

УДК: 616.24-002.1-036.17-085.276.4

Стовбан М.П.

Особливості клінічної симптоматики та даних інструментального дослідження хворих на негоспітальну пневмонію III групи та при її поєднанні з анемічним синдромомКафедра фізіотерапії і пульмонології з курсом професійних хвороб (зав. каф. - проф. М.М.Островський)
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Резюме. У науковій роботі наведено узагальнені результати обстеження 152 хворих на негоспітальну пневмонію III групи, у 81 із них — запалення легень перебігало у поєднанні з анемічним синдромом. Для порівняння отриманих результатів додатково обстежено 15 практично здорових осіб. Встановлено, що тяжкість проявів клінічної симптоматики негоспітальної пневмонії III групи залежить від присутності анемічного синдрому. Поєднання запалення легень і анемічного синдрому значно обтяжує клінічний перебіг негоспітальної пневмонії, що, в свою чергу, призводить до необхідності зваженого підходу при призначенні лікування.

Ключові слова: негоспітальна пневмонія, анемічний синдром.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

За даними офіційної статистики України в 2010 р. у нашій державі захворюваність дорослих на негоспітальну пневмонію (НП) склала 519,7 на 100 тис. населення, а смертність — 10,3 на 100 тис. населення, тобто померло майже 2 % з тих, хто захворів на пневмонію [1]. Однак ці показники не в повній мірі відображають рівень справжньої захворюваності і смертності.

Оцінка тяжкості перебігу НП є необхідним інструментом для прийняття рішення про тактику ведення пацієнта та оптимальний вибір місця лікування. Окрім аналізу клініко-рентгенологічних ознак НП велике значення набуває врахування модифікуючих факторів та супутньої патології пацієнта, що дає змогу не тільки визначитись стосовно тактики ведення хворих, а й передбачити ймовірних збудників НП.

У сучасній науковій літературі активно обговорюється проблема надання медичної допомоги пацієнтам із супутньою та поєднаною патологією, оскільки таким хворим потрібна інтегральна оцінка стану здоров'я людини, призначення лікування з урахуванням взаємодії медикаментозних препаратів, надання рекомендацій щодо режиму і тривалості їх прийому [2].

При НП найменша летальність (1-3 %) в осіб молодого та середнього віку без супутніх захворювань, а серед людей старших вікових груп захворюваність зростає і складає вже 17 випадків, а за наявності супутньої патології — до 30 випадків на тисячу осіб [3].

Включаючись у клінічну картину інших нозологічних форм як вторинна патологія, НП стає надзвичайно обтяжливим чинником. Останнім часом вивченню аспектів лікування негоспітальної пневмонії у поєднанні з іншими захворюваннями, зокрема з анемічним синдромом (АС), приділяється все більше уваги [4].

З іншої сторони частота АС в останні роки значно зросла при внутрішній патології: гострому інфаркті міокарда, хронічних неспецифічних захворюваннях легень, підвищуючи ризик інвалідності та смертності населення [5]. АС є станом, частота якого збільшується з віком, може маскувати ознаки фонових захворювань або й сам бути причиною дисфункції ряду систем через хронічну гіпоксію [5].

На сьогоднішній день основним при лікуванні АС є: усунення дефіциту заліза, анемічної гіпоксії та синдрому «метаболічної інтоксикації» [6]. Раннє виявлення та активне адекватне лікування АС може розглядатися, як важливий стратегічний підхід, оскільки в реакції організму на гіпоксію виділяють дві стадії — компенсації і декомпенсації, остання настає при виснаженні пристосувальних механізмів, котрі активуються шляхом рефлекторного посилення дихання, кровообігу, а також шляхом посилення транспорту кисню і змін тканинного обміну [6]. Дихальні компенсаторні меха-

нізми включаються за допомогою збільшення легеневої вентиляції та дихальної поверхні легень за рахунок збудження хеморецепторів кровоносних судин через нестачу кисню і накопичення іонів водню й поглибленого та почашеного дихання [6].

Метою дослідження є оцінка клінічного перебігу та даних інструментального дослідження хворих на НП III групи та у разі її поєднання з АС.

Матеріал і методи дослідження

Обстежено 152 хворих на НП, в тому числі 81 пацієнт із перебігом даної недуги у поєднанні з АС.

Діагноз НП III групи виставляли згідно з існуючими положеннями наказу МОЗ України №128 від 19.03.2007р. „Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія»» [7].

