

© М.Ю. Долгош, І.В. Чопей, В.М. Канчій, В.М. Боднар, Т.М. Шелепець, В.А. Островський, О.Д. Маханець, К.І. Чопей, 2013

УДК 616. 24 – 002. 151

М.Ю. ДОЛГОШ, І.В. ЧОПЕЙ, В.М. КАНЧІЙ, В.М. БОДНАР, Т.М. ШЕЛЕПЕЦЬ,
В.А. ОСТРОВСЬКИЙ, О.Д. МАХАНЕЦЬ, К.І. ЧОПЕЙ

Ужгородський національний університет, інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, Ужгород; відділкова клінічна лікарня станції Ужгород Львівської залізниці, Ужгород

СКЛАДНИЙ КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ IV КАТЕГОРІЇ

У статті проаналізовані результати обстеження та лікування хворого 45 років з важким перебігом негоспітальної пневмонії IV категорії. Матеріал ілюстрований клінічним обстеженням авторів, рентгенографічним та лабораторним дослідженнями. Відзначено клінічну ефективність лікування антибіотиками макролідами та фторхінолонами.

Ключові слова: негоспітальна пневмонія, діагностика, клініка, макроліди, фторхінолони, динаміка лікування

Вступ. Пневмонія – це гостре інфекційне захворювання, переважно бактеріальної етіології, яке характеризується вогнищевим ураженням респіраторних відділів легень та наявністю внутрішньоальвелярної ексудатії. Пневмонії поділяються на негоспітальні та госпітальні. Негоспітальні пневмонії в свою чергу поділяються на 4 категорії (групи хворих): I, II, III та IV. Перша та друга категорії – це хворі з неважким перебігом захворювання, які не потребують лікування в стаціонарі. До третьої категорії відносяться хворі, яким показана госпіталізація в терапевтичні відділення. Четверта категорія – це хворі з важким перебігом захворювання, яким показана госпіталізація у відділення реанімації або інтенсивної терапії [3].

Практично завжди для діагностики пневмонії необхідно визначити вогнищево-інфільтративні зміни в легенях у сукупності з відповідною симптоматикою ураження дихальних шляхів. І хоча існує розповсюджена думка, що фізикальні ознаки вогнищевої інфільтрації в більшості випадків збігаються з даними рентгенографії, результатами багатьох досліджень доведено, що вислуховування інспіраторної крепітації і визначення методом перкусії ущільнення легеневої тканини мають недостатню діагностичну інформативність. Тому найбільш важливим діагностичним методом при пневмонії є рентгенографія органів грудної клітки [6]. Зазвичай зміни на рентгенограмі (розповсюдженість інфільтрації) відповідають ступеню тяжкості перебігу захворювання і можуть бути одним з основних критеріїв при виборі антибактеріальної терапії [1].

Стартова антибактеріальна терапія пневмонії проводиться емпіричним шляхом за допомогою препаратів широкого спектру дії. Критерієм вибору ан-

тибіотика є насамперед доведена клінічна ефективність препарату і профіль безпеки, фармакокінетичні характеристики (здатність створювати достатню концентрацію в уражених органах і тканинах, підтримувати мінімальну ефективну концентрацію протягом необхідного часу, накопичуватися в середині клітин), зручність використання.

Згідно з алгоритмом лікування, висвітленому в наказі МОЗ України № 128 від 10.03.2007 р. (Клінічні протоколи надання медичної допомоги по спеціальності «Пульмонологія»), фторхінолони та макроліди, а саме спіраміцин (роваміцин) вказаний як один з препаратів вибору (самостійно і в комбінації) при лікуванні пневмоній III і IV категорій, у осіб різного віку та незалежно від наявності супутньої патології. В даний час фторхінолони займають значне місце в сучасних стандартах лікування. Фторхінолони III-IV покоління відносять до альтернативних препаратів першого ряду для лікування хворих на негоспітальну пневмонію III та IV клінічних груп [2]. Фторхінолони, подібно бета-лактамам і аміноглікозидам мають швидку бактерицидну дію та високу активність до внутрішньоклітинних збудників, які відіграють значну роль в етіології багатьох розповсюджених інфекцій з мінімальним вивільненням різноманітних компонентів бактеріальної клітини. До властивостей фторхінолонів, завдяки яким вони посіли чільне місце в боротьбі з різними типами бактерійних інфекцій належать:

- а) унікальний механізм дії – інгібування ферменту стінки бактерій (ДНК-гірази);
- б) високий ступінь бактерицидної активності;
- в) широкий спектр протимікробної дії (грамнегативні і грампозитивні анаеробні бактерії, мікобактерії, хламідії, мікоплазми);

г) добре проникнення в тканини і клітини організму (концентрації близькі до концентрації в сироватці крові або перевищують її);

д) тривалий період напіввиведення і наявність післяантибіотичного ефекту, що дає змогу застосувати їх один або два рази на добу;

е) доведена висока ефективність при лікуванні негоспітальних і госпітальних інфекцій практично будь-якої локалізації (органів дихання, шкіри і м'яких тканин, кісток та суглобів, шлунково-кишкового тракту, жовчних шляхів тощо; ж) можливість застосування як емпіричної терапії при лікуванні важких інфекцій в стаціонарі;

з) добра переносність препаратів і незначний відсоток побічних ефектів [7].

Фторхінолони IV покоління високоактивні по відношенню до *Streptococcus pneumoniae*, зокрема до полірезистентних пневмококів, які стійкі до пеніциліну, еритроміцину і тетрацикліну [2]. Унікальний механізм дії фторхінолонів – попередження масивного вивільнення ендотоксинів, що мінімізує ризик виникнення ускладнень антибактеріальної терапії [4, 5].

В наш час у клінічній практиці назначають також близько 10 макролідних антибіотиків, між якими за хімічною структурою виділяють 14-членні, 15-членні, і 16-членні макроліди. Найбільш поширеним представником групи 14-членних макролідів є еритроміцин. Недоліком еритроміцину є низька стабільність в кислому середовищі шлунка, невисока біодоступність при внутрішньому прийомі, швидка елімінація, що потребує частого дозування, а також велика частота побічних дій. Поміж 16-членних макролідів найбільший інтерес викликає природний антибіотик спіраміцин, відомий під торговою назвою Роваміцин. Інтерес до спіраміцину обумовлений тим, що за своїми фізико-хімічними і фармакокінетичними властивостями він схожий на напівсинтетичні 14-членні макроліди (рокситроміцин, кларитроміцин) і позбавлений недоліків еритроміцину. Особливі властивості спіраміцину пояснюють його високу клінічну ефективність, в зв'язку з чим препарат широко застосовують в багатьох країнах при лікуванні різних бактеріальних інфекцій у різних вікових групах.

У період епідемії гострих респіраторних вірусних захворювань, протягом січня – лютого 2011-2012 р. серед пацієнтів терапевтичного відділення ДЗ ВКЛ станції Ужгород ДТГО «Львівська залізниця» істотно зросла частка хворих на пневмонію III-IV категорій з прогресуючою гострою дихальною недостатністю, які потребували інтенсивного лікування в терапевтичному та в реанімаційному відділенні.

Мета дослідження. Проаналізувати результати спостереження за методами діагностики та лікування хворого з діагнозом негоспітальної пневмонії IV категорії, які почастішали у період епідемії гострих респіраторних вірусних захворювань.

Опис клінічного випадку.

Пацієнт Р., 45 років. Звернувся до лікаря зі скаргами на підвищення температури до 39,5 °С, сухий кашель, задишку, загальну слабкість.

З анамнезу життя – в дитинстві майже не хворів, постійно займається фізичними вправами. Не курить. Будова тіла нормостенічна. Індекс маси тіла 24 кг/м². Захворів гостро 12.03.2011 р., коли помітив підвищення температури тіла до 39,5 °С, непродуктивний сухий кашель, задишку, слабкість. Після 4 днів самолікування 16.03.2011 р. у зв'язку з погіршенням стану здоров'я, госпіталізований в терапевтичне відділення ДЗ ВКЛ станції Ужгород ДТГО «Львівська залізниця». Температура 39,8 °С. Об'єктивно загальний стан хворого середньої важкості. Видимі слизові бліді. Частота дихання 24 за 1 хв. Перкуторно справа від кута лопатки укорочення легеневого звуку, аускультативно над цією ділянкою послаблене везикулярне дихання, вологі дрібнопухирцеві хрипи. Пульс 106 за 1 хв., ритмічний, АТ 110/70 мм рт.ст. Тони серця послаблені. Живіт при пальпації не болочий, печінка не збільшена. На рентгенограмі від 16.03.2011: справа в нижній частці зниження прозорості легеневої тканини через посилення легеневого малюнку (рис. 1). Результати лабораторного обстеження – 17.03.2011р. Загальний аналіз крові: Нb – 144 Г/л, Ер. – 4,2 Т/л, Л – 4,8 Г/л, ШОЕ – 47 мм/год, цукор крові – 4,71 ммоль/л. Біохімічний аналіз крові: загальний білок 84 Г/л, білірубін загальний – 19,45 мкмоль/л, АЛТ – 0,353 мкмоль/мл, АСТ – 0,292 мкмоль/мл, креатинін – 88,0 мкмоль/л. У коагулограмі – фібрин плазми 5,5 г/л. Загальний аналіз сечі: питома вага – 1020, цукор та білок не виявлено, Л – 5-7 у п/з, Ер – 0 у п/з. Висновок ЕКГ дослідження: дисфункція синусового вузла, ригідний синусовий ритм з ЧСС 106 за 1 хв, тахікардія. Електрична вісь серця в нормальному положенні, вертикальна позиція. Ознаки гіпертрофії обох шлуночків серця. Виражені зміни міокарда. Клінічно та рентгенологічно встановлений діагноз: негоспітальна пневмонія нижньої частки правої легені III категорії.

