

УДК 616.24-002

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ, ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ НЕГОСПІТАЛЬНИХ ПНЕВМОНІЙ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

В.В.Дяченко, С.А.Бичкова

*Головний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ» МО України
Українська військово-медична академія*

Резюме. У статті наведено дані про особливості діагностики, перебігу та лікування негоспітальних пневмоній у пацієнтів із хронічним обструктивним захворюванням легень. Показано, що наявність супутньої бронхо-легеневої патології призводить до більш тяжкого перебігу негоспітальної пневмонії, вимагає проведення масивної антибактеріальної та бронхолітичної терапії.

Ключові слова: негоспітальна пневмонія, хронічне обструктивне захворювання легень, антибактеріальна терапія, інгаляційні бронхолітики.

Вступ. Проблема діагностики і лікування пневмоній в останні десятиріччя знову стала надзвичайно актуальною в клініці внутрішніх хвороб: спостерігається зростання захворюваності та смертності від пневмонії, нерідко - відсутність чітких клінічних симптомів інфільтрації паренхіми легень, збільшення питомої ваги захворювань з тяжким перебігом, ранніми деструктивними процесами та несприятливим прогнозом. Дана ситуація пов'язана зі зміною етіологічного спектру пневмоній, зниженням імунологічної реактивності організму, зростанням резистентності збудників до антибіотиків [1]. Значної уваги клініцистів заслуговує пневмонія з тяжким перебігом - це особлива форма захворювання різної етіології, яка проявляється тяжким інтоксикаційним синдромом, гемодинамічними змінами, вираженою дихальною недостатністю та/або ознаками тяжкого сепсису або септичного шоку,

характеризується несприятливим прогнозом та потребує проведення інтенсивної терапії. Відповідно до Наказу № 128 від 19.03.2007 р [2], рекомендують виділяти «малі» та «великі» критерії тяжкого перебігу пневмонії. До «малих» критеріїв тяжкого перебігу пневмонії відносять: частота дихання 30 за 1 хв. та більше; порушення свідомості; SaO_2 менше 90 % (за даними пульсоксиметрії), PaO_2 нижче 60 мм рт. ст.; систолічний артеріальний тиск нижче 90 мм рт. ст.; двобічне або багаточасткове ураження легень, порожнини розпаду, плевральний випіт. «Великі» критерії тяжкого перебігу пневмонії : потреба в проведенні штучної вентиляції легень; швидке прогресування вогнищево-інфільтративних змін в легенях - збільшення розмірів інфільтрації більше, ніж на 50 % протягом найближчих 2 діб; септичний шок або необхідність введення вазопресорних препаратів протягом 4 год. та більше; гостра ниркова недостатність (кількість сечі менше 80 мл за 4 год. або рівень креатиніну в сироватці крові вище 0,18 ммоль/л, або концентрація азоту сечовини вище 7 ммоль/л (азот сечовини = сечовина (ммоль/л) / 2,14) за (відсутності хронічної ниркової недостатності). Про тяжкий перебіг пневмонії свідчить наявність у хворих не менше двох «малих» або одного «великого» критерію, кожен з яких достовірно підвищує ризик розвитку летального кінця [2] .

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є однією з провідних причин захворюваності та смертності в сучасному світі і являє собою значну економічну та соціальну проблему, яка, на жаль, не має тенденції до покращення. За даними Європейського респіраторного товариства тільки в 25% пацієнтів захворювання діагностується вчасно. Гіподіагностика ХОЗЛ пов'язана з тим, що хворі звертаються за медичною допомогою лише з появою вираженої симптоматики або навіть при серйозній загрозі для життя [3]. Разом з тим ХОЗЛ перебуває на шостому місці серед провідних причин смерті у світі, на п'ятому – у розвинених країнах Європи, на четвертому – у США [4]. Протягом року хворий на ХОЗЛ переносить від одного до чотирьох та більше загострень, які слід розглядати як фактор його прогресування. Причини загострення у третині випадків не є з'ясованими, але інфекція, безумовно, відіграє важливу роль. У більшості випадків загострення ХОЗЛ характеризується наявністю трьох клінічних ознак: посилення задишки, збільшення кількості та гнійності мокроти.

Загострення ХОЗЛ, яке перебігає одночасно з негоспітальною пневмонією, вимагає госпіталізації пацієнта до терапевтичного (пульмонологічного) стаціонару, проведення адекватної антибактеріальної та бронхолітичної терапії.

