

Диагностика пневмонии у больного с высокогорным острым отеком легких

А.Ш. Сарыбаев, А.М. Марипов, К. Муратали уулу, М.Б. Чолпонбаева, Н.А. Кушубакова, А.С. Сыдыков

Национальный центр кардиологии и терапии им. акад. М. Миррахимова, Бишкек, Кыргызская Республика

Аннотация

Высокогорный острый отек легких (ВООЛ) является относительно редкой формой высокогорных заболеваний, однако, при неоказании своевременной квалифицированной медицинской помощи может приводить к летальному исходу. В то же время симптомы ВООЛ крайне неспецифичны и многие состояния могут имитировать его. В настоящей статье мы представляем случай ошибочного диагностирования пневмонии у больного с ВООЛ. На основе этого случая обсуждаются проблемы предупреждения и оказания первой медицинской помощи при данной форме заболевания.

Ключевые слова: высокогорный острый отек легких, пневмония, ошибочная диагностика.

Для цитирования: Сарыбаев А.Ш., Марипов А.М., Муратали уулу К. и др. Диагностика пневмонии у больного с высокогорным острым отеком легких. Терапевтический архив. 2019; 91 (3): 68–70. DOI: 10.26442/00403660.2019.03.000151

High altitude pulmonary edema misdiagnosed as pneumonia

A.Sh. Sarybaev, A.M. Maripov, K. Muratali Uulu, M.B. Cholponbaeva, N.A. Kushubakova, A.S. Sydykov

National Center of Cardiology and Internal Medicine, Bishkek, Kyrgyzstan

High altitude pulmonary edema (HAPE) is a relatively rare form of high altitude illness. However, without immediate treatment, HAPE is fatal. Furthermore, HAPE is characterized by non-specific signs and symptoms, and many clinical conditions may mimic it. In the present article, we report a case of HAPE misdiagnosed as pneumonia. We also discuss the issues of prevention and early treatment options in this illness.

Keywords: high altitude pulmonary edema, pneumonia, misdiagnosis.

For citation: Sarybaev A.Sh., Maripov A.M., Muratali Uulu K., et al. High altitude pulmonary edema misdiagnosed as pneumonia. Therapeutic Archive. 2019; 91 (3): 68–70. DOI: 10.26442/00403660.2019.03.000151