Призначено лікування відповідно до міжнародних стандартів інтенсивної терапії та з урахуванням клінічного досвіду лікуючих лікарів: амоксицикл 1000 мг/200 мг (амоксицилін, антибіотик пеніцилінового ряду з широким спектром антибактеріальної активності 1000 мг з клавулоновою кислотою, незворотного інгібітора бета-лактамаз 200 мг) на 200 мл 0,9 % розчину натрію хлориду внутрішньовенно, крапельно протягом 30 хв. 2 рази на добу, фромілід уно (кларитроміцин-макролід) 1 табл. 500 мг 1 раз, лоратидін 1 табл. 10 мг, німесил 1,0 перорально 2 рази, флуконазол 1 табл. 100 мг 1 раз, розчин глюкози 5 % 200 мл + 4 мл вітаміну С внутрішньовенно, еуфілін 2,4 % 5 мл на 10 мл фізіологічного розчину внутрішньовенно, зволожений кисень. Незважаючи на проведення лікування, стан хворого погіршувався: температура залишалась на рівні 38-39°С., прогресувала дихальна недостатність, частота дихання 28 за 1 хв, малопродуктивний кашель, загальна слабкість. На сьомий день лікування при аускультативній в легенях з'явилися вологі різнопухирцеві хрипи на всій довжині правої та лівої легень. На рентгенограмі грудної клітки від 22.03.2011 р. патологічні симптоми збільшились. У правій легені на всій довжині зниження пневматизації за рахунок зливної, інтенсивного хара-

ктеру інфільтрації. В лівій легені в нижній частині масивне інфільтративного характеру затемнення, тобто має місце двобічна пневмонія (рис. 2). Резуль-

тати лабораторного обстеження 22.03.2011. Загальний аналіз крові: Нв – 105 Г/л, Ер. – 3,4 Т/л, Л – 3,9 Г/л, ШОЕ – 50 мм/год.



Рис. 1. Рентгенограма грудної клітки пацієнта Р. від 16.03.2011 р. У нижній частці правої легені зниження прозорості легеневої тканини через посилення легеневого рисунку.