Мета роботи - вивчити особливості перебігу та лікування негоспітальної пневмонії у хворих на ХОЗЛ.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 26 хворих на ХОЗЛ III стадії, чоловічої статі, середній вік яких становив 67,3±4,2 роки, які знаходилися на обстеженні та стаціонарному лікуванні у клініці пульмонології ГВМКЦ «ГВКГ» МО України. Контрольну групу склали 25 осіб з негоспітальною пневмонією без супутнього ХОЗЛ, співставлюваних за віком та статтю. Діагноз НП встановлювали відповідно до Наказу №128 [2] за наявності у хворого рентгенологічно підтвердженої вогнищевої інфільтрації легеневої тканини та не менше 2 клінічних ознак із нижченаведених: гострий початок захворювання з температурою тіла вище 38° С; кашель з виділенням мокротки; фізикальні ознаки (притуплений або тупий перкуторний звук, ослаблене або жорстке бронхіальне дихання, фокус дзвінких дрібнопухирцевих хрипів та/або крепітації); лейкоцитоз (більше 10 × 10⁹/л) та/або паличкоядерний зсув (більше 10 %). Ступінь тяжкості перебігу пневмонії встановлювали за наявністю «великих» та «малих» критеріїв тяжкого перебігу. Діагноз ХОЗЛ встановлювали згідно до Наказу №128 МОЗ України [2]. Слід зазначити, що у даній групі пацієнтів тривалість захворювання на ХОЗЛ складала в середньому 15,7±2,5 роки, вони знаходились під динамічним наглядом пульмонолога та отримували базисну терапію інгаляційними пролонгованими антихолінергічними препаратами (тіотропія бромід по 18 мкг 1 раз на день), інгаляційними глюкокортикостероїдами (Серетід 50/250 по 1 вдиху 2 рази на день), крім того призначалися бронходилататори короткої дії (сальбутамол, беродуал) на вимогу. 1 група хворих додатково отримувала преднізолон у дозі 30 мг на добу. Всім хворим проводилось рентгенологічне дослідження та загальноклінічні методи обстеження.

Оцінку динаміки основних клінічних симптомів проводили за допомогою бальної шкали (І.В.Суворкіна, 2005) [5]; кашель: 0- немає, 1- слабкий кашель (незначне покашлювання зранку), 2- помірний кашель (покашлювання зранку та протягом дня), 3 – сильний кашель;

кількість мокроти : 0 – немає, 1 – до 5 мл/добу, 2 – до 15 мл/добу, 3 – до 30 мл/добу, 4 – більше 30 мл/добу; оцінку інтенсивності задишки проводили за шкалою: 0 – при значному фізичному навантаженні, 1 – при швидкій ході та підйомі вгору, 2 – при ході у звичайному темпі по рівній місцевості, 3 – в стані спокою.

Результати дослідження та їх обговорення. В результаті проведених досліджень нами встановлено, що середня тривалість захворювання до госпіталізації в обох групах хворих не мала вірогідних відмінностей між собою та складала відповідно 3,2+0,4 та 3,5+0,5 днів. Проте, гострий початок захворювання, як правило, після переохолодження або на фоні явищ гострої респіраторної інфекції був більш виражений в 2 групі хворих – у 88% (табл.1). В 1 групі хворі відмічали спочатку посилення кашлю, задишки, збільшення виділення мокроти і зверталися за медичною допомогою уже при підвищенні температури тіла. Слід звернути увагу, що в 1 групі з діагнозом негоспітальна пневмонія були направлені в стаціонар 16 (61,5%), а в 2 – 21(84%) хворий. Після виконання рентгенологічного дослідження діагноз негоспітальна пневмонія був встановлений у 100% хворих в обох групах обстежених, що і стало підставою для включення їх у дослідження. З урахуванням наявності несприятливих прогностичних факторів, супутньої патології всі пацієнти були віднесені до III групи хворих на НГ.

Проведений аналіз клінічної симптоматики засвідчив (табл. 1), що найбільш частими скаргами в 2 групі хворих були: підвищення температури тіла, помірний кашель з виділенням, в переважній більшості випадків, на початку захворювання слизово-гнійної мокроти, незначно виражена задишка. В 1 групі пацієнтів, із супутнім ХОЗЛ, підвищення температури тіла не мало вірогідних відмінностей від 2 групи, проте інтенсивність кашлю, кількість виділеної за добу мокроти та ступінь її гнійності були вірогідно вищими, крім того, у переважній більшості пацієнтів спостерігалася задишка при ході у звичайному темпі по рівній місцевості, яка вимагала використання інгаляційних бронходилататорів короткої дії. Зазначені симптоми у переважній більшості хворих в обох групах поєднувалися із явищами загальної інтоксикації, які були особливо виражені в перші 3-4 доби перебування у стаціонарі (загальна слабкість, зниження апетиту, підвищена пітливість. При фізикальному обстеженні у хворих 1 групи

