

Cardiorenal and renocardiac syndromes

A.P.KAZMIRCHUK, G.V.MIASNIKOV, L.L. SYDOROVA

Summary. We present a literature review dedicated to the problem of cardiorenal syndrome. The classification, which reflects heterogeneity state depending on the primary/secondary disease of the heart/kidneys, is discussed as well as possibility of differential approach to the treatment of different cardiorenal syndrome types.

Keywords: *cardiorenal syndrome, renocardiac syndrome.*

УДК 364.266:[616.24-002-06.616.12-008.46-036.1]

Динамика симптомов внебольничной пневмонии и качество жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью и без нее при использовании разных режимов антибактериальной терапии

А.Н. КОРЖ, В.И. БЕРЕЗНЯКОВ

Резюме. У 77 пациентов с внебольничной пневмонией и хронической сердечной недостаточностью, получавших антибиотики по поводу внебольничной пневмонии в виде ступенчатой терапии (40 чел.) или парентерально в течение всего курса (37 больных), и у 22 пациентов с внебольничной пневмонией без хронической сердечной недостаточности, получавших ступенчатую терапию, с помощью опросников «Шкала оценки внебольничной пневмонии» и CAP-Sym-12 изучена динамика симптомов внебольничной пневмонии и качества жизни. У больных с не-тяжелой внебольничной пневмонией и сопутствующей хронической сердечной недостаточностью ступенчатая антибактериальная терапия не уступает по эффективности парентеральному введению антибиотиков в течение всего периода лечения. Исходные различия в тяжести респираторных симптомов, более выраженных у пациентов с сопутствующей хронической сердечной недостаточностью, чем без нее, исчезают через неделю эффективной ступенчатой антибактериальной терапии.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, хроническая сердечная недостаточность, опросники, ступенчатая терапия.

Отличительной особенностью современной клиники внутренних болезней является наличие у одного и того же больного двух и более заболеваний внутренних органов. Наибольшую актуальность коморбидная патология приобретает в случаях сочетания заболеваний, имеющих важное медико-социальное значение – таких как внебольничная пневмония (ВП) и хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Наличие ХСН, хрони-

ческого обструктивного заболевания легких, хронической почечной недостаточности, болезней печени, иммунодефицитных состояний способствуют возникновению ВП [1]. В свою очередь, возникновение ВП приводит к возникновению или усугублению ХСН примерно у каждого седьмого пациента в течение ближайшего месяца (размах колебаний, по данным многочисленных исследований, составляет от 7 до 33%) [2, 3]. Исходы ВП хуже при наличии сопутствующих заболеваний [4, 5].

Заболевания легких (инфекционные и неинфекционные) – основная причина некардиальной смертности у больных с ХСН, как непосредственной, так и обусловленной сопутствующими заболеваниями [6]. Негативное влияние ХСН на прогноз у больных с ВП нашло отображение во многих прогностических шкалах [6]. Так, ХСН является одним из компонентов прогностической шкалы PSI (Pneumonia Severity Index) [7], которая используется как для решения вопроса о месте лечения больных с ВП (амбулаторно или в стационаре), так и для оценки риска неблагоприятного исхода [8].

Одним из способов сокращения длительности пребывания больного в стационаре и расходов на оказание медицинской помощи при сохранении высокой клинической эффективности терапии является ступенчатая терапия, которая представляет собой двухэтапное применение антиинфекционных препаратов с переходом с парентерального на непарентеральный (как правило, пероральный) путь введения в возможно более короткие сроки с учетом клинического состояния пациента [9]. Для оценки динамики симптомов ВП в последние годы широко применяют специальные опросники.

Целью настоящего исследования явилось изучение динамики симптомов пневмонии посредством использования опросников «Шкала оценки внебольничной пневмонии» (ШОВП) и CAP-Sym-12 у больных с ВП в сочетании с ХСН, получавших по поводу пневмонии традиционную (парентеральную в течение всего периода пребывания в стационаре) или ступенчатую антибактериальную терапию (АБТ).

Материал и методы

Под наблюдением находилось 99 больных с нетяжелой ВП в возрасте от 42 до 73 лет, которые были распределены в 3 группы. В 1-ю (основную) группу вошли 40 пациентов с ВП и ХСН, получавшие ступенчатую АБТ по поводу ВП. Вторую группу составили 37 больных с ВП и ХСН, которым антибиотики для лечения ВП назначали парентерально в течение всего курса АБТ. В 3-ю группу вошли 22 пациента с изолированной ВП, получавшие ступенчатую АБТ.