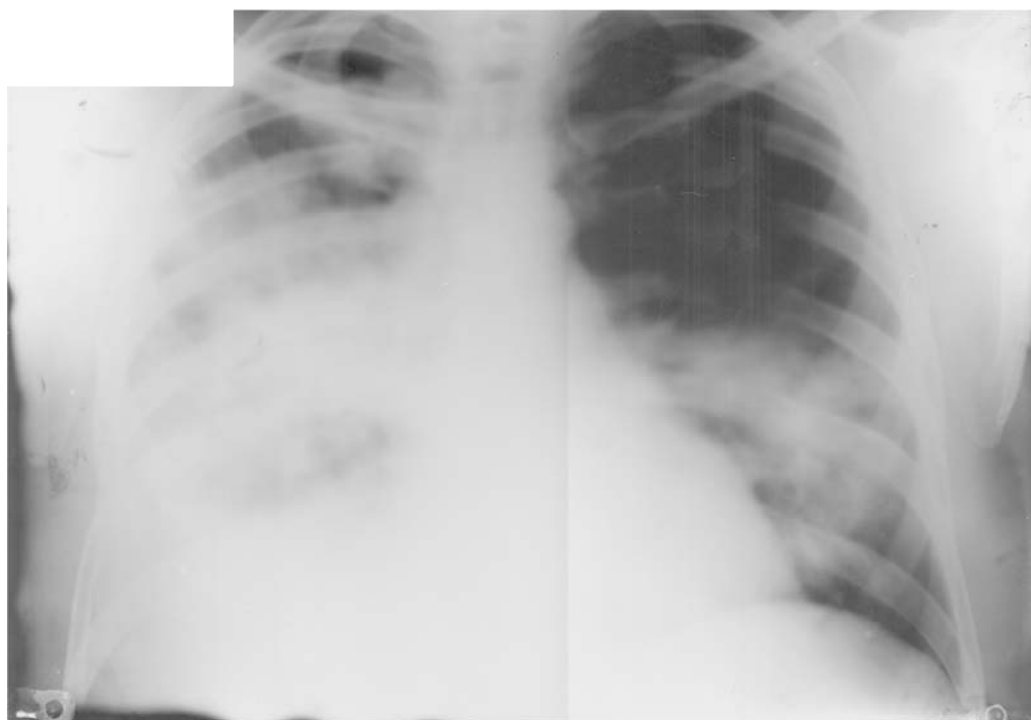


Рис. 2. Рентгенограма грудної клітки пацієнта Р. від 22.03.2011 р. Патологічні симптоми збільшилися. У правій легені на всій довжині зниження пневматизації через зливну, інтенсивного характеру інфільтрацію. В нижній частці лівої легені масивне інфільтративного характеру затемнення, тобто наявна двобічна пневмонія.

Враховуючи важкість стану і прогресування легеневої недостатності, 22.03.2011 хворий переведений у реанімаційне відділення та проведена корекція в лікуванні. Для наступного етапу лікування призначено: авелокс (моксифлоксацин) фторхінолон 400 мг внутрішньовенно 1 раз, ровамідин (спіраміцин, макролід) внутрішньовенно по 3 млн МЕ х 3 рази на добу, клексан 0,4 х 2 рази на добу, евкабал по 1 чайній ложці х 3 рази, зволожений кисень через носовий катетер на фоні продовження симптоматичної терапії. Протягом 22-23.03.2011 стан хворого залишався дуже тяжким: температура тіла 38,1-38,9 °С. Вранці 24.03.2011 стан хворого покращився – температура субфебрильна, кашель став вологим, у легенях значно менше хрипів, зменшилась задишка. 25.03.2011 на обличчі та спині з'явилась гостра алергічна кропив'янка, в зв'язку з чим внутрішньовенне введення ровамідину відмінили. Лікування фторхінолоном продовжено. Додатково призначили преднізолон 60 мг х 2 рази та тавегіл 1,0 в/м'язово. В коагулограмі від 23.03.2011 фібрин збільшився до 6,2 г/л.

Результати лабораторного обстеження 24.03.2011: Нв – 102 Г/л, Ер. – 3,3 Т/л, Л – 3,9 Г/л,

ШОЕ – 65 мм/год. До лікування додали сумамед (макролід) 1 табл. 500 мг 1 раз на добу. В наступні дні 26-29.03.2011 стан хворого поступово покращувався: зменшилась задишка, кашель став вологим, температура субфебрильна. Результати лабораторного обстеження 28.03.2011: Нв – 106 Г/л, Ер. – 3,2 Т/л, Л – 3,2 Г/л, ШОЕ – 46 мм/год. На контрольній рентгенограмі грудної клітки від 30.03.2011 рентген-динаміка в легенях позитивна: інфільтрація справа по всій довжині переважно периваскулярна. Зліва від третього ребра вниз зниження пневматизації легеневої тканини, корені мало структурні. Верхня частка лівої легені підвищеної прозорості. Висновок: двобічна пневмонія, стадія розсмоктування (рис. 3). 5.04.2011 хворого переведено в терапевтичне відділення. Стан пацієнта покращується: відзначає загальну слабкість, пітливість, незначний кашель. Об'єктивно: пульс 72 за 1 хв., АТ 130/80 мм рт.ст., частота дихання 18 за 1 хв. У легенях справа в нижній долі крепітація. Медикаментозне лікування продовжується, призначено лікування в фізіотерапевтичному відділенні: масаж спини та електрофорез із гепарином на нижні відділи грудної клітки. Стан хворого стабілізувався, температура тіла нормалізувалась.