Клініко-лабораторні показники у хворих на НП при вступі до стаціонару

| Показник | 1 група хворих (n=26) | 2 група хворих (n=25) |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Рентгенологічна інфільтрація легеневої тканини, п, % | 26 (100%) | 25 (100%) |
| Гострий початок захворювання, п, % | 15 (56,7%) | 22 (88%) |
| Температура тіла >38 ⁰ С, п, % | 21 (80,8%) | 19 (76%) |
| Кашель, бали | 2,9±0,1 | 2,3±0,2 |
| Мокрота, бали | 3,9±0,1 | 2,4±0,2 |
| Характер мокроти: | | |
| слизовий, п, % | 0 | 2 (8%) |
| слизово-гнійний, п, % | 1 (3,8%) | 16 (64%) |
| гнійний, п, % | 25 (96,2%) | 7 (28%) |
| Задишка, бали | 2,8±0,1 | 1,1±0,2 |
| Притуплення перкуторного тону, п, % | 19 (73,1%) | 21 (84%) |
| Послаблене, жорстке дихання дихання, п, % | 23 (88,5%) | 21 (88%) |
| Розсіяні сухі хрипи, п, % | 26 (100%) | 2 (8%) |
| Фокус дзвінких дрібно-пухирчатих хрипів та/або крепітації | 14 (53,8%) | 14 (56%) |
| Загальна кількість лейкоцитів, x10 ⁹ /л | 13,2±1,6 | 11,1±1,7 |
| Відсоток паличкоядерних нейтрофілів, % | 9,3±0,5 | 7,8±0,6 |
| ШОЕ, мм/год | 19,1±1,4 | 15,6±1,5 |

спостерігалася більша кількість пацієнтів -23 (88,4%) із вираженим жорстким диханням, розсіяними над усією поверхнею легень сухими

хрипами; притуплення перкуторного тону відповідно долі ураження та наявність фокусу дрібнопухирцевих вологих хрипів та /або крепітації в обох групах хворих не мало вірогідних відмінностей між собою ($p > 0,1$). При рентгенологічному дослідженні органів грудної клітини в обох групах хворих виявлено пневмонічну інфільтрацію переважно нижніх долей легень у більшості випадків двобічної локалізації в 1 групі пацієнтів (69,2%), в 2 групі хворих в 40% випадків виявлено ураження нижньої частки правої легені, у 24% випадків ураження нижньої долі лівої легені та у 36% – двобічне ураження нижніх долей обох легень. Крім того, в 1 групі хворих спостерігалися явища дифузного пневмосклерозу та емфіземи легень. Також слід зазначити, що в 1 групі хворих спостерігалися вірогідно ($p < 0,005$) рівні ШОЕ, збільшення загальної кількості лейкоцитів та паличкоядерних нейтрофілів в периферичній крові.

Лікування обох груп пацієнтів включало призначення цефтріаксону по 1,0 г 2 рази на добу внутрішньом'язово протягом 10 днів та прийом азитроміцину по 0,5 г 1 раз на день впродовж 3 діб. Оцінку стартової антибактеріальної терапії проводили через 3 доби. Позитивна клінічна динаміка та ефективність емпіричної антибактеріальної терапії відмічена у 22 (84,6%) хворих 1 групи та у 24 (96%) пацієнтів 2 групи, при цьому у хворих 1 групи зменшилися не тільки симптоми інтоксикації, лихоманки, але й ступінь вираженості кашлю, задишки, кількість виділеної мокроти та ступінь її гнійності. У решти хворих 1 та 2 групи на 3 добу спостерігалася негативна клініко-рентгенологічна динаміка у вигляді погіршення самопочуття, зростання лихоманки, збільшення об'єму інфільтративних змін у легенях. Цим хворим було призначене ступеневе лікування гатіфлоксацином, починаючи з 400 мг на добу внутрішньовенно крапельно із ступеневим переходом на пероральний прийом препарату.

