

ческой болезни сердца / Е.П. Павликова, И.А. Мерай // Кардиология. – 2003. – № 8. – С. 68 - 71.

6. Титов В.Н. Роль макрофагов в становлении воспаления, действие интерлейкина-1, интерлейкина-6 и активность гипоталамо-гипофизарной системы: (обзор литературы) / В.Н. Титов // Клинич. лабораторная диагностика. – 2003. – № 12. – С. 3 - 12.

7. Dinarello C. Proinflammatory cytokines / C. Dinarello // Chest. – 2000.-Vol.118, N 9. – P. 503 – 508.

8. Ford E.S. Body Mass Index, Diabetes, and C-reactive protein Among U.S. Adults / E.S. Ford // Diabetes Care. – 1999. – Vol. 22. – P. 1971 – 1977.

9. Halkin A. Potential indications for angiotensin-converting enzyme inhibitors in atherosclerotic vascular disease / A. Halkin, G. Keren // Am. J. Med. – 2002. – Vol. 112. – P. 126—134.

10. Hernandez-Presa M.A. Atorvastatin reduces the expression of cyclooxygenase-2 in a rabbit model of atherosclerosis and in cultured vascular smooth muscle cells / M.A. Hernandez-Presa, J.L. Martin-Ventura, M. Ortega // Atherosclerosis. – 2002. – Vol. 160.- P. 49—58.

11. Kroop I. Levels of C-reactive protein as a measure of acute myocardial infarction / I. Kroop, N. Shackman // Proc. Soc. Exp. Biol. Med. – 1954. – Vol. 86. – P. 95 – 97.

12. Kuller L.H. Relation of C-reactive protein and coronary heart disease in the MRFIT nested case-control study / L.H. Kuller, R.P. Tracy, J. Shaten // Am. J. Epidemiol. – 1996. – Vol. 144. – P. 537 – 547.

13. McCullough P. A. The antiinflammatory effects of statins / P.A. McCullough, D.W. McCarey, I.B. McInnes // N. Engl. J. Med. – 2001. – Vol. 345. – P. 1209-1211.

14. Pradhan A.D. C-reactive protein, interleukin-6, and risk of developing type 2 diabetes mellitus / A.D. Pradhan, J.E. Manson, N. Rifai // JAMA. – 2001. – Vol. 286. – P. 327 – 334.

15. Ridker P.M. C-reactive protein and risks of future myocardial infarction and thrombotic stroke / P.M. Ridker // Eur. Heart J. – 1998. – Vol. 19. – P. 1 – 3.

16. Ridker P. M. Inflammation, aspirin, and the risk of cardiovascular disease in apparently healthy men / P.M. Ridker, M. Cushman, M.J. Stampfer // N. Engl. J. Med. – 1997. – Vol. 336. – P. 973-979.

17. Ridker P. M. Long-term effects of pravastatin on plasma concentration of C-reactive protein / P.M. Ridker, N. Rifai, M.A. Pfeffer // Circulation. – 1999. – Vol. 100. – P. 230-235.

18. Risk Profile and Undertreatment of Peripheral Arterial Disease 7,013 Patients from the International REACH Registry / D.L. Bhatt, P.G. Steg [et al.] // J. Am. College Cardiology. – 2005. – Vol. 45, N 3 Suppl 1 and poster presented at the American College of Cardiology Annual Scientific Sessions, Orlando, FL, USA, 6-9 March 2005.