Диагноз ВП устанавливали в соответствии с «Протоколом оказания помощи больным с внебольничной и нозокомиальной пневмонией у взро-

слых», введенным в действие приказом Министерства здравоохранения Украины от 19.03.2007 № 128 [10].

Основными критериями диагноза ВП являются наличие очаговой инфильтрации легочной ткани по данным рентгенологического исследования и не менее 2 из нижеперечисленных признаков:

- острое начало заболевание с температурой тела $\geq 38^{\circ}\text{C}$;
- кашель с отхождением мокроты;
- притупление перкуторного звука, ослабленное, жесткое, бронхиальное дыхание, фокус звонких мелкопузырчатых хрипов и/или крепитация;
- лейкоцитоз (более $10\cdot10^9/\text{л}$) или повышение доли палочкоядерных нейтрофильных лейкоцитов $>10\%$.

Верификацию ХСН производили на основании клинико-анамnestического (инфаркт миокарда в анамнезе и т. д.) и лабораторно-инструментальных исследований, рекомендованных Украинским обществом кардиологов (2008–2011 гг.), «Протоколом оказания помощи больным с ХСН», введенным в действие приказом Министерства здравоохранения Украины от 03.07.2006 № 436. У большинства обследованных для подтверждения ХСН проводили измерение плазменных концентраций терминального фрагмента мозгового натрийуретического пептида (NTpro-BNP).

Функциональный класс (ФК) ХСН определяли в соответствии с классификацией Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA, 1964 г.). В исследование не включали больных с тяжелой ВП, ХСН I и IV ФК, а также младше 18 лет. К другим критериям исключения относились отказ от госпитализации и участия в исследовании, заболевание нозокомиальной - пневмонией, наличие бронхэктазов, эмпиемы плевры, деструкции/абсцесса легких на рентгенограмме, туберкулеза, злокачественных новообразований, диффузных болезней соединительной ткани, тяжелых заболеваний печени и почек, анамнестических указаний на острое нарушение мозгового кровообращения или инфаркт миокарда в предшествующие 3 мес., травматического поражения центральной нервной системы, психических заболеваний, наркомании, алкоголизма, синдрома приобретенного иммунодефицита.

Все больные обследованы в соответствии с общепринятым планом: сбор жалоб, анамнеза, объективное исследование, лабораторные (клинические анализы крови и мочи, биохимические исследования крови) и инструментальные исследования (рентгенография органов грудной клетки (ОГК), электрокардиография (ЭКГ) и эхокардиография (эхоКГ)).

Микробиологическое исследование мокроты не относится к обязательным элементам обследования больных с нетяжелой ВП, поэтому оно не производилось, за исключением случаев, когда имелись основания подозревать специфическое поражение легких (туберкулез).

Рентгенологическое исследование ОГК проводили в прямой и боковой проекциях в день госпитализации (день «0») и через 7 ± 1 сут. от начала лечения, при необходимости – через 12 ± 2 и 17 ± 2 сут. от начала терапии. Оценивали наличие изменений, характерных для ВП, локализацию и объем поражения легких, динамику изменений под влиянием АБТ.

Динамику симптомов ВП оценивали с помощью опросников Cap-Sym-12 и «Шкала оценки внебольничной пневмонии» (ШОВП), динамику показателей качества жизни (КЖ) во время пребывания в стационаре – с помощью «шкалы самочувствия» опросника ШОВП. Больных опрашивали в день «0», через 48–72 ч и через 7 ± 1 день после начала АБТ. Пациенты отвечали на вопросы самостоятельно или с помощью лечащего врача.

