

ЗА НЯКОИ КЛИНИЧНИ И ЕТИОЛОГИЧНИ ОСОБЕНОСТИ НА ОСТРИТЕ ПНЕВМОНИИ ВЪВ ВАРНА

Св. Разбойников, Дим. Ненов, Ив. Стаменов, Х. Капонов, Хр. Христозов,
З. Златанов — Вътрешна клиника
П. Панайотов, Г. Капрелян, Р. Маринова, В. Гърдевска, А. Панайотова
и М. Мирчев — Катедра по микробиология

Въпреки значителното подобрене на изхода на острите пневмонии честотата им е все още голяма (3). Често те преминават в хронична форма с развитие на пневмосклероза и впоследствие — на белодробно сърце (2, 3). Твърде големите промени в етиологията, клиничното протичане и лечението на пневмониите през последните години (1) ни накараха да проучим етиологичните особености и клиничното протичане на острите пневмонии във Варна при извънепидемична обстановка.

Материал и метод

От м. декември 1962 г. до края на м. март 1965 г. бяха проучени етиологично и клинично болните с остри пневмонии, постъпили във Вътрешна клиника на ВМИ—Варна (базирана на вътрешното отделение на Градската болница—Варна). Изследвани бяха двукратно бактериологично и серологично храчки на болните за бактериална флора и монилии с антибиограма, РСК за Ку-треска, орнитоза, реакция за задръжка на хемаглутинацията, студова аглутинация, хетерохемаглутинация, реакция на Васерман и Кан, Манту, хрчка за БК, РУЕ, левкоцити с диференциално броене, урина, рентгеноскопия и графия на белите дробове. По предварително изготвен въпросник се снемаша анамнестичните данни, данните от обективното изследване и резултатите от лабораторните изследвания. Резултатите от етиологичното проучване са дадени в други наши публикации (4, 5). В настоящата работа ще бъдат разгледани само някои характерни клинични особености на острите пневмонии.

Подробно бяха изследвани 158 болни, от които: 90 — с бактериална етиология, 19 — с Ку-треска, 8 — с грип, 5 — с орнитоза, 5 — с ПАП, първични атипични пневмонии, 1 — с кандидомикоза и 30 — с неуточнена етиология.

Резултати и обсъждане

Разпределението на болните по възраст и етиология е представено в табл. 1. Малкият брой на спорадично установяваните случаи от грип, ПАП, орнитоза, кандидомикоза и Ку-треска не позволява статистично достоверни изводи, но все пак прави впечатление, че от грип са били за-

сегнати възрастни болни, а от Ку-треска и бактериални пневмонии — всички възрасти. От табл. 2 се вижда, че съотношението мъже : жени е приблизително 2:1, като най-голяма разлика в полза на мъжете се установява при грипа и Ку-треската.

Пневмонии при грипни инфекции

В установените 8 случая при 6 причинителят е бил вирус A_2 и при 2 — вирус В. При един имаше комбинация с ПАП (студова аглутинация 1:2048, а след 8 месеца — 1:256); при 1 — комбинация с Ку-треска при болен с кифосколитично сърце. При един болен с причинител вирус В инфилтратът имаше крупозен характер. Усложнения настъпиха при двама болни с причинител вирус A_2 : един с тежък продължителен миокардит и един с плеврален излив. В повечето от случаите (5) началото е било постепенно, а в 3 — остро: случаят с крупозна пневмония, един болен с посттравматична и един с аспирационна пневмония след удавяне. В 3 случая е имало втрисане, а висока температура само в първите дни — в 5 случая. Повечето болни се оплакваша от дразнеща кашлица с оскъдна експекторация, понякога с примес на кръв (в 3 случая). При нито един болен не се установиха болки в очите, ставите, гърлото, конюнктивит, херпес, а само при един болен имаше болки в мускулите. При всички случаи освен крупозната пневмония и плевропневмонията физикалните данни бяха оскъдни — липсваше притъпление, единични влажни хрипове, без промяна в дишането. При рентгеновото изследване се установиха изменения предимно вдясно. На фона на груба вървовидна мрежа се наслагват почти еднакви средно големи петнисти сенки с малка рентгенова гъстота и размазани, неясно очертани граници. Само при един от случаите сянката бе кръгла, почти хомогенна, с рязко очертани граници — в дясната белодробна основа, и при един — с крупозен характер на пневмонията. Левкоцитоза се установи само при един болен — 10 600 левкоцити, а останалите 7 болни бяха с нормален брой левкоцити; у 2-ма — с изразено олеяване, а у 4-ма — с лимфопения. РУЕ бе силно ускорена при 4 болни, умерена — при 1, а нормална — при 3-ма (у 2-ма от тях — сърдечна декомпенсация). Много мъчно бе да се определи кога пневмонията е чисто грипна и кога — смесена, вирусно-бактериална. При всички случаи обаче изследването на храчките показва нехарактерна флора: в 6 случая — алфа-хемолитичен стрептокок, в 3 — микрококус варианс, в 2 — кандиди. При болния с крупозна пневмония се намери само алфа-хемолитичен стрептокок. Случаите са били спорадични, но предимно през 1964 г. — 7, и 1 — през 1963 г. Лечението с пеницилин-стрептомицин в обичайните дози доведе до бързо подобрене състоянието на болните, с пълна резорбция на инфилтратата с изключение на болния с миокардита, което усложнение продължи дълго.

