

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОЗАЛІКАРНЯНИХ ПНЕВМОНІЙ

Д. А. Пасечник, М. І. Марущак, І. Я. Криницька

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

У статті досліджено клінічні особливості перебігу позалікарняної пневмонії та виділено основні симптоми даного захворювання: субфебрильна температура, помірної інтенсивності кашель, виділення харкотиння слизистого та слизисто-гнійного характеру, помірний лейкоцитоз.

PECULIARITIES OF COURSE OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA

D. A. Pasechnyk, M. I. Marushchak, I. Ya. Krynytska

SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine»

In the article was investigated the clinical features of course of community-acquired pneumonia and identified the main symptoms of this disease: low-grade fever, mild cough intensity, mucus and mucopurulent character of sputum, moderate leukocytosis.

Вступ. Пневмонія – гостре інфекційно-запальне захворювання переважно бактеріальної етіології, яке характеризується вогнищевим ураженням респіраторних відділів легень та обов'язковою наявністю внутрішньоальвеолярної ексудації [1].

Захворювання на пневмонію займає 30–40 % від усіх захворювань легень, а у структурі загальної захворюваності – лише 0,33 %. Серед кожних 100 чоловік щорічно 1 хворіє на пневмонію. Поширеність пневмонії в Україні складає більш як 400 на 100 тис. населення, у Російській Федерації – 348,1, в США щорічно реєструється 4 млн випадків цієї патології. До теперішнього часу незважаючи на успіхи в її лікуванні, за результатами всесвітньої статистики, пневмонії займають четверте місце серед причин смерті після серцево-судинних захворювань, злоякісних новоутворень, травм та отруєнь, а в США – шосте місце в структурі летальності [2, 3].

У клінічній практиці медичного персоналу спостерігаються випадки як гіпо-, так і гіпердіагностики пневмонії. Це може призводити до розвитку

різноманітних ускладнень і потребує від медперсоналу ґрунтовних знань з цієї патології, що обґрунтовує актуальність нашого дослідження.

Основна частина. Тому, метою нашої роботи було виділити провідні симптоми гострої пневмонії на основі дослідження клінічних особливостей даної патології.

У дослідження було включено 30 хворих на пневмонію (Пн) середнім віком 64,1 року, які перебували на лікуванні у терапевтичному відділенні Черкаської міської лікарні у листопаді–лютому 2012–2013 рр. Серед них було 18 чоловіків (60,0 %) та 12 жінок (40,0 %).

Діагноз Пн встановлювали на підставі результатів клінічного обстеження, даних рентгенографії (у 2 проекціях) з урахуванням критеріїв і рекомендацій наказу № 311 МОЗ України, CDC («Centres of Diseases Prevention», Атланта, США) і CPIS («Clinical pulmonary infection score») [4, 5].

Усім пацієнтам проводили регулярні клінічні обстеження, оцінювали дані рентгенографії, результати загальноклінічних аналізів (крові, сечі),

біохімічного аналізу крові, виконували ЕКГ-дослідження. Забір матеріалу (харкотиння) проводили відповідно до рекомендацій вітчизняних і міжнародних стандартів [6, 7]. Доставка клінічного матеріалу в лабораторію здійснювалася не пізніше 2 годин після його забору.

Всім пацієнтам призначалась стандартна терапія, яка включала макроліди (азитроміцин, кларитроміцин, спіраміцин, рокситроміцин) та цефалоспорины II–IV покоління. Спостереження проводили на 1, 3, 5–7 і 10–14 доби.

У більшості хворих на початку лікування Пн температура тіла була суттєво підвищена й складала в середньому $37,8^{\circ}\text{C}$, у 5 хворих температура тіла сягала або перевищувала $39,0^{\circ}\text{C}$. У динаміці тем-

пература тіла знижувалась до $37,0^{\circ}\text{C}$ на 3 добу, до $36,8^{\circ}\text{C}$ – на 5–7, до $36,7^{\circ}\text{C}$ – на 10–14. Нормальна температура тіла встановлювалася у середньому на 7,1 добу. Дані щодо динаміки температури тіла наведені на рис. 1.