Опросник Cap-Sym-12 был разработан на английском языке и переведен на 12 языков, включая русский, валидизирован и протестируирован в международном многоцентровом исследовании [11]. Он позволяет измерять 12 связанных с ВП симптомов: кашель, боль в груди, одышку, потливость, озноб, головную боль, тошноту, боль в животе, отсутствие аппетита, способность сосредоточиваться, бессонницу, усталость. Больных просили самостоятельно или с помощью врача оценить, насколько в течение последних 24 ч их беспокоил каждый из симптомов с помощью 6-уровневой шкалы Likert (0 – симптом отсутствовал, 1 – симптом не беспокоил, 2 – беспокоил незначительно, 3 – беспокоил умеренно, 4 – действительно беспокоил, 5 – беспокоил очень сильно). Все 12 пунктов оцениваются по Cap-Sym-шкале (ранжирование от 0 до 80), где высокие значения указывают на худшие проявления заболевания.

Опросник ШОВП переведен и валидизирован на русском языке сотрудниками кафедры терапии Харьковской медицинской академии последипломного образования (ХМАПО) [12]. Он позволяет оценить 8 связанных с ВП симптомов (наличие и выраженность одышки, наличие и выраженность кашля, наличие и характер мокроты, легкость ее отхаркивания) и 2 симптома КЖ пациента (считает ли он себя здоровым и общее состояние здоровья), ранжированных с помощью шкалы Likert. Ответы больных рассчитывались с помощью шкал опросника ШОВП: индекс ВП, респираторная шкала и шкала самочувствия. Опросник ШОВП был разработан для оценки динамики связанных с ВП симптомов у госпитализированных больных с нетяжелыми ВП. Низкие показатели шкалы указывают на более тяжелую симптоматику.

Результаты исследования и их обсуждение

Группы обследованных были сопоставимы по полу и возрасту (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

Показатель	1-я группа (ВП + ХСН, ступенчатая терапия), <i>n</i> =40	2-я группа (ВП + ХСН, традиционное лечение), <i>n</i> =37	3-я группа (ВП, ступенчатая терапия), <i>n</i> =22
Средний возраст, лет	58,8±0,8	59,1±1,0	56,5±1,4
Пациенты старше 65 лет, <i>n</i> (%)	3 (7,5)	6 (16,2)	1 (4,6)
Мужчины, <i>n</i> (%)	15 (37,5)	18 (48,7)	9 (40,9)
Женщины, <i>n</i> (%)	25 (62,5)	19 (51,4)	13 (59,1)

Больные основной и 2-й групп были сопоставимы по тяжести ХСН (табл. 2). У всех пациентов 3-й группы ХСН отсутствовала. Очаговая инфильтрация легочной ткани по данным рентгенологического исследования ОГК имела место у всех обследованных.

Таблица 2

Распределение больных в зависимости от стадии и функционального класса сердечной недостаточности

Показатель	1-я группа, <i>n</i> (%)	2-я группа, <i>n</i> (%)	3-я группа
I стадия	18 (45)	12 (32,3)	0
IIА стадия	22 (55)	25 (67,6)	0
II ФК	34 (85)	28 (75,7)	0
III ФК	6 (15)	9 (24,3)	0

Распределение больных в зависимости от АБТ представлено в табл. 3. Большинство пациентов основной и контрольных групп получали стартовую комбинированную АБТ, преимущественно β -лактамом и макролидом. Если сначала назначалась монотерапия, она также чаще всего проводилась β -лактамным антибиотиком.

В основной группе по сравнению со 2-й чаще назначалась стартовая комбинированная АБТ, в то время как во 2-й – монотерапия, однако в обоих случаях различия не достигли статистической значимости ($p<0,1$). При этом монотерапия фторхинолонами во 2-й группе проводилась статистически значимо чаще, чем в основной ($p<0,05$). АБТ больных основной группы не отличалась от таковой у пациентов 3-й группы.

Таблица 3

**Распределение больных
по особенностям антибактериальной терапии**

Режим терапии	1-я группа, <i>n</i> (%) (<i>n</i> =40)	2-я группа, <i>n</i> (%) (<i>n</i> =37)	3-я группа, <i>n</i> (%) (<i>n</i> =22)
Монотерапия			
• β-лактамами	11 (27,5)	17 (46,0)	6 (27,3)
• фторхинолонами	10 (25,0)	11 (29,7)	4 (18,2)
• макролидами	—	4 (10,8)	2 (9,1)
	1 (2,5)	2 (5,4)	—
Комбинированная терапия	29 (72,5)	20 (54,1)	16 (72,7)
• β-лактам + макролид	17 (42,5)	13 (35,1)	14 (63,6)
• β-лактам + фторхинолон	10 (25,0)	7 (18,9)	1 (4,6)
• β-лактам + макролид + фторхинолон	2 (5,0)	—	1 (4,6)