Първична атипична пневмония

Установени бяха 5 болни с ПАП (с нарастване титъра на студовите аглутинини над 1:128) и 2-ма болни в съчетание при единия с Ку-треска и при друг с грип. В повечето случаи — 4, началото бе постепенно и само при един остро. Втрисане с висока температура се установи при 4 болни, кашлица с оскъдна експекторация — при 4 (при 1 — с кръв в храчките), бодежи в гърдите — при 3-ма. Липсваха болки в мускулите, конюнктивит и херпес.

Физикално при всички случаи се установи притъпление с дребни влажни и сухи свиркащи хрипове. Рентгенологично промените се покриваха с тези, описани в литературата (2, 6, 7): увеличени хилусни сенки с отиващи от тях към основата на белия дроб груби вървовидни сенки. Върху тях се наслагват множество петнисти (ацинозни) сенки, някои сливащи се помежду си, с неясно очертани граници. Левкоцитите бяха нормални при всички случаи, при 2 — с по-значително олевяване, а при 3 — с лимфопения. При всички се установи много силно ускорена РУЕ — над 77 мм за 1-ия час по Вестергрен. В храчките се намери различна флора: пневмококи — при 2, алфа-хемолитичен стрептокок — при 2, бета-хемолитичен стрептокок — при 1, кандиди — при 1. Усложнение се получи при 1 болен — абсцедиране с каверна, с *Vac. coli* в храчките. В 1 случай пневмонията бе перибронхоектатична.

Лечението на болните с пеницилин-стрептомицин доведе до пълна резорбция на инфилтратата с изключение на болния с абсцедиране.

О р н и т о з н и п н е в м о н и и

Самостоятелни орнитозни пневмонии са установени в 5 случая, а в 1 — в съчетание с Ку-треска. При 1 болен пневмонията имаше крупозен характер, а при 1 — перибронхоектатична. При 3-ма началото бе остро, а при 2-ма — постепенно. Висока температура се установи в 4 случая, в 2 — с втрисане. Кашлицата и при 5-те болни бе без примес на кръв в храчките. Бодежи в гърдите се установиха при 3-ма болни, а болки в мускулите — при 2-ма. При всички болни се намериха физикално дребни влажни хрипове и крепитации, в единични случаи — и сухи хрипове. Рентгенологично се намериха засенчвания с неправилни форми, умерена рентгенова гъстота и ясни, но нерезки граници, локализирани предимно едностранно в основата на белия дроб и в близост с белодробния корен. Измененията се наслагват на фона на ясно очертана перибронхиална мрежа. Левкоцитоза се установи само при болния с крупозна пневмония, а при останалите 4 болни — нормален брой левкоцити, при 2-ма — с олевяване, при 2-ма — с лимфопения, при 1 — с лимфоцитоза. РУЕ в 3 от случаите бе много силно ускорена — над 90 мм за 1-ия час, в част от случаите с бързо нормализиране, а в друга — постепенно. При болния с крупозна пневмония се установиха пневмокок и *Vac. coli*, поради което трябва да се отчете като смесена, орнитозно-бактериална пневмония. Лечението с пеницилин-стрептомицин, а в някои случаи и с широкоспектрни антибиотици доведе до оздравяване без усложнения.