Скарги на кашель були у 26 (86,7 %) хворих, при цьому найчастіше кашель був помірним, ніж вираженим: у 21 (70,0 %) хворих. У динаміці симптоматика покращувалась: на 3 добу кашель був помірним у 24 (80,0 %) хворих; на 5–7 доби кашлю не було у 9 (30,0 %) хворих, він був помірним у 16 (53,3 %) хворих, був вираженим у 1 (3,3 %) хворого; на 10–14 доби кашлю не було у 19 (63,3 %) хворих, він був помірним у 7 (23,3 %) хворих, вираженого кашлю не було (рис. 2). Та-

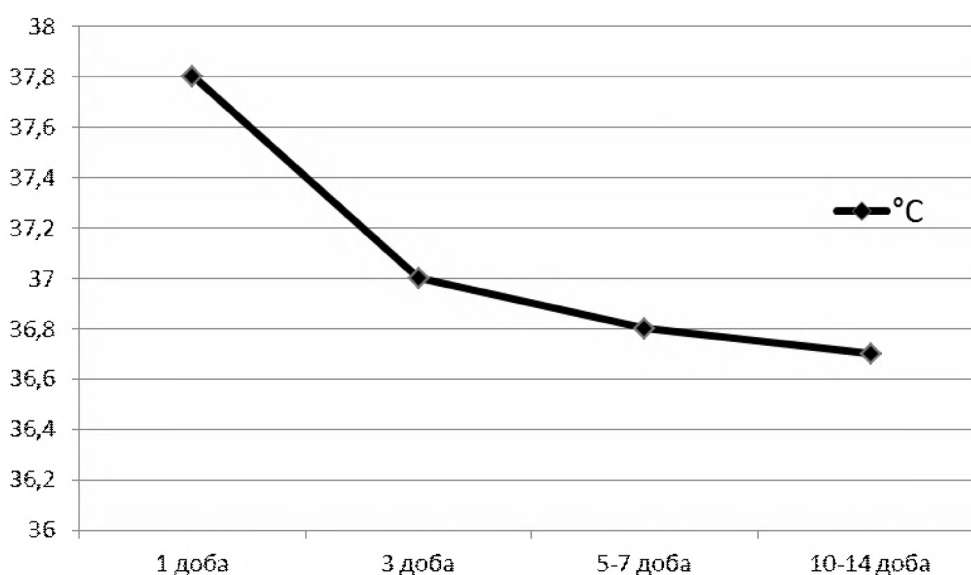


Рис. 1. Динаміка температури тіла пацієнтів з гострою пневмонією.

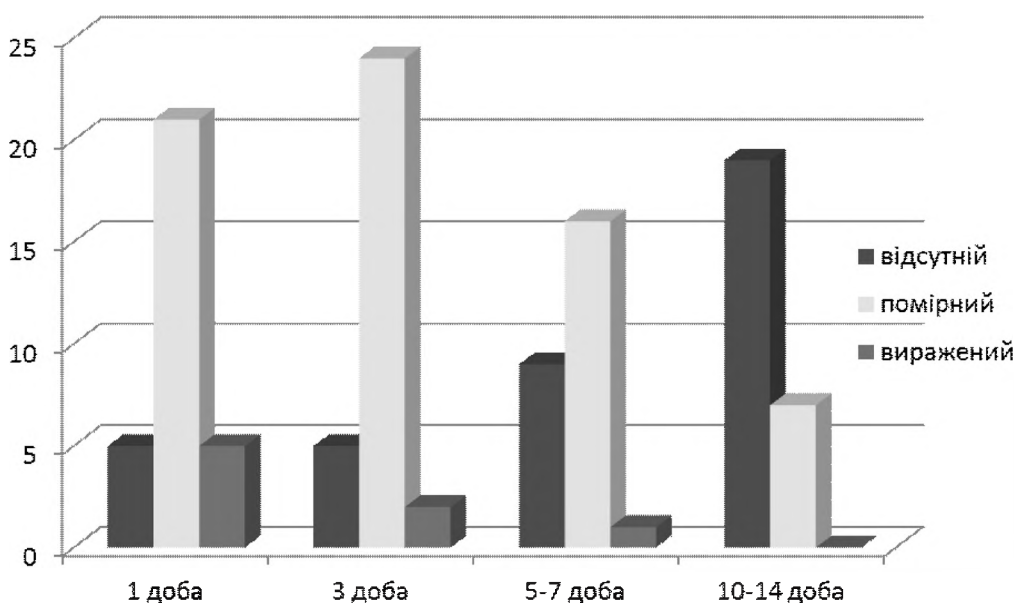


Рис. 2. Зміна інтенсивності кашлю (кількість хворих) у динаміці перебігу пневмонії.