19. Ross R. Atherosclerosis an Inflammatory disease / R. Ross // N. Engl. J. Med. – 1999. – Vol. 340. – P. 115 – 126.



УДК 616.27-002-036:616.155.392:612.017

І.С. Борисова

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ПНЕВМОНІЙ У ХВОРИХ З ТЯЖКИМИ ПОРУШЕННЯМИ ІМУНІТЕТУ НА ФОНІ ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ КРОВІ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра медико-соціальної експертизи та реабілітації
(зав. – д. мед. н., проф. Л.Ю. Науменко)

Ключові слова: пневмонія, клінічний перебіг, порушення імунітету, онкологічні захворювання крові

Key words: pneumonia, clinical course, immunity disorders, oncologic diseases of blood

Резюме. В статті на достаточному кількості фактичного матеріалу показані особливості клінічного течення пневмоній у хворих з тяжкими порушеннями імунітету на фоні онкологічних захворювань крові: стерте початок, недостаточність клінічної симптоматики, особливо в дебюті захворювання. Показано, що течення пневмоній у хворих з тяжкими порушеннями імунітету на фоні онкологічних захворювань крові в 78,0 % тяжеле, що обумовлено частим двохстороннім ураженням легких і розвитком ускладнень.

Summary. In the article on sufficient factual data there were revealed clinical features of pneumonia in patients with severely impaired immunity against blood cancer: blurred beginning, lack of clinical symptoms, especially

at the onset of the disease. It is shown that pneumonia course in patients with severely impaired immunity against blood cancer in 78,0% is severe; this is due to the frequent bilateral lesions of the lungs and development of complications.

За даними ВООЗ, у 40% випадків тривалість життя людей у світі зменшується за рахунок інфекційних захворювань, при цьому пневмонія посідає четверте місце серед причин смертності в загальній популяції [22]. Незважаючи на успіхи медицини (стандартизовані підходи до діагностики пневмоній, сучасні протоколи лікування, що засновані на принципах доказової медицини), розповсюдженість цього захворювання підвищується з кожним роком [24]. Цей факт, у свою чергу, веде до значних економічних витрат, росту показників інвалідизації та смертності [20]. За сучасними уявленнями «пневмонія» розглядається як гостре інфекційне захворювання, переважно бактеріальної етіології, що характеризується вогнищевим ураженням респіраторних відділів легень з внутрішньопальвеолярною ексудацією. У Міжнародній класифікації хвороб, травм та причин смерті Х перегляду із рубрики «Пневмонія» виключені захворювання, що спровоковані фізичними факторами та факторами алергологічного або судинного походження, а в основу класифікації покладено етіологічний фактор [10].

Відповідно до цієї класифікації пневмоній, що відповідає програмі діагностики та лікування пневмонії в Україні та регламентована наказом МОЗ № 128 від 19.03.2007, виділені такі форми цього захворювання: негоспітальна, нозокоміальна, аспіраційна та пневмонія в осіб з тяжкими порушеннями імунітету [11].

Особливу групу пневмоній в осіб з тяжкими порушеннями імунітету відокремлено у зв'язку з особливим етіологічним фактором цього захворювання та патогенетичними особливостями перебігу. Цю, досить неоднорідну, групу складають хворі з вродженим імунodefіцитом, ВІЛ-інфекцією та ятрогенною імуносупресією.

Відомо, що хворі з онкологічними захворюваннями крові мають значні порушення імунітету [1, 2, 8, 11, 25, 29]. Функціональна неспроможність клітинного і гуморального імунітету та факторів неспецифічної резистентності організму таких хворих зумовлена, в першу чергу, проявами основного захворювання. У той же час, вплив загальноприйнятих методів лікування – цитостатиної (ЦТ), хіміо- та глюкокортикостероїдної терапії (ГКСТ) – стає відповідним за так звану ятрогенну імуносупресію [8, 25, 29].