Изучение динамики симптомов ВП (индекс ВП и респираторная шкала опросника ШОВП) и КЖ (шкала самочувствия опросника ШОВП) позволило сделать вывод об отсутствии различий у больных основной и 2-й групп (табл. 4). При сравнении показателей опросника ШОВП у пациентов с ВП, получавших ступенчатую терапию, установлены следующие различия. До начала АБТ индекс ВП и показатели респираторной шкалы у лиц без ХСН превышали таковые у больных основной группы. С другой стороны, различия в показателях шкалы самочувствия на этом этапе отсутствовали. Через 48–72 ч от начала АБТ показатели всех трех шкал у больных с изолированной ВП превышали таковые у пациентов с сопутствующей ХСН. Через 7 ± 1 день от начала АБТ у лиц с изолированной ВП показатели индекса ВП и шкалы самочувствия были выше таковых в основной группе, в то время как различия в показателях респираторной шкалы исчезали ($p<0,1$).

Таким образом, возникновение острого заболевания (пневмония) оказывает выраженное негативное влияние на КЖ больных, на что указывает отсутствие различий в показателях шкалы самочувствия у больных с сопутствующей ХСН и без нее. При этом симптоматика ВП тяжелее у пациентов с сопутствующей ХСН, о чем свидетельствуют более низкие показатели респираторной шкалы и, за ее счет, индекса ВП в основной группе. Отчасти это можно объяснить большей распространенностью и выраженностю одышки у больных с сопутствующей ХСН (до начала АБТ у 92,5% у пациентов основной группы по сравнению с 22,7% в контрольной,

$p<0,05$) – симптома, который анализируется в опроснике ШОВП и характерен как для пневмонии, так и для ХСН.

Эффективность стартовой АБТ оценивают через 48–72 ч. от ее начала по снижению температуры тела, уменьшению признаков интоксикации, улучшению других клинических и лабораторных показателей. В эти сроки самочувствие и состояние большинства больных с ВП существенно улучшается. Это нашло отражение в динамике показателей всех шкал во всех обследованных группах – они статистически значимо превышали аналогичные показатели в день «0» ($p<0,01$ по критерию Вилкоксона). При этом показатели и респираторной шкалы, и шкалы самочувствия у больных 3-й группы превышали таковые в основной группе. Появление различий в показателях шкалы самочувствия можно объяснить снижением негативного влияния острого заболевания (пневмонии) на КЖ пациентов в результате эффективной АБТ, в то время как на первый план в основной группе выходит долгосрочное негативное влияние на КЖ сопутствующей ХСН. Заслуживает быть отмеченной и высокая статистическая значимость выявленных различий, наибольшая именно в данный промежуток времени. В результате индекс ВП, интегрирующий в себе параметры обеих шкал, у больных 3-й группы существенно превышал таковой в основной группе.

Длительность АБТ нетяжелых ВП составляет обычно 7–10 дней. Завершение АБТ не является синонимом выздоровления (которое, по сути, представляет собой клиническое суждение), но, как правило, происходит после наступления существенного клинического улучшения. Это также нашло отражение в динамике показателей всех шкал во всех обследованных группах – они статистически значимо превышали аналогичные показатели не только в день «0», но и через 48–72 ч. от начала АБТ ($p<0,01$ по критерию Вилкоксона). Полученные нами данные свидетельствуют об исчезновении различий в показателях респираторной шкалы между пациентами основной и 3-й групп (хотя отмечается отчетливая тенденция к лучшему со стороны больных с изолированной ВП, $p=0,056$). В то же время между этими группами сохраняются статистически значимые различия в показателях шкалы самочувствия (опять-таки в силу негативного воздействия сопутствующей ХСН на КЖ), и на сей раз различия в индексе ВП обусловлены именно этой шкалой.