ким чином, прояви захворювання у вигляді помірного кашлю були найдовше виражені.

Виділення харкотиння на початку захворювання спостерігалось у 24 (80,0 %) хворих. Майже у половини хворих було виділення слизистого харкотиння у 13 (43,3 %) хворих, слизисто-гнійне мокротиння спостерігалось у 9 (30,0 %) людей; у 2 (6,7 %) пацієнтів було виділення слизисто-кров'янистого мокротиння (рис. 3). Кількість харкотиння, що виділялось, також була різною: у 10 (33,3 %) хворих харкотиння відходило у мізерному обсязі, у 12 (40,0 %) – у задовільному та у 2 (6,7 %) хворих із основної групи у великому обсязі.

У динаміці спостерігалась поступова зміна характеру харкотиння та зростання хворих, які його не виділяють. Так, на 3 добу клінічна картина ще була дуже подібна до 1 доби з невеликим зменшенням кількості хворих, що виділяють слизисто-гнійне харкотиння: 22 (73,3 %) виділяли слизисте мокротиння, 5 (16,7 %) – слизисто-гнійне, 1 (3,3 %) – слизисто-кров'янисте. У мізерному обсязі мокротиння відходило у 9 (30,0 %) хворих, у задовільному в 18 (60,0 %) та у одного – у великому обсязі.

На 5–7 доби динаміка виділення харкотиння вже суттєво відрізнялась: зменшився обсяг та кількість гнійного мокротиння; було вже 11 (36,7 %) хворих, що не виділяють харкотиння, 17 (56,7 %) виділяли слизисте мокротиння, 2 (6,6 %) – слизисто-гнійне; у мізерному обсязі мокротиння відходи-

ло у 23 (76,7 %) хворих, у задовільному в 6 (20,0 %) та у одного (3,3 %) – у великому обсязі. Зростання кількості хворих, які не виділяють мокротиння, свідчить про швидкі темпи нормалізації клінічного стану.

Динаміка виділення харкотиння продовжувала позитивно змінюватись стосовно попередніх днів спостереження (рис. 3). Так, 19 (63,3 %) хворих не виділяли харкотиння, 10 (33,3 %) хворих виділяли слизисте мокротиння, один (3,3 %) – слизисто-гнійне; у 9 (30,0 %) хворих воно відходило у мізерному обсязі й в одного (3,3 %) – у задовільному.

Частота дихальних рухів була вищою на початку захворювання, проте з 10 доби таких хворих не було зовсім. На більшій помірній інтенсивності у грудній клітці скаржились 8 (26,7 %) хворих. У динаміці спостерігалось покращення стану і на 10–14 доби не було хворих із болем у грудній клітці.

ЧСС на початку захворювання складала в середньому 94,5 уд./хв, причому в 9 (30,0 %) хворих сягала або перевищувала 100 уд./хв. У динаміці ЧСС у пацієнтів зменшувалась: на 3 добу ЧСС становила в середньому 91,9 уд./хв, на 5–7 – 87,3 уд./хв; на 10–14 – 83,0 уд./хв.

У загальному аналізі крові особливу увагу приділяли рівню еритроцитів, гемоглобіну, лейкоцитів. Потрібно відмітити, що у 22 пацієнтів (73,3 %) виявлено анемію, при цьому середній рівень показників становив: еритроцитів –