К у - т р е с к а

Клинично бяха наблюдавани 19 случая с Ку-треска, 1 — в комбинация с орнитоза и 1 — с ПАП (студова аглутинация 1:1024). В 1 от случаите пневмонията бе крупозна, при 2 — мантелна при Са-бронхи. Двама болни получиха плеврален излив. В 5 случая пневмонията бе двустранна. $\frac{1}{4}$ от случаите с Ку-треска бяха при болни със сърдечна декомпенсация (4). В 1 случай имаше комбиниран митрален порок с поява на мигриращ повърхностен тромбофлебит, а в 1 — Бюргер с данни за активиране по време на боледуването от Ку-треска. При 1 случай след пневмонията се появи панкардит с пълен АВ-блок. При 7 от болните началото на заболяването бе остро, а при 12 — постепенно, вкл. в случая с крупозна пневмония. Втрисане е имало при 10 болни, обилно изпотяване — при 5-ма, а висока температура (39—40°) — при всички случаи. Кашлица

се установява в 17 случая, често силна, с бодежи в гърдите — също силни — при 16 болни. Експекторацията е била оскъдна, в 4 случая с примес на кръв. Болки в мускулите, хрема, конюнктивит, главоболие, болки в гърлото са установявани само в 2 случая. Физикално се установи притъпление в 16 случая, предимно леко, с леко изострено везикуларно дишане и оскъдни средни и дребни влажни хрипове, сухи свиркащи хрипове и крепитации. Температурата при всички болни бе висока само първия ден, с последващо критично спадане. Рентгенологично във всички случаи установихме подчертано изразена груба вървовидна мрежа с перибронхиални повлекла, върху която се наслагват отделни петнисти сенки с неправилна форма, по-често сливащи се помежду си, с умерена рентгенова гъстота. Прави впечатление, че почти във всички случаи измененията са локализиран предимно в дясната белодробна основа в непосредствена близост с долния край на белодробния хилус. Тук по-често се срещат и двустранни изменения. Обикновено границите на засенчванията са ясни, но нерязко очертани. Левкоцитоза се установи в 4 случая, левкопения — в 1, а при останалите — нормален брой; в 7 — с олевяване, в 3 — с лимфоцитоза. Ео и Мо бяха нормални. Силно ускорена РУЕ, често над 100 мм за 1-ия час имаше при 9 болни, а нормална — само при 1. При 6 болни уробилиногенът в урината бе увеличен (в част от тях — при сърдечна декомпенсация). В храчките се установи разнообразна флора: в 10 случая — алфа-хемолитичен стрептокок, в 4 — пневмокок, в 4 — *Bact. coli*, в 4 — златист нехемолитичен стафилокок, в 3 — кандиди, в 2 — златист бета-хемолитичен стафилокок, в 1 — *Bact. proteus*, в 1 — *Bact. pyocianus* и др. От лечението с пеницилин-стрептомицин РУЕ бързо се подобри, в единични случаи — малко по-бавно. Пълна резорбция на инфилтратата настъпи при всички болни.

К а н д и д о м и к о з а

От 32 болни, в храчките на които се изолираха кандиди, само при 1 имаше кандидомикозна пневмония с основно заболяване дерматомиозит и аспирационна бронхопневмония. При болната се установиха кандиди и в хемокултурата. Заболяването протече тежко, с висока температура, левкоцитоза и завърши с екзитус леталис. Диагнозата се потвърди на аутопсия. При болната не бяха прилагани предварително антибиотици продължително време.