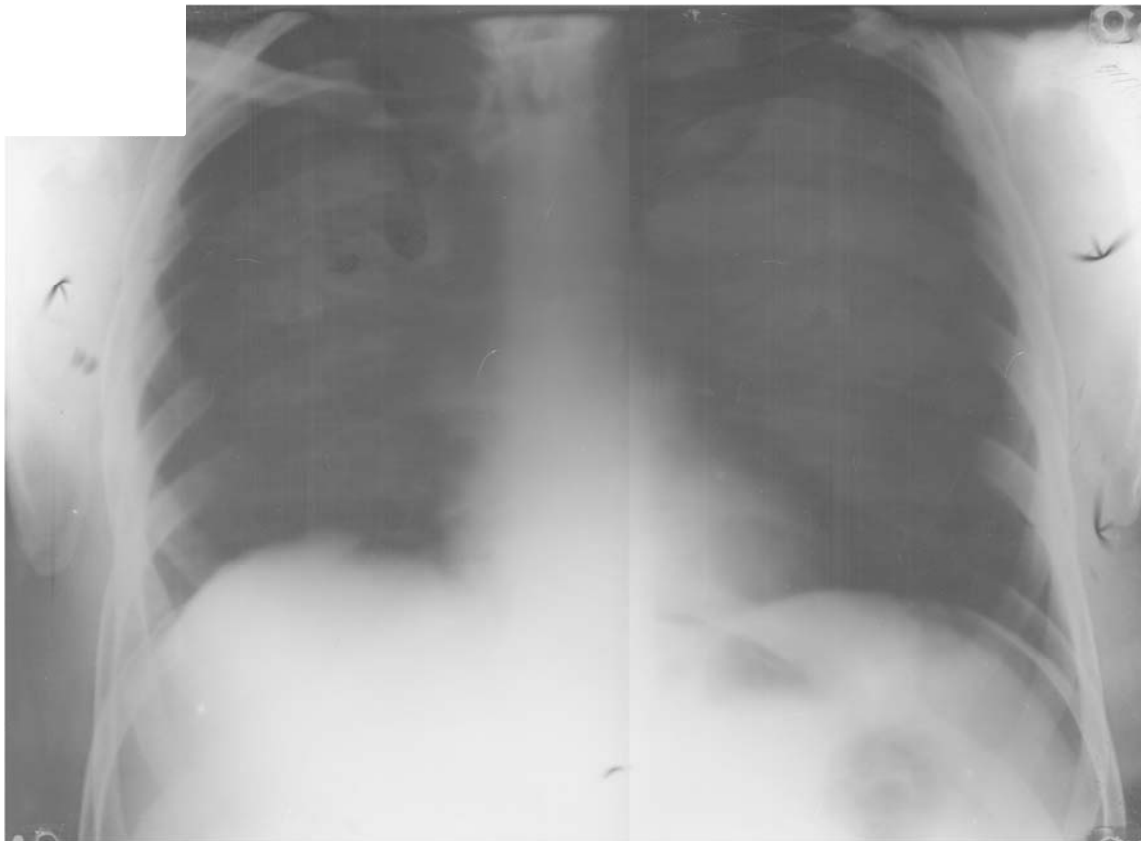


Рис. 3. Рентгенограма грудної клітки пацієнта Р. від 30.03.2011 р. Рентген-динаміка в легенях позитивна: інфільтрація справа на всій довжині переважно периваскулярна. Зліва від третього ребра вниз зниження пневматизації легеневої тканини, корені малоструктуровані. Верхня частка лівої легені підвищеної прозорості. Висновок: двобічна пневмонія, стадія розсмоктування.

Результати лабораторного обстеження 4.04.2011: Нв – 130 Г/л, Ер. – 4,1 Т/л, Л – 4,0 Г/л, ШОЕ – 18 мм/год. На рентгенограмі органів грудної клітки від 14.04.2011: рентген-динаміка позитивна. Інфільтративних симптомів не виявлено. Залишається посиленням та деформованим легеневою рисунком білатерально в нижніх частках. Верх-

ні частки обох легень підвищеної прозорості. Правий купол діафрагми дещо піднятий. Висновок: двобічна пневмонія стадія розсмоктування (рис. 4). Враховуючи позитивну клініко-рентгенологічну та лабораторну динаміку, на 30-ий день лікування в стаціонарі хворого виписано на амбулаторне лікування в задовільному стані.