Хворі з порушеннями імунітету на фоні онкологічних захворювань крові мають більш висо-

кий ризик розвитку пневмонії, ніж у середньому в популяції згідно з рівнем доказовості І у зв'язку із наявністю у них таких факторів ризику: нейтропенія; гіпогамглобулемія; анемія; стан після трансплантації органів, хіміотерапія; імуносупресивна терапія; глюкокортикостероїдна терапія [25, 29]. Так, застосування цитостатиків призводить до зменшення кількості нейтрофілів, що порушує їх захисні функції [27]. Глюкокортикостероїдні препарати погіршують фагоцитарні та міграційні функції нейтрофілів, що проявляється якісними дефектами процесів хемотаксису, фагоцитозу та реалізації бактерицидних властивостей [16, 17, 29]. Хіміопрепарати, що є досить токсичними, додатково ушкоджують Т- і В- лімфоцити, що також знижує їх функціональну активність та проявляється в неспроможності лізувати бактерії та нейтралізувати їхні токсини [23].

Отже, хворі з онкологічними захворюваннями крові у зв'язку з таким несприятливим медикamentозним впливом, який призводить до дефектів гуморального імунітету, мають вірогідно більшу можливість розвитку інфекційних ускладнень, у тому числі пневмоній. Практично 50% хворих з онкологічними захворюваннями крові на тлі високодозної поліхіміотерапії (ВПХТ) хворіють на пневмонії. При цьому летальність є досить високою і становить 28% [5, 26].

Діагноз пневмонії базується на основі комплексного підходу аналізу клінічних симптомів та додаткових методів дослідження: рентгену легень, мікроскопічного та бактеріоскопічного дослідження мокротиння. Клінічними проявами пневмонії є: кашель; виділення мокротиння; гострий початок захворювання та підвищення температури тіла вище 38° С. Фізикальні ознаки пневмонії – скорочення перкуторного звуку над вогнищем ураження, жорстке бронхіальне або послаблене дихання, посилення голосового тремтіння; при аускультатії - локальні дзвінки вологі дрібнопухирцеві хрипи та/або крепітація. Специфічність та чутливість таких клінічних ознак у діагностиці пневмонії становлять 84% та 74% відповідно. Ні один з вищезазначених симптомів пневмонії не є патогномонічним, але відсутність одного або більше з них робить діагноз захворювання менш вірогідним. Діагноз пневмонії не є визначеним без наявності у хворого рентге-

нологічно підтвердженої вогнищевої інфільтрації легеневої тканини [11, 22, 24].

Вищезазначені критерії є обов'язковими і для пневмонії, що виникає у хворих з тяжкими порушеннями імунітету на фоні онкологічних захворювань крові. Але більшість науковців та клініцистів зауважують, що клінічна картина пневмонії таких хворих має свої особливості, що пояснюється саме порушеннями імунітету і може ускладнювати діагностику цього захворювання [1, 4, 5, 7, 21, 25, 26, 28].

Зниження реактивності організму, формування імунодефіциту впливають на перебіг пневмонії, підвищуючи частоту і тяжкість ускладнень та погіршуючи прогноз захворювання [8, 27, 29]. Особливість перебігу пневмонії у хворих з порушеннями імунітету на фоні онкологічних захворювань крові доводить і той факт, що відсоток збігу патологоанатомічних та клінічних діагнозів „пневмонія” у таких хворих становить від 40 до 77% [13].

Отже, проблема пневмонії в осіб з тяжкими порушеннями імунітету на сьогодні залишається дискусійною та актуальною. Саме тому увага науковців прикута до вивчення питань, що пов'язані з діагностикою та особливостями клінічного перебігу пневмоній на фоні онкологічних захворювань крові. На жаль, всі уявлення щодо клінічних проявів пневмонії та особливостей перебігу у хворих на фоні онкологічних захворювань крові засновані на міжнародному досвіді та дослідженнях, які проведені в зарубіжних країнах [18, 19, 21, 27, 28].