Б а к т е р и а л н и п н е в м о н и и

В предишна наша публикация съобщихме, че в нашия материал се намери рязко намаляване броя на случаите с крупозна пневмония — 5% от всички остри пневмонии (5). В проучените клинично 90 болни с бактериална пневмония при 21 е имало основно заболяване белодробно сърце, 5 — с декомпенсирана миокардиосклероза, 4 — с декомпенсирано сърдечни пороци, 4 — с хроничен пиелонефрит, 4 — с хипертонична болест, 4 — със захарен диабет и др. В $\frac{2}{3}$ от случаите началото на пневмонията е било постепенно. Остро начало се отбелязва при случаите с крупозна пневмония или с плевропневмония. В $\frac{1}{2}$ от случаите е имало втрисане, в $\frac{2}{3}$ — висока температура. При 77 случая се установява кашлица с оскъдна експекторация, в 20 от тях — с кръв в храчките. Бодежи са намирани в $\frac{2}{3}$ от болните. Също в $\frac{2}{3}$ се установяват притъпление, влажни хрипове, в $\frac{1}{3}$ — сухи хрипове. Повишената температура се задържаеше обикновено 2—3 дни, често само 1 ден, с критично спадане.

Таблица 1

Разпределение по възраст и етиология

Етиология	14—20	21—30	31—40	41—50	51—60	61—70	71—80	Всичко
1 Грип	—	—	2	—	2	3	1	8
2 ПАП	—	—	2	2	—	1	—	5
3 Орнитоза	—	4	—	—	1	—	—	5
4 Ку-треска	1	3	4	4	4	2	1	19
5 Кандидоза	1	—	—	—	—	—	—	1
6 Бактериални	12	8	17	13	20	15	5	90
Всичко	14	15	25	19	27	21	7	128

Таблица 2

Разпределение по пол

Вид на пневмонията	Мъже	Жени	Всичко
1 Грип	7	1	8
2 ПАП	3	2	5
3 Орнитоза	3	2	5
4 Ку-треска	14	5	19
5 Кандидоза	—	1	1
6 Бактериални	55	35	90
Всичко	82	46	128

21 болни бяха афебрилни. В 3 случая липсваха физикални данни. При 7 болни се появи плеврален излив, а при 1 — белодробно абсцедиране. В почти $\frac{1}{3}$ се установи левкоцитоза (максимална стойност 41 600 левкоцита при възрастен болен с конфлуираща бронхопневмония, завършил летално). В $\frac{2}{3}$ от болните левкоцитите бяха нормални и само при 3 — левкопения. При 40 — олевяване, при 36 — лимфопения и при 8 — лимфоцитоза. При всички болни с изключение на 4 случая имаше ускорена РУЕ, при това в $\frac{2}{3}$ от случаите много силно — над 70 мм за 1-ия час. В болшинството от случаите след 10-дневно лечение с пеницилин-стрептомицин настъпи пълна резорбция на инфилтратата, по-бавно се нормализираше РУЕ.

В 7-те случая с крупозна пневмония клинично преобладаваха класическите симптоми: остро начало с втрисане, висока температура, бодежи в гърдите, ръждиви храчки. Само в 1 случай началото бе постепенно, с пневмокок и златист стафилокок в храчките. Обективната находка обаче в $\frac{1}{2}$ от случаите бе нехарактерна — липса на бронхиално дишане. След обичайното лечение всички болни от крупозна пневмония завършиха с пълно оздравяване.

В 30 случая етиологията не можа да се установи поради отрицателни серологични изследвания, липса на характерна бактериална флора в храч-

ките или стерилни храчки. Възможно е да се е касаело за други вирусни пневмонии, но клиничното им протичане не се отличаваеше съществено от това на бактериалните пневмонии.

Изводи

1. Особеност на грипните пневмонии в извънепидемична обстановка е липсата на характерните за грип оплаквания. Установен е случай с крупозна грипна пневмония; случай с кръгъл инфилтрат. Като усложнения са установени миокардит и плеврит.

2. В клиниката на ПАП не се установяват различия от известните в литературата данни освен наличието на абсцедиране в един случай. Серологичните проби за луес са били отрицателни.

3. Всички случаи с орнитозна пневмония са протекли с висока температура, втрисане, кашлица и са оздравявали без усложнения. В един от случаите пневмонията е имала крупозен характер.

4. Болните от пневмония при Ку-треска често имат двустранна локализация, в почти всички случаи със засягане на дясната основа. Често е установявана Ку-треска при декомпенсирани сърдечно болни. В един случай е установен крупозен характер на пневмонията. Като усложнения са установявани: плеврит, мигриращ тромбофлебит, панкардит.

5. Кандидомикозните пневмонии са редки.