Діагноз АС верифікували на підставі відповідного складу периферійної крові (зниження рівня гемоглобіну, низький кольоровий показник, зменшення кількості еритроцитів), характерної клінічної картини (ознак анемічної гіпоксії, сидеропенічного синдрому, синдрому метаболічної інтоксикації та вторинного імунodefіциту) та зниженням вмісту сироваткового заліза. Причому серед обстежених нами пацієнтів із негоспітальною пневмонією анемією легкого ступеня тяжкості (Hb 110–90 г/л) виявлено у 81 хворого.

Усі хворі перебували на стаціонарному лікуванні в пульмонологічному та диференційно-діагностичному відділенні обласного фізіопульмонологічного центру (м. Івано-Франківськ).

Із метою дослідження особливостей клініко-патогенетичних аспектів перебігу НП III групи, як самостійного захворювання, так і в поєднанні з АС, усім обстеженим нами хворим були розподілені на наступні групи: I група складалася з 71 (46,71 %) особи з селективним перебігом НП; II група — 81 (53,29 %) пацієнт із НП у поєднанні з АС. Контрольну групу склали 15 практично здорових осіб без наявних ознак захворювань респіраторно-вентиляційного тракту та іншої патології внутрішніх органів.

Результати дослідження та їх обговорення

Клінічний перебіг НП, як самостійного нозологічного захворювання, так і при наявності супутньої патології, зокрема АС, дуже різноманітний — від гострих маніфестних до в'язлопрогрікаючих безсимптомних форм.

Однак, не дивлячись на поліморфізм проявів чи навпаки — їх відсутність, при досліджуваній нами патології можна виділити низку симптомів, які зустрічаються переважно, кожен зокрема або й усі разом.

До них слід віднести: кашель, біль у грудній клітці, підвищення температури тіла з ознобом чи без нього, пітливість, переважно в нічний час, характерні фізикальні та рентгенологічні зміни в легенях, порушення гематологічних показників.

Результати вивчення особливостей клінічної симптоматики та даних інструментального дослідження були проаналізовані нами в залежності від наявності чи відсутності АС при НП III групи (табл. 1).

Із суб'єктивних проявів патології найчастіше зауважувався кашель, який із самого початку спостерігався у всіх пацієнтів. Причому, слід зазначити, що в 23 хворих (із них 8 (11,27 %) осіб I групи та 15 (18,52 %) пацієнтів II групи) наявним був сухий кашель, а в решті — 129 осіб (з яких 63 (88,73 %) хворих I групи та 66 (81,48 %) пацієнтів II групи) — кашель супроводжувався виділенням харкотиння. Однак, у 43,21 % пацієнтів II групи харкотиння було в'язким „іржавим” або з прожилками крові, у той час, коли в пацієнтів I групи такого не спостерігалось.

Необхідно звернути увагу на те, що характер та ступінь

Таблиця 1. Розподіл частоти виявлення клінічної симптоматики (%) залежно від перебігу НП III групи

Клінічний симптом	НП, n=71	НП у поєднанні з АС, n=81
Біль у грудній клітці	59,16	74,07
Задишка при звичайних фізичних навантаженнях	57,74	76,54
Підвищення температури тіла	98,59	98,77
Загальна слабкість	85,92	100,00
М'язова слабкість	49,30	97,53
Головні болі	19,72	85,19
Швидка втомлюваність	87,32	100,00
Запаморочення	11,27	35,80
Пітливість	87,32	100,00
Посилення голосового тремтіння	56,33	61,73
Притуплення перкуторного звуку	98,59	98,77
Ослаблене везикулярне дихання	97,18	98,77
Наявність вологих хрипів	84,51	85,19
Крепітація	56,34	56,79
Знижений апетит	8,45	55,56
Сухість шкіри	2,82	24,70
Тріщини в кутах роту	0	12,35
Ламкість нігтів	0	19,75
Часті простудні захворювання	40,86	71,61
Випадіння волосся	2,82	12,35

інтенсивності сухого кашлю відрізнявся непостійністю, зокрема через 2–4 доби лікування він набував продуктивного характеру і ставав вологим, із виділенням слизистого або слизисто-гнійного харкотиння.

Біль у грудях, переважно колючий, локалізований на стороні ураження, який часто посилюється при кашлі і форсованому вдиху відзначали 102 особи, з яких 42 (59,16 %) хворих на НП та 60 (74,07 %) – при її поєднанні з АС.

Також характерним для досліджуваних хворих, що у свою чергу, свідчило про тяжкість патології, була наявність задишки за звичайних фізичних навантажень, яка відзначалася в 103 осіб, з яких хворих на НП III групи - 41 (57,74 %) та 62 (76,54 %) - при її поєднанні з АС.