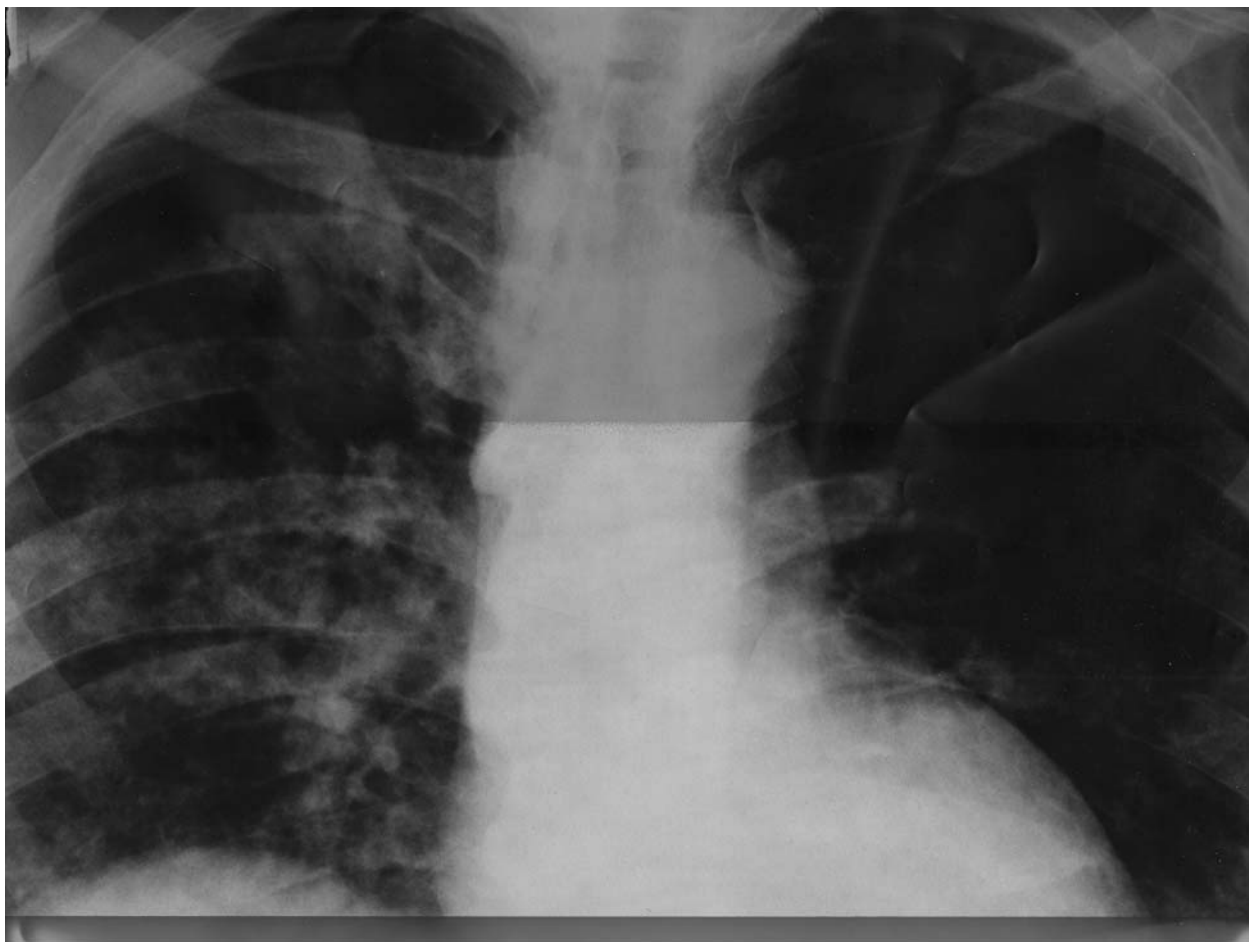
ВООЛ – высокогорный острый отек легких

У неакклиматизированных лиц, быстро поднимающихся на высоты свыше 2500 м, часто развиваются высокогорные заболевания [1].

У большинства людей развивается острая горная болезнь различной степени выраженности, часто не представляющая серьезной опасности для здоровья. Высокогорный острый отек легких (ВООЛ) является относительно редкой формой высокогорных заболеваний, однако, при неоказании своевременной квалифицированной медицинской помощи может приводить к летальному исходу. В то же время симптомы высокогорных заболеваний крайне неспецифичны и многие состояния могут имитировать высокогорные заболевания [2]. В настоящей статье мы представляем случай ошибочного диагностирования пневмонии у больного с ВООЛ.

Мужчина Л., 60 лет, постоянно проживающий на уровне моря, решил впервые в жизни подняться в горы на охоту (Тянь-Шань, Кыргызстан). После прибытия в Бишкек, расположенный на высоте 760 м над уровнем моря, он отправился вместе с друзьями в горы (свыше 3200 м над уровнем моря). В тот же день в горах он почувствовал головную боль и небольшой кашель, вначале сухой, а затем со слизистой мокротой. Кашель постепенно усиливался, повысилась температура тела до 38,5°C, появилась слабость и одышка при физической нагрузке. Следуя рекомендации врача, одного из сопровождавших его друзей, больной начал принимать антибиотики в связи с подозрением на пневмонию. К вечеру того же дня усилилась слабость, беспорядочная одышка при малейшей физической нагрузке. В связи с ухудшением состояния больной был срочно эвакуирован вертолетом в Бишкек и госпитализирован в наше отделение. При расспросе больной отметил значительное улучшение самочувствия после эвакуации на низкоегорье. При объективном осмотре выслушивались незначительные влажные хрипы в легких больше справа и отмечалось незначительное снижение сатурации кислорода до 93%. Результаты рутинных лабораторных исследований были в норме. Эхокардиографическое исследование не выявило структурных и функциональных изменений со стороны сердца, за исключением незначительного повышения легочного артериального давления. Рентгенография органов грудной клетки обнаружила неомогенное затемнение в легких с обеих сторон за счет альвеолярного отека, больше выраженного справа (см. рисунок). Больному установлен диагноз ВООЛ и назначены ингаляции кислорода. Через два дня в связи с полным выздоровлением больной выписан домой.

Правильно организованный процесс акклиматизации является самым эффективным методом с целью предотвращения или уменьшения тяжести высокогорных заболеваний [1]. Для успешной акклиматизации рекомендуется постепенный или ступенчатый подъем с первой ночевкой на высоте не выше 2400 м [3]. Больной, всю жизнь проживший на уровне моря, не был осведомлен о важности процесса акклиматизации. Поэтому он, не пройдя полную



Рентгенограмма органов грудной клетки больного с ВООЛ.

акклиматизацию на промежуточной высоте, в первый же день поднялся на высоту свыше 3000 м, что в сочетании со значительными физическими нагрузками могло спровоцировать развитие ВООЛ. Клиническая картина ВООЛ может напоминать многие другие состояния и заболевания, не связанные с высокогорьем. К тому же в горах вдали от медицинских учреждений дифференциальная диагностика усложняется отсутствием необходимой медицинской аппаратуры. Примечательно, что в ранней литературе о восхождениях в горы, когда еще ничего не было известно о высокогорных заболеваниях, описывается немало историй о людях, умерших от «пневмонии» или «сердеч-

ной недостаточности» [4]. При ретроспективном анализе многие из этих фатальных случаев, если не большинство, были, вероятно, обусловлены ВООЛ [5]. Однако и в современной литературе можно встретить немало описаний случаев трудного дифференциального диагноза на высокогорье, что подчеркивает актуальность проблемы [6–8].