6. При бактериалните пневмонии се установява голямо намаление на крупозната пневмония — в 5% от острите пневмонии, нехарактерна физикална находка при тези болни. При бактериалните бронхопневмонии е характерно доброкачественото им протичане, често наличие само на субфебрилна температура или афебрилитет, често липса на левкоцитоза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горбанов, П. Пневмонии. Медиц. и физкултура, София, 1964, стр. 176.
2. Горбанов, П., Ст. Николов. Болести на дихателната система, п/р Ионков, Ив., Ст. Тодоров. Медиц. и физкултура, София, 1965, стр. 852.
3. Молчанов, Н. С. Острые пневмонии, Медицина. Ленинград, 1965, стр. 208.
4. Разбойников, Св., П. Панайотов, Д. Ненов, Г. Каприелян, Х. Капонов, В. Гърдевска. — *Научни трудове на ВМИ — Варна*, т. IV, св. 3, 1965 (под печат).
5. Разбойников, Св., П. Панайотов, Д. Ненов, Р. Маринова, Х. Капонов, А. Панайтова, М. Мирчев. — *Научни трудове на ВМИ — Варна*, т. IV, св. 3, 1965 (под печат).
6. Тодоров, Ст. Диференциална диагноза при туберкулозата на органите на дишането. Медиц. и физкултура, София, 1965, 262.
7. Юруков, Б., П. Миронов, Л. Томов, Ал. Попов. Диференциална диагноза на вътрешните болести. Медиц. и физкултура, София, 1964, стр. 568.

О НЕКОТОРЫХ КЛИНИЧЕСКИХ И ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЯХ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЙ В ВАРНЕ

Св. Разбойников, Дим. Ненов, Ив. Стаменов, Х. Капонов, Хр. Христозов,
Зл. Златанов — Клиника внутренних болезней

П. Панайотов, Г. Капрелян, Р. Маринова, В. Гырдеvsка, А. Панайотова,
М. Мирчев — Кафедра микробиологии

РЕЗЮМЕ

Описываются клинические этиологические особенности 158 больных с острой пневмонией: 90 из них с бактериальной этиологией, 19 — с Ку-лихорадкой, 8 — с гриппом, 5 — с орнитозом, 5 — с ПАП, 1 — с кандидомикозом легких и 30 — с неуточненной этиологией. Отмечается редкое обнаружение круппозной пневмонии (в 5% случаев острой пневмонии), отсутствие характерной физической находки у этих больных, наличие случаев круппозной пневмонии при гриппе, орнитозе и Ку-лихорадке. Характерным является доброкачественное течение острых пневмоний. Обнаружены лишь единичные случаи осложнений: миокардит и плеврит — при гриппозных пневмониях; абсцедирование — при ПАП; плеврит, мигрирующий тромбофлебит, панкардит — при Ку-лихорадке. Легочный кандидомикоз установлен редко.

CONSIDERATIONS ON THE CLINICAL AND ETIOLOGICAL CHARACTERISTIC FEATURES OF ACUTE PNEUMONIAE IN VARNA

Sw. Razboynikov, Dim. Nenov, Iv. Stamenov, H. Kaponov, Hr. Hristosov
and Zl. Zlatunov — Clinic for Internal Diseases

C. Panayotov, G. Kapreljan, R. Marinova, V. Gardevska, A. Panayotova
and M. Mirchev Chair of Microbiology

SUMMARY

Description is made of the clinical and etiological characteristic features in 158 patients with acute pneumonia: 90 of the total present bacterial etiology, Q-fever — 19, gripe — 8, ornithosis — 5, PAP — 5, pulmonary candidomycosis — 1 and 30 cases with unspecified etiology. Emphasis is laid on the rather seldom occurrence of croupous pneumonia (in 5 per cent of the acute pneumonia cases), on the absence of characteristic physical findings in these patients and on the presence of cases with croupous pneumonia in gripe conditions, ornithosis and Q-fever. The benign course of the acute pneumonia is characteristic. The sporadic complications encountered are the following: myocarditis and pleuritis — in gripe pneumonia; abscess — in PAP; pleuritis, migrating thrombophlebitis; pancarditis — in Q-fever. Pulmonary candidomycosis is an extremely rare finding.