Що стосується об'єктивних ознак прояву НП III групи, то майже у всіх пацієнтів 150 осіб, серед яких 70 (98,59 %) хворі I групи дослідження та 80 (98,77 %) – II групи, відзначалося підвищення температури тіла.

Типовими ознаками для всіх пацієнтів були: озноб та загальна слабкість, яка спостерігалася в 149 пацієнтів (61 (85,92%) – I та 81 (100,00%) – II групи осіб); м'язова слабкість була виражена в 114 хворих, серед яких 35 (49,30%) осіб I та 79 (97,53%) – II групи дослідження.

На швидку втомлюваність та пітливість скаржилося 145 осіб, серед яких 64 (87,32%) та 81 (100,00%) хворих I та II груп відповідно, й, у свою чергу, вказувало на вираженість інтоксикаційного синдрому. Однак слід відзначити, що даний симптом частіше спостерігався в нічний час у 100 пацієнтів (I група – 42 особи, II – 58 хворих, що склало 59,14% та 71,61% відповідно).

Також 83 хворих скаржилися на головні болі (14 (19,72%) випадків із I та 69 (85,19%) – з II групи дослідження); запаморочення, яке спостерігалось у 8 (11,27%) пацієнтів групи із НП III групи та 29 (35,80%) – при її перебігу в поєднанні з АС.

Як відомо, чільне місце при діагностиці НП посідають дані фізикального обстеження. Так, посилення голосового тремтіння визначалося у 90 хворих (I група – 40 (56,33%) особи, II – 50 (61,73%) пацієнтів); притуплення перкуторного звуку над ураженою патологічним процесом зоною зафіксовано у 150 пацієнтів, з яких I група – 70 (98,59%), II – 80 (98,77%) осіб; ослаблене везикулярне дихання вислуховувалося у 149 пацієнтів, сюди входило 69 (97,18%) хворих I групи та 80 (98,77%) – II; вологі дрібнопухирцеві хрипи прослуховувалися в 129 хворих, серед котрих – 60 особи I та 69 – II групи дослідження, що становило 84,51% і 85,19% відповідно; крепітація спостерігалася в 40 хворих із НП III

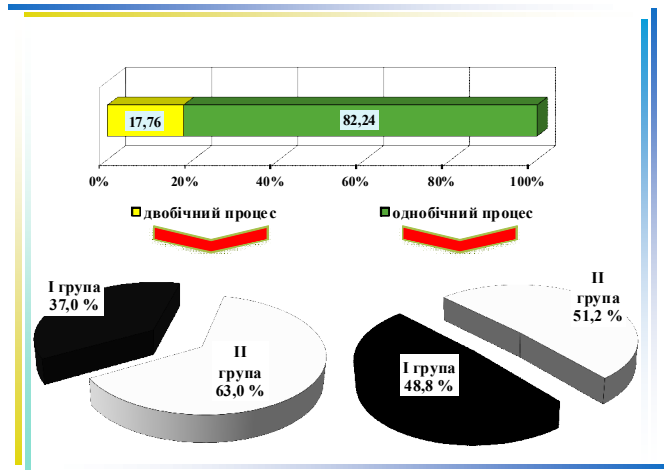


Рис. 1. Результати проведеного рентгенологічного дослідження для підтвердження діагнозу негоспітальна пневмонія

групи та 46 (56,79 %) пацієнтів із перебігом даної недуги у поєднанні з АС. Аускультативні дані носили мінливий характер у різні періоди дослідження.

Згідно з дослідженнями біль у грудях зауважувався в 59,16% випадках при НП III групи із селективним перебігом (I група дослідження) та у 74,07% випадках при НП поєднаній з АС (II група дослідження). За характером даний симптом був переважно колючий, локалізувався на стороні ураження, посилювався при кашлі і форсованому вдиху.

Більш частими ознаками перебігу НП у поєднанні з АС, згідно з даними обстеження 152 хворих, були загальна слабкість, швидка втомлюваність, пітливість, на які вказували всі пацієнти II групи.

Задишка у хворих на НП III групи, поєднаною з АС виявлялася в 1,33 ($p \leq 0,05$) рази частіше, ніж при селективному перебігу запалення легень.

Зниження апетиту було характерним для 45 (55,56%) пацієнтів II групи дослідження, проти 6 (8,45%) осіб із I групи. При супутньому АС у хворих із запаленням легень (II група дослідження) посилення голосового тремтіння спостерігалось в 1,10 рази частіше, ніж у пацієнтів I групи ($p \leq 0,05$). Сухість шкіри та випадіння волосся визначалися частіше в II групі дослідження.