Рис. 4. Рентгенограма пацієнта Р. від 14.04.2011 р. Рентген-динаміка позитивна. Інфільтративних симптомів не виявлено. Залишається посиленням та деформованим легеневою рисунком білатерально в нижніх частках. Верхні частки підвищеної прозорості. Правий купол діафрагми дещо піднятий. Висновок: двобічна пневмонія, стадія розсмоктування.

Обговорення. Подано випадок успішного лікування тяжкої негоспітальної двобічної пневмонії, що вимагав комплексного лікування з переводом на етапі погіршення стану хворого в реанімаційне відділення. Основними діагностичними критеріями пневмонії є дані об'єктивного, рентгенологічного та лабораторного обстежень. Цінність рентгенографії полягає не лише в самому факті візуалізації пневмонічної інфільтрації, але і в оцінці динаміки патологічного процесу та підтвердження видужання. При лікуванні негоспітальної пневмонії III та IV категорій в комплекс протизапальної терапії необхідно назначати препарати групи фторхінолонів та макролідів з внутрішньовенним введенням. У випадку тяжкого перебігу пневмонії, тобто клініки категорії хворі повинні лікуватися в реанімаційному відділенні з метою попередження вираженої гіпоксії, розладів

свідомості та гемодинаміки, та при необхідності вчасно розпочати ШВЛ. Своєчасне застосування ШВЛ, як засобу профілактики прогресування дихальної недостатності та гіпоксії дає хворому час, щоб побороти інфекцію. У нашому випадку видужання хворого обійшлося без підключення ШВЛ на фоні комплексного лікування з постійним живанням зволоженого кисню через носовий катетер.

Висновки.

1. Хворі на негоспітальну пневмонію IV категорії з тяжким перебігом в умовах епідемії гострих респіраторних вірусних захворювань повинні лікуватися в реанімаційному відділенні.
2. Застосування внутрішньовенного введення фторхінолонів у поєднанні з макролідами у лікуванні хворих на негоспітальну пневмонію із тяжким перебігом є ефективним.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Белоусов. Ю.Б. Клиническая фармакология левофлоксацина / Ю.Б. Белоусов, М.А. Мухина // РМЖ. — № 10 (23). — 2002. — С. 1057— 1062.

2. Ващук В.В., Герич І.Д., Кордоба В.М. Перспективи застосування фторхінолонів IV покоління в лікуванні бактеріальних інфекцій (огляд літератури) / В.В. Ващук, І.Д. Герич, В.М. Кордоба [та ін.] // Медицина транспорту України. — 2007. — № 3 (23). — С. 82—90.
3. Дзюблик О.Я. Ефективність та безпечність лефлоцину в терапії позагоспітальної пневмонії нетяжкого перебігу у хворих, які потребують госпіталізації / О.Я.Дзюблик, О.О. Мухін // Doctor. — 2006. — № 1. — С. 48—49.
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія» від 19.03. 2007 р. № 128 Київ.
5. Фещенко Ю.И. Догма в использовании новых фторхинолонов: целесообразность или недальновидность / Ю. И. Фещенко, И.Г. Березняков // Здоров'я України. — 2009. — № 13-14. — С. 72—73.
6. Фещенко Ю.И. Место новых фторхинолонов в пульмонологической практике // Мистецтво лікування. — 2004. — № 9 (15). — С. 21—23.
7. Чучалин А.Г. Бактериальные пневмонии /А.Г.Чучалин // Пульмонология: национальное руководство. — 2009. — С. 191—256.
8. Яковлев С.В. Место фторхинолонов в лечении бактериальных инфекций // РМЖ. — 2003. — Т. 11, № 8. — С. 1—7.

M.J. DOLGOSH, I.V. CHOPEY, W.M. KANCHIY, W.M. BODNAR, T.M. SHELEPEC, W.A. OSTROWSKIY, O.D. MACHANEC, K.I. CHOPEY

Uzhhorod National University, Institute of Postgraduate Education and Chair of Therapy and Family Station, Regional Hospital Station Uzhhorod STBA "L'viv Rai1 Way", Uzhgorod

COMPLEX CLINICAL CASE OF COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA, CATEGORY IV

We presented the case of treating patient with community-acquired pneumonia, category IV. He has 45 let. The material is illustrated by clinical observations of the authors, X-ray examinations of lungs and results of blood general analysis in the dynamics. The outcome of the disease is recuper.

Key words: nonhospital pneumonia, ck1inic, macrolides and pluochyinoline, antibiotics treatment

Стаття надійшла до редакції: 4.06.2013