Динамика симптомов ВП изучена также с помощью другого опросника – CAP-Sym-12. Полученные результаты (табл. 5) совпадают с представленными выше. Различия в динамике респираторных симптомов у больных с ВП и сопутствующей ХСН отсутствовали в течение всего периода наблюдения вне зависимости от того, получали они по поводу ВП ступенчатую терапию (основная группа) или антибиотики парентерально в течение

Таблица 4

Показатели опросника «Шкала оценки внебольничной пневмонии» в динамике в период лечения больных с внегоспитальной пневмонией в стационаре

Показатели, M±m	1-я группа, n=40	2-я группа, n=37	3-я группа, n=22	p ₁₋₂	p ₁₋₃
День «0»					
Индекс ВП	29,7±2,1	28,4±2,3	38,3±3,0		<0,05
Респираторная шкала	35,5±2,9	35,3±3,3	44,8±4,2		<0,05
Шкала самочувствия	19,8±2,2	20,6±2,7	24,2±2,3		
Через 48–72 ч.					
Индекс ВП	42,1±2,5	42,0 ±2,4	58,9±2,6		<0,01
Респираторная шкала	45,9±2,9	46,3±3,0	62,1±3,5		<0,01
Шкала самочувствия	40,1±2,5	40,5±2,3	52,1±2,7		<0,01
Через 7±1 день					
Индекс ВП	66,7±2,2	63,9±3,0	81,3±1,8		<0,01
Респираторная шкала	68,2±2,2	67,1±2,6	77,0±2,4		
Шкала самочувствия	70,6±2,8	70,7±2,8	86,1±3,5		<0,01

всего курса АБТ (2-я группа). Показатель опросника CAP-Sym-12 в 3-й группе был ниже, чем в основной, как в день «0», так и через 48–72 ч. от начала АБТ, что свидетельствует о меньшей выраженности респираторной симптоматики у лиц без сопутствующей ХСН; через 7±1 день от начала АБТ эти различия исчезали.

Таблица 5

Показатели опросника CAP-Sym-12 в динамике в период лечения больных с внебольничной пневмонией в стационаре

Показатели, M±m	1-я группа, n=40	2-я группа, n=37	3-я группа, n=22	p ₁₋₂	p ₁₋₃
День «0»	29,0 ±1,5	31,4±2,3	25,0±1,4		<0,05
Через 48–72 ч	21,3±0,9	21,2±0,9	14,9±0,8		<0,01
Через 7±1 день	9,4±0,5	10,4±0,7	8,0±0,5		

Эффективность лечения ВП оценивали через 12±2 дней от его начала. Положительный результат (выздоровление + улучшение) установлен у 85,0% больных основной группы, у 75,7% пациентов 2-й и 95,5% – 3-й групп (различия отсутствовали). Длительность АБТ и продолжительность стационарного лечения во всех группах также не различались.

Ступенчатая терапия представляет собой одну из технологий разумного использования антибиотиков. Согласно данным метаанализа ранней ступенчатой терапии, у госпитализированных больных со среднетяжелой и тяжелой ВП, под которой понимали перевод больных на прием антибиотиков внутрь спустя 2–4 сут от начала АБТ, она не уступала постоянной внутривенной терапии ни по клинической эффективности, ни по влиянию на смертность или частоту рецидивов, но при этом ассоциировалась с меньшей длительностью пребывания больных в стационаре и сопровождалась лучшей переносимостью [13].

Тем не менее существует немало барьеров на пути внедрения ступенчатой терапии у больных с ВП. В недавнем исследовании, посвященном этой проблеме, эти препятствия были разделены на связанные с пациентом и связанные с врачами [14]. К первым авторы отнесли высокий показатель по шкале CURB-65/ CRB-65 при поступлении (т. е. исходную тяжесть заболевания) и кислородотерапию, высокую лихорадку и высокую частоту дыханий в «день 3» (т. е. отсутствие клинической стабильности пациента в день предполагаемого перевода на прием антибиотиков внутрь). Факторы, связанные с врачами, авторы разделили на три группы: ошибочные представления (например, незнание рекомендаций, забывчивость); практические суждения (когда, например, «день 3» приходится на субботу или воскресенье); организационные факторы (например, случаи, когда мнение заведующего отделением расходится с мнением лечащего врача о целесообразности перевода больного на прием антибиотиков внутрь).

В нашем исследовании при сравнении эффективности ступенчатой терапии и парентерального введения антибиотиков в течение всего периода АБТ у больных с нетяжелой ВП и сопутствующей ХСН различий выявлено не было. Длительность самой АБТ, как и продолжительность пребывания больных в стационаре, также не различались. Переносимость обоих режимов лечения оказалась сопоставимой. Таким образом, установлено, что ступенчатая терапия нетяжелых ВП у больных с тяжелой соматической патологией (ХСН) не уступает по эффективности традиционному парентеральному введению антибиотиков.