При тяжелых формах высокогорных заболеваний незамедлительная эвакуация больного на низкоегорье является единственно эффективной мерой помощи и даже незначительный спуск на несколько сотен метров может значительно улучшить состояние больных [9]. Поэтому при оказании медицинской помощи больным на высокогорье необходимо придерживаться следующих правил: любое заболевание, возникшее в горах, следует рассматривать как высокогорное заболевание до тех пор, пока не будет установлен верный диагноз; больных, у которых нет эффекта от медикаментозной терапии и при ухудшении состояния, следует эвакуировать на меньшую высоту; при первых признаках развития ВООЛ больных следует немедленно эвакуировать на меньшую высоту.

Сведения об авторах:

Маринов Абдирашит Маматисакович – к.м.н., в.н.с. отд-ния горной медицины, легочных гипертензий и медицины сна; ORCID: 0000-0003-2175-0241

Муратали уулу Кубатбек – м.н.с. отд-ния горной медицины, легочных гипертензий и медицины сна; ORCID: 0000-0002-9215-9515

Чолпонбаева Мээрим Бакытбековна – м.н.с., отд-ния горной медицины, легочных гипертензий и медицины сна; ORCID: 0000-0001-9274-459X

Кушубакова Надира Асанбековна – м.н.с. отд-ния горной медицины, легочных гипертензий и медицины; ORCID: 0000-0001-6874-7125

Сыдыков Акылбек Сагынбаевич – PhD, н.с. отд-ния горной медицины, легочных гипертензий и медицины сна; ORCID: 0000-0002-8122-7033

Контактная информация:

Сарыбаев Акпай Шогаилович – зав. отд-нием горной медицины, легочных гипертензий и медицины сна Национального центра кардиологии и терапии им. акад. М. Миррахимова; тел.: +(9965)557-822-37; e-mail: ak_sar777@mail.ru; ORCID: 0000-0003-2172-9776

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Luks AM, McIntosh SE, Grissom CK, Auerbach PS, Rodway GW, Schoene RB, Zafren K, Hackett PH. Wilderness medical society practice guidelines for the prevention and treatment of acute altitude illness: 2014 update. *Wilderness Environ Med.* 2014;25:4-14. doi: 10.1016/j.wem.2014.06.017
2. Theis MK, Honigman B, Yip R, McBride D, Houston CS, Moore LG. Acute mountain sickness in children at 2835 meters. *Am J Dis Child.* 1993;147:143-5. doi: 10.1001/archpedi.1993.02160260033017
3. Hackett PH, Rennie D, Levine HD. The incidence, importance, and prophylaxis of acute mountain sickness. *Lancet.* 1976;2:1149-55. doi: 10.1016/S0140-6736(76)91677-9
4. Hackett PH, Roach R, Sutton JR. High altitude medicine. In: Auerbach PS, Geehr EC, eds. Management of wilderness and environmental emergencies 2nd ed. St. Louis, MO: C.V. Mosby, 1989:1-34.
5. Houston CS. Acute pulmonary edema of high altitude. *N Engl J Med.* 1960;263:478-80. doi: 10.1056/nejm196009082631003
6. Basnyat B, Sill D, Gupta V. Myocardial infarction or high-altitude pulmonary edema? *Wilderness Environ Med.* 2000;11:196-8. doi: 10.1580/1080-6032(2000)011[0196:MIOHAP]2.3.CO;2
7. Shlim DR, Papenfus K. Pulmonary embolism presenting as high-altitude pulmonary edema. *Wilderness Environ Med.* 1995;6:220-4. doi: 10.1580/1080-6032(1995)006[0220:pepaha]2.3.co;2
8. Goebbels K, Gieseler U, Schoffl V, Kupper T. Cough and dyspnoea of an asthmatic patient at mt. Kilimanjaro: A difficult differential diagnosis. *Travel Med Infect Dis.* 2010;8:22-8. doi: 10.1016/j.tmaid.2009.11.001
9. Luks AM, McIntosh SE, Grissom CK, Auerbach PS, Rodway GW, Schoene RB, Zafren K, Hackett PH. Wilderness medical society consensus guidelines for the prevention and treatment of acute altitude illness. *Wilderness Environ Med.* 2010;21:146-55. doi: 10.1016/j.wem.2010.03.002

Поступила 14.11.2018