольничная полисегментарная пневмония двухсторонняя, тяжелое течение осложненная экссудативным плевритом. ДНЗст. Отек легких. Инфекционно - токсический шок.

Патологоанатомический диагноз: Вирусно-бактериальная инфекция: катарально-десквамативный серозный трахеобронхит. Двусторонняя тотальная сливная серозно-гнойно-геморрагическая пневмония с образованием абсцессов. Двусторонний фибринозно-гнойный плеврит. Лимфаденит бифуркационных лимфатических узлов. Катарально-десквамативный гастроэнтероколит. Инфекционно-токсический шок: шоковое легкое, шоковая почка, венозное полнокровие внутренних органов, фокусы некротораженного повреждения миокарда, очаговые и диapedезные кровоизлияния в паренхиму внутренних органов, под слизистые и серозные оболочки.

Представленный клинический случай характеризуется следующими особенностями:

1. При прогрессировании ИТШ нарастает снижение АД (ниже 60-мм.рт.ст) и увеличивается тахикардия.
2. Прекращается почечная фильтрация и существенно нарастает гипоксия почек. Уменьшается диурез, становится ниже 20 мл/ч. Признаком почечной недостаточности является увеличение содержания в крови мочевины и креатинин.
3. Резкое снижение РаО₂ (ниже 50 мм рт. ст.) обуславливает возникновение гипоксии/гиперкапнии.
4. В периферических сосудах развиваются последовательно сгущение крови, сладж-феномен и внутрисосудистое свертывание (ДВС-синдром). Вследствие прогрессирования ДВС-синдрома может появиться различная, чаще всего геморрагическая сыпь.(пятна)
5. Сладж и микротромбообразование еще больше ухудшают перфузию периферических органов и постепенно приводят к развитию ПОН (полиорганная недостаточность).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

- 1 Цибилов Н.Н. Инфекционно-токсический шок: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. - ЧГМА, 2001.
- 2 Сильвестров В.П. Пневмония. - М.: «Медицина», 1987. - С. 95-111.

**Д.К. САЙЛАНОВА, Г. БАЙДИШЕВА, Ф. ЕСЕНҚАБЫЛОВА, А. ҚҰМАР, А. ПУЛАТБАЕВА,
К. ХАМЗАЕВА, Ш. Н. КУДОБАЕВА**

ЖҰҚПАЛЫ-УЛЫ ШОКПЕН АСҚЫНҒАН ПНЕВМОНИЯҒА ШАЛДЫҚҚАН НАУҚАСТЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ

Түйін: Ауруханадан тыс пневмонияның ауыр ағымы жастарда және орта жастағы адамдарда өлімге алып келер көрсеткіші жоғары. Пневмонияның ең қауіпті асқынуы болып жұқпалы-улы шок болып табылады. Инфекциялық эндотоксиндердің жасушалық мембраналар мен қанның ұюына қатысатын компоненттеріне әсер етуімен полиорганды жетіспеушілікке алып келеді.

Кілт сөздер: пневмония, жұқпалы-улы шок, инфекциялық эндотоксиндер, гипоксия, гиперкапния

**D.K. SAYLANOVA, G. BAYDISHEVA, F. ESENKABYLOVA, A. KUMAR, A. PULATBAEVA,
K. KHAMZAYEV, N. KUDOBAYEVA**

**CASE PATIENTS WITH PNEUMONIA, COMPLICATIONS OF
INFECTIOUS-TOXIC SHOCK**

Resume: Mortality in severe community-acquired pneumonia in young and middle age is high. One of the serious complications of pneumonia is toxic shock. Exposure to infectious endotoxin on cell membranes and components of blood clotting leads to multiple organ failure.

Keywords: pneumonia, toxic shock, microbial endotoxins, hypoxia, hypercapnia.