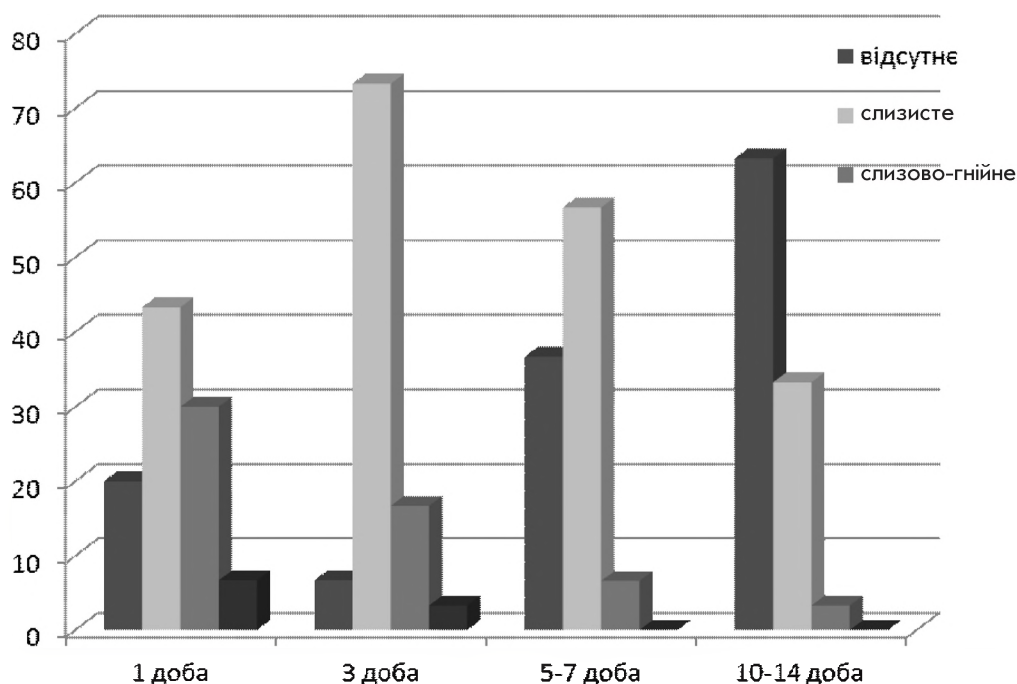


Рис. 3. Динаміка виділення харкотиння (% пацієнтів) при гострій пневмонії.

$3,4 \times 10^{12}$ /л, гемоглобіну – 100 г/л. Рівень лейкоцитів на початку захворювання складав $10,81 \times 10^9$ /л, на 3 добу їх рівень склав $9,15 \times 10^9$ /л, на 5–7 доби – $7,66 \times 10^9$ /л і на 10–14 – $6,69 \times 10^9$ /л.

Висновки. Узагальнюючи отримані результати встановлено, що до основних клінічних особливостей гострих пневмоній відноситься субфеб-

рильна температура, помірної інтенсивності кашель, виділення харкотиння слизистого та слизисто-гнійного характеру. При цьому гостра пневмонія супроводжувалася помірним лейкоцитозом. Динаміка даних показників позитивно змінювалась протягом 14 днів адекватного лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія»: наказ № 128 від 19.03.2007 р. / МОЗ України. – Київ, 2007. – 36 с.

2. Перцева Т. О. Нозокоміальна пневмонія / Т. О. Перцева // Укр. пульмонол. журн. – 2003. – № 1. – С. 11–17.

3. Негоспітальна пневмонія у дорослих: етіологія. Патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія (методичні рекомендації) / Ю. І. Фещенко, О. Я. Дзюблик, В. П. Мельник [та ін.] // Укр. хіміотерапев. журн. – 2001. – № 3. – С. 58–64.

4. Авдеев С. Н. Применение шкал оценки тяжести в интенсивной терапии и пульмонологии / С. Н. Авдеев,

А. Г. Чучалин // Пульмонология. – 2001. – № 1. – С. 84–91.

5. Міністерство охорони здоров'я України. Про затвердження Інструкції щодо надання фтизіопульмонологічної допомоги хворим: наказ № 311 від 30.12.1999 р. // Укр. пульмонол. журн. – 2000. – № 1. – С. 4–12.

6. Hospital-acquired pneumonia in adults: diagnosis, assessment of severity, initial antimicrobial therapy, and preventive strategies. A consensus statement / American Thoracic Society // Amer. J. Respir. Crit. Care Med. – 1995. – №. 153. – P. 1711–1725.

7. Epidemiology and clinical characteristics of community-acquired pneumonia in hospitalized children / I. C. Michelow, K. Olsen, J. Lozano [et al.] // Pediatrics. – 2004. – Vol. 113. – P. 701–707.

Отримано 30.01.14