Однак, важливо відзначити, що тріщини в кутах роту, ламкість нігтів відзначались тільки в 10 (12,35%) та в 20 (24,70%) осіб із перебігом НП III групи у поєднанні з анемією.

Зокрема привертає увагу той факт, що на часті простудні захворювання вказувало в 1,75 рази більше осіб II групи дослідження ($p \leq 0,05$).

Діагноз НП підтверджували результатами рентгенологічного дослідження: переважно проводили рентгенографію органів грудної клітки у двох проекціях, при чому виявляли зміни за вогнищевим чи полісегментарним типом. За клініко-рентгенологічними ознаками двобічний процес був у 27 пацієнтів (з яких 10 (14,09%) осіб I групи, 17 (20,99%) – II), односторонній – у 125 хворих (сюди входило 61 (85,92%) та 64 (79,01%) особи I й II групи дослідження відповідно). У 72 хворих НП була правобічною, що склало 85,92% (61 хворий) та 13,58% (11 пацієнтів) I й II груп відповідно (див. рис. 1).

Слід відзначити, що в 53 (65,43%) хворих II групи дослідження дана патологія підтверджувалася в лівій легені, чого не відзначалося в I групі. Найбільш частою локалізацією патології були 4-й, 8-й та 9-й сегменти правої та 4-й, 6-й, 7-й сегменти лівої легені.

Аналіз результатів дослідження периферійної крові (табл. 2) показав, що в переважній більшості хворих параметри червоної крові були дещо знижені відносно норми. Зокрема у 100,00% осіб II групи ми спостерігали зниження

Таблиця 2. Показники гемограми хворих на НП III групи в залежності від присутності АС, (M±m)

Показник, одиниця виміру	Здорові особи, n=15	НП, n=71	НП, поєднана з АС, n=81	p1	p2	p3
Гемоглобін, г/л	130,30±1,16	121,30±1,12	96,44±0,50	≤0,001	≤0,001	≤0,001
Еритроцити × 10 ¹² /л	4,12±0,27	3,71±0,15	3,41±0,12	>0,05	≤0,05	≤0,05
Гематокрит, відн. од.	0,43±0,02	0,42±0,01	0,34±0,01	≤0,001	>0,05	≤0,001
Кольоровий показник	0,91±0,03	0,87±0,04	0,70±0,05	≤0,01	>0,05	≤0,001
Сироваткове залізо, мкмоль/л	15,48±0,32	15,06±0,51	8,59±0,56	≤0,001	>0,05	≤0,001

Примітки: p1 – достовірність різниці даних між групами дослідження; p2 – достовірність різниці показників між групою хворих із НП та контролем; p3 – достовірність різниці показників між групою хворих із НП, поєднаною з АС та контролем

рівня гемоглобіну менше 130 г/л у чоловіків (у чоловіків, старших 70 років менше 120 г/л), і менше 115 г/л у жінок та кількості еритроцитів у чоловіків й у жінок – нижче 3,7×10¹²/л, при нормі від 4,0×10¹²/л до 5,1×10¹²/л й від 3,7×10¹²/л до 4,7×10¹²/л відповідно, що дозволяло ідентифікувати легкий ступінь тяжкості анемії.

Як видно з даних, наведених в таблиці 2, величина гематокриту, відповідно зменшувалася до (0,34±0,01) відн. од. в II групі дослідження в порівнянні з (0,43±0,02) відн. од. (p3≤0,001) у групі контролю і до (0,42±0,01) відн. од. (p2≤0,05) у хворих I групи.

Нами також відзначені і суттєві зміни в гемограмі щодо лейко- і лімфоцитозу, які констатовано в 150 пацієнтів (з яких 70 (98,59 %) хворих I групи та 80 (98,77 %) осіб II), у 2 (0,01 %) хворих – лейко- та лімфопенію.

ШОЕ була прискореною в 151 пацієнта, з яких 70 (98,59%) хворих I групи та 81 (100,00 %) особа II. Найчастіше даний параметр знаходився в межах 20–30 мм/год, проте тенденцію до його наростання більше 30 мм/год виявлено в 27 (33,33%) хворих із НП III групи у поєднанні з АС.

Таким чином, розвиток НП III групи в хворих із АС, на відміну від відсутності сидеропенічного стану, характеризується виділенням у 43,21 % пацієнтів в'язкого „іржавого” або з прожилками крові харкотиння, тріщинами в кутах рота (12,35 %) й ламкістю нігтів (24,70 %), чого не спостерігалось у хворих I групи.

На загальну слабкість, швидку втомлюваність та пітливість вказували всі пацієнти II групи дослідження, проти 85,92 %, 87,32 % та 87,32 % осіб I групи.