Одновременно мы провели сравнение эффективности ступенчатой терапии у двух разных групп больных с ВП – с сопутствующей ХСН и без нее. Доли больных с положительным результатом лечения (выздоровление + улучшение) в обеих группах не различались. При этом и длительность АБТ, и продолжительность пребывания в стационаре больных с сопутствующей ХСН и без нее не различались. Таким образом, ступенчатая терапия эффективна как у больных с изолированной ВП, так и у лиц с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, например с ХСН.

Изучение динамики симптомов ВП с помощью опросников – сравнительно новый и нетрудоемкий подход к решению непростой клинической задачи [12]. В нашем исследовании подтверждена целесообразность использования таких опросников для отслеживания эволюции симптомов ВП как у отдельно взятого пациента, так и в группах больных.

Выводы

1. У больных с нетяжелой внебольничной пневмонией и сопутствующей хронической сердечной недостаточностью ступенчатая антибактериальная терапия не уступает по эффективности парентеральному введению антибиотиков в течение всего периода антибактериальной терапии и не влияет ни на ее длительность, ни на продолжительность пребывания больных в стационаре.
2. Частота положительных результатов вмешательства у больных с внебольничной пневмонией, получавших ступенчатую терапию, сопоставима у лиц с сопутствующей хронической сердечной недостаточностью и без нее.
3. Исходные различия в тяжести респираторных симптомов у пациентов с сопутствующей хронической сердечной недостаточностью и без нее (более выражены у больных с коморбидной патологией) исчезают через неделю эффективной антибактериальной терапии.
4. Возникновение острого заболевания (пневмонии) оказывает выраженное негативное влияние на качество жизни больных с сопутствующей хронической сердечной недостаточностью.
5. После недели антибактериальной терапии худшее качество жизни у больных с коморбидной патологией обусловлено долгосрочным воздействием сопутствующей хронической сердечной недостаточности.

Литература

1. Nair G.B. Community-acquired pneumonia: an unfinished battle / G.B. Nair, M.S. Niederman // Med. Clin. N. Am. – 2011. – № 95. – P. 1143–1161.
2. Myles P.R. Risk of community-acquired pneumonia and the use of statins, ACE inhibitors and gastric acid suppressants: a population-based case-control study / P.R. Myles et al. // Pharmacoepidemiol. Drug Saf. – 2009. – Vol. 18. – P. 269–275.
3. Corrales-Medina V.F. Acute pneumonia and the cardiovascular system / V.F. Corrales-Medina et al. // Lancet. – 2013. – Vol. 381. – P. 496–505.
4. Study of community-acquired pneumonia: incidence, patterns of care, and outcomes in primary and hospital care / A. Capelastegui et al. // J. Infect. – 2010. – Vol. 61. – P. 364–371.
5. Brar N.K. Management of community-acquired pneumonia: a review and update / N.K. Brar, M.S. Niederman // Ther. Adv. Respir. Dis. – 2011. – № 5. – P. 61–78.

6. A systematic assessment of causes of death after heart failure onset in the community: impact of age at death, time period, and left ventricular systolic dysfunction / D.S. Lee et al.] // Circ. Heart Fail. – 2011. – № 4. – P. 36–43.
7. A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia / M.J. Fine et al. // N. Engl. J. Med. – 1997. – № 336. – P. 243–250.
8. Defining community-acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study / Lim W.S. et al. // Thorax. – 2003. – № 58. – P. 377.
9. Страчунский Л.С. Ступенчатая терапия: новый подход к применению антибактериальных препаратов / Л.С. Страчунский, О.Л. Розенсон // Клин. фармакол. тер. – 1997. – № 4. – Р. 20–24.
10. Протокол надання медичної допомоги хворим на негоспітальну та нозокоміальну (госпітальну) пневмонію у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія. Затверджений наказом МОЗ України від 19.03.2007 № 128.
11. The community-acquired pneumonia symptom questionnaire: a new, patient-based outcome measure to evaluate symptoms in patients with community-acquired pneumonia / Lamping D.L. et al. // Chest. – 2002. – № 122. – P. 920–929.
12. Махаринська О.С. Застосування та валідизація короткого запитальника для хворих на негоспітальну пневмонію в Україні / О.С. Махаринська, М.М. Лебединська, І.Г. Березняков // Болезни и антибиотики. – 2012. – № 1 (6). – С. 51–58.
13. Early switch to oral treatment in patients with moderate to severe community-acquired pneumonia: a meta-analysis / Z. Athanassa et al. // Drugs. – 2008. – № 68. – P. 2469–2481.
14. Barriers to an early switch from intravenous to oral antibiotic therapy in hospitalized patients with CAP / M.F. Engel et al. // Eur. Respir. J. – 2013. – № 41. – № 1. – P. 123–130.