На 10-12 добу перебування у стаціонарі при рентгенологічному дослідженні відсутність пневмонічної інфільтрації на тлі збереження явищ емфіземи та пневмосклерозу відмічено у 21 пацієнта (80,7%), позитивна динаміка у вигляді зменшення вогнищевих інфільтративних явищ у легенях – у 5 хворих (19,3%) 1 групи. На цей момент у пацієнтів 1 групи значно зменшилися скарги на кашель до 1,9+0,4 бали, задишку – до 1,5+0,3, виділення мокроти гнійного характеру змінилося переважно слизовим харкотинням. Підвищення температури тіла та

інші прояви інтоксикаційного синдрому не турбували. При фізикальному дослідженні виявлялося жорстке дихання та у 3 хворих – поодинокі сухі хрипи над усією поверхнею легень. У хворих 2 групи відсутність пневмонічної інфільтрації відповідно зоні ураження була зафіксована у 23 хворих (92%), позитивна рентгенологічна динаміка у вигляді значного зменшення вогнищевих та інфільтративних змін у легенях – у 2 хворих (8%), проте слід зазначити, що на момент контрольного рентгенологічного дослідження хворі 2 скаржилися лише на незначний кашель. При об'єктивному обстеженні у всіх хворих над легенями при перкусії визначався ясний легеневий тон та аускультативно вислуховувалося везикулярне дихання. Із особливостей перебігу негоспітальної пневмонії в 1 групі хворих слід відмітити тривале підвищення загальної кількості лейкоцитів у периферичній крові, що обумовлене, насамперед, прийомом преднізолону, при цьому на 10-12 добу спостерігалось вірогідне зменшення показника ШОЕ та кількості паличкоядерних нейтрофілів. У хворих 2 групи в контрольному загальному аналізі крові патологічних змін не виявлено.

Таким чином, проведені нами дослідження показали, що діагностика на догоспітальному етапі, перебіг та лікування негоспітальних пневмоній у хворих із супутнім ХОЗЛ мають особливості порівняно з пацієнтами без супутньої бронхо-легеневої патології та потребують адекватного раннього лікування, яке відповідає ступеню тяжкості захворювання.

Висновки

1. У хворих на негоспітальну пневмонію із супутнім ХОЗЛ спостерігається більш повільний початок хвороби, без гіпертермії, що затрудняє діагностику на догоспітальному етапі.

2. Характерними рисами негоспітальної пневмонії у хворих на ХОЗЛ є поєднання явищ пневмонічного запалення із загостренням ХОЗЛ.

3. Призначення комбінованого антибактеріального лікування із включенням цефалоспоринів III покоління та макролідів у поєднанні із інгаляційними глюкокортикостероїдами та пролонгованими бронходилататорами має виражений позитивний клінічний ефект.

4. Препаратом II ряду в лікуванні пацієнтів із негоспітальною пневмонією III групи має бути фторхінолон IV покоління, який довів свою високу терапевтичну ефективність.

Література

1. Семидоцкая Ж.Д., Бильченко О.С, Чернякова И.А и др. Опыт лечения негоспитальной пневмонии респираторным фторхинолоном спарфлоксацином / Ж.Д.Семидоцкая, О.С.Бильченко, И.А.Чернякова, В.А.Клапоух // Український пульмонологічний журнал.-2007.-№1.-С.37-40.

2. Наказ №128 МОЗ України від 19.03.2007р. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія». Київ-2007. 146с.

3. Авдеев С.Н., Баймаканова Г.Е. ХОБЛ и сердечно-сосудистые заболевания: механизмы ассоциации / С.Н. Авдеев, Г.Е. Баймаканова // Пульмонология.-2008.-№1.-С.5-13.

4. Фещенко Ю.И., Яшина Л.А. Место хронического воспаления в патогенезе хронической обструктивной болезни легких, способы его коррекции /Ю.И.Фещенко, Л.А.Яшина // Здоров'я України, - 2008.- вип.3/1.- С.20-21.

5. Суворкина И.В. Эффективность применения фенспирида (эrespала) в лечении больных хроническим обструктивным заболеванием легких тяжелого течения /И.В.Суворкина //Український пульмонологічний журнал.-2005.-№3.-С. 28-31.

Summary. *The article contains the information about peculiarities of diagnostic, course and treatment of community-acquired pneumonia in patients with and COPD. It was determined that accompanied pulmonary pathology, such as COPD, overburdens the course of community-acquired pneumonia, this patients need combined antibacterial therapy.*

Key words: *community-acquired pneumonia, chronic obstructive pulmonary disease, antibacterial treatment, inalative bronholitics.*

Резюме. *В статье приведены данные об особенностях диагностики, течения и терапии негоспитальных пневмоний у больных с хронической обструктивной болезнью легких. Показано, что сопутствующая бронхо-легочная патология утяжеляет течение негоспитальной пневмонии, требует проведения массивной антибактериальной и бронхолитической терапии.*

Ключевые слова: *негоспитальная пневмония, хроническая обструктивная болезнь легких, антибактериальная терапия, ингаляционные бронхолитики.*