Відчуття колочого болю у грудях та наявність задишки за звичайних фізичних навантажень в 1,25 й в 1,33 рази відповідно також спостерігалися частіше, порівняно з I групою дослідження.

Виразеними ознаками перебігу НП III групи при АС на котрі вказувало в 1,10, 6,58 та 1,75 раз (p≤0,05) більше пацієнтів відповідно були: посилення голосового тремтіння, зниження апетиту та часті простудні захворювання.

Що стосується змін із боку гемограми, то в пацієнтів II групи спостерігалось зменшення гемоглобіну та еритроцитів у 1,26 та 1,09 разу (p2≤0,05) відповідно, зниження кольорового показника на 19,54 % (p2≤0,05), дефіцит сироваткового заліза, який склав 42,96 % та зростання лейкоцитів, ШОЕ й лімфоцитів в 1,28, 1,30, 1,06 раз (p2≤0,05), відповідно, у порівнянні з пацієнтами I групи дослідження (табл. 2).

Висновки

1. Актуальними та маловивченими є синдроми, при яких захворювання, що виникло на фоні попереднього, обтяжує його перебіг (коморбідні стани).

2. Отримані результати дослідження свідчать про важливу роль і поширеність коморбідних станів, зокрема АС, у хворих на НП.

Перспективи подальших досліджень

Своєчасна діагностика поєднаної патології, врахування обтяжливого характеру АС в перебігу НП може слугувати базисом для розробки диференційованих, патогенетично обґрунтованих програм лікування хворих із мікст-патологією.

Література

- Негоспітальна пневмонія у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія (проект клінічних настанов) Частина I/Ю. І. Феценко, О. Я. Дзюблик, Ю. М. Мостовий [та ін.] // Український пульмонологічний журнал. – 2012. – № 4. – С. 5–17.
- Островський М. М. До питання поліморбідності та коморбідності у хворих на ХОЗЛ/М. М. Островський, П. Р. Герич // Український пульмонологічний журнал. – 2011. – № 4. – С. 19–24.
- Феценко Ю. І. Сучасні принципи діагностики та лікування негоспітальних пневмоній / Ю. І. Феценко, О. Я. Дзюблик // Мистецтво лікування. – 2003. – № 4. – С. 22–30.
- Льюк І. А. Аналіз прямих медичних витрат у хворих на негоспітальну пневмонію з проявами ендогенної інтоксикації / І. А. Льюк // Biomedical and Biosocial Anthropology. – 2008. – № 10. – P. 236–239.
- Вороб'єв П. А. Анемический синдром в клинической практике / П. А. Вороб'єв. – М. : Ньюдиамед, 2001. – С. 77–116.
- Идельсон Л. И. Железодифицитная анемия / Л. И. Идельсон; под ред. А. И. Вороб'єва // Руководство по гематологии в 3 т. – М. : Ньюдиамед, 2005. – Т. 3. – С. 171–190.
- Негоспітальна та нозокоміальна (госпітальна) пневмонія у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія // Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007 “Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю “Пульмонологія”. – К. : Велес, 2007. – 146 с. – (методичні рекомендації).

Stovban H.P.

Особенности клинической симптоматики и данных инструментального исследования больных внебольничной пневмонией III группы та при ее сочетании с анемическим синдромом

Резюме. В научной работе представлены обобщенные результаты обследования 152 больных пневмонией III группы, у 81 из них - воспаление легких протекало в сочетании с анемическим синдромом. Для сравнения полученных результатов дополнительно обследовано 15 практически здоровых лиц. Установлено, что тяжесть проявлений клинической симптоматики пневмонии III группы зависит от присутствия анемического синдрома. Сочетание воспаления легких и анемического синдрома значительно отягощает клиническое течение внебольничной пневмонии, что, в свою очередь, приводит к необходимости взвешенного подхода при назначении лечения.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, анемический синдром.

Stovban M.P.

Characteristics of Clinical Symptoms and Instrumental Examination of Patients with III Group Community-Acquired Pneumonia Associated with Anemic Syndrome

Summary. The study summarizes the results of examination of 152 patients with III group community-acquired pneumonia. 81 patients among the examined patients had pneumonia associated with anemic syndrome. 15 healthy persons were examined to compare the obtained results. It was found that the severity of clinical symptomatology of III group pneumonia depended on the presence of anemic syndrome. Association of pneumonia with anemic syndrome aggravates significantly the clinical course of community-acquired pneumonia, which leads to the need of balanced approach while instituting therapy.

Keywords: community acquired pneumonia, anemic syndrome.

Надійшла 28.01.2013 року.