**Динаміка симptomів негоспітальної пневмонії та якість життя
у хворих із хронічною серцевою недостатністю та без неї
при використанні різних режимів антибактеріальної терапії**

О.М. КОРЖ, В.І. БЕРЕЗНЯКОВ

Резюме. У 77 пацієнтів із негоспітальною пневмонією і хронічною серцевою недостатністю, які отримували антибіотики з приводу негоспітальної пневмонії у вигляді ступінчастої терапії (40 хворих) або парентерально протягом всього курсу (37 осіб), і у 22 пацієнтів із негоспітальною пневмонією без хронічної серцевої недостатності, які отримували ступінчасту терапію, за допомогою опитувальників «Шкала оцінки негоспітальної пневмонії» і CAP-Sym-12 вивчено динаміку симptomів негоспітальної пневмонії і якості життя. У хворих із нетяжкою негоспітальною пневмонією та супутньою хронічною серцевою недостатністю ступінчаста антибактеріальна терапія не поступається за ефективністю парентеральному введенню антибіотиків протягом усього періоду лікування. Вихідні розходження у важкості респіраторних симptomів, які були більш вираженими у

пацієнтів із супутньою хронічною серцевою недостатністю, ніж без неї, зникають через тиждень ефективної антибактеріальної терапії.

Ключові слова: негоспітальна пневмонія, хронічна серцева недостатність, опитувальники, ступінчаста терапія.

The dynamics of community-acquired pneumonia symptoms and quality of life in patients with and without chronic heart failure during use of different regimens of antibiotic therapy

A.N. KORZH, V.I. BEREZNYAKOV

Summary. *The dynamics of the symptoms of community-acquired pneumonia and quality of life was studied with questionnaires «evaluation scale community-acquired pneumonia» and CAP-Sym-12 in 77 patients with community-acquired pneumonia and congestive heart failure treated with antibiotics by sequential therapy (40 patients) or parenterally throughout the course (37 patients) and 22 patients with community-acquired pneumonia without congestive heart failure treated by sequential therapy. In patients with non-severe community-acquired pneumonia and concomitant congestive heart failure sequential antibiotic therapy is equally effective as parenteral administration of antibiotics during the entire period of antibiotic therapy. Initial differences in the severity of respiratory symptoms, which were more pronounced in patients with concomitant congestive heart failure, disappeared in a week of effective antibiotic therapy.*

Keywords: *community-acquired pneumonia, congestive heart failure, questionnaires, sequential therapy.*

УДК 611.711.8: 616.315.3-002.3-089

**Оцінка ефективності ультразвукового кюретажу пілоні-
 дальних кіст крижово-куприкової ділянки**

**I.A. ЛУРІН, Є.В. ЦЕМА, С.М. МАЗУР,
Г.О. ПОПЕНКО, В.С. МОСКАЛЕНКО**

Резюме. У статті представлено результати морфологічного дослідження тканин операційної рані після проведення ультразвукового кюретажу пілонідальної кісти, ускладненої гострим абсцесом. За запропонованою методикою проліковано 13 пацієнтів, з яких у 11 проведено морфологічне дослідження ранових стінок. Під час гістологічного дослідження виявлено ділянки мукoidного набухання грубоволокнистої сполучної тканини, фрагменти коагуляційного некрозу тканин як результат дії низькочастотного ультразвуку. У жодному препараті не було знайдено можливого морфологічного субстрату рецидиву хвороби – багатошарового плоского епітелію та волосяних фолікулів. Запропонований спосіб лікування