Мета роботи: визначити особливості клінічного перебігу пневмоній у хворих з тяжкими порушеннями імунітету на фоні онкологічних захворювань крові.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Всього досліджено 655 хворих на пневмонію з тяжким порушенням імунітету на фоні онкологічних захворювань крові. Вік хворих становив від 32 до 76 років. Серед досліджуваних - 215 жінок і 440 чоловіків. Проспективно досліджували 175 пацієнтів та ретроспективно - 480 хворих. У пацієнтів, які досліджувались ретроспективно, проводився детальний аналіз історій хвороби. Всі хворі проходили лікування у спеціалізованому відділенні онкогематологічного центру КЗ міської багатoproфільної клінічної лікарні №4 м. Дніпропетровська (2008-2011 рр.). Особливості клінічного перебігу пневмоній, симптоми та синдроми, час їхнього виникнення та ступінь вираженості вивчали на підставі комплексу клінічних, лабораторних та рентгенологічних методів дослідження в динаміці. Осо-

блива увага приділялася вивченню скарг та анамнезу захворювання, виявленню фізикальних змін під час об'єктивного обстеження хворих.

Діагноз онкологічних захворювань крові у хворих досліджуваної групи був верифікований згідно з загальноприйнятими клінічними та морфологічними критеріями, що закріплені Наказом МОЗ України № 554 від 17.09.2007р «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «онкологія» із доповненнями згідно з Наказом МОЗ України № 645 від 30.07.2010р [9, 19]. Діагноз пневмонії було верифіковано згідно з Наказом МОЗ України №128 від 19.03.2007р. «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія» [11].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За аналізом перебігу пневмонії хворих досліджуваної групи виявлено, що у 573 хворих розвитку гострого запального процесу передувала цитостатична терапія, що становило 87,5%. З приводу пневмонії в спеціалізоване гематологічне відділення госпіталізовані 82 хворих, що становило 22,5%.

При аналізі скарг хворих досліджуваної групи встановлено, що у 387 хворих (59%) пневмонія дебютувала значним підвищенням температурної реакції у першу добу захворювання. У 300 пацієнтів визначалася фебрильна температура (38,1 – 39,0°C), що становило 45,7 %, у 87 хворих визначалася температура вище за 39,1°C, що становило 13,3 %. Початок пневмонії у 268 хворих досліджуваної групи (41,0%) був непомітний. Так, у 44 хворих (6,7%), взагалі не було підвищеної температурної реакції в першу добу захворювання, а субфебрильні цифри спостерігались у 224 хворих (34,3%).

Отже, початок пневмонії у хворих з тяжким порушенням у 93,3% випадків характеризувався підвищеною температурною реакцією. У той же час майже в половині випадків початок пневмонії у хворих з порушенням імунітету був непомітний або не визначений чітко. Це пояснювалося тим, що субфебрильна температура або її поява вважалася проявом онкологічного захворювання крові.

Особливості динаміки температурної реакції хворих досліджуваної групи на фоні використання антибактеріальних препаратів (АБП) представлена в таблиці. Третій день захворювання: субфебрильні цифри температурної реакції спостерігались у 199 хворих (30,4%), фебрильні – у 374 хворих (57,0%), лихоманка – у 92 хворих (14,0%). Сьомий день захворювання: субфебрильні цифри спостерігались у 123 хворих

(18,8%), фебрильні – у 460 хворих (73,4%), лихоманка – у 72 хворих (10,9%). Десятий день захворювання: лихоманка не спостерігалась у хворих досліджуваної групи, а питома вага хворих із фебрильними та субфебрильними цифрами зменшилась до 214 (32,7%) і 92 (14,0%) хворих відповідно, за рахунок підвищення кількості хворих з нормальними цифрами температури. Незважаючи на проведену системну анти-

бактеріальну терапію (АБТ), до 14 дня захворювання залишалася група хворих - 118 осіб (18,0 %), які мали фебрилітет. Майже у третини хворих - 216 (33%) на фоні подальшого клінічного поліпшення з 10 по 21 день захворювання ввечері спостерігалось підвищення температури до субфебрильних цифр при нормальних цифрах температури ранком.

Клінічна симптоматика пневмонії хворих з тяжким порушенням імунітету

Симптоми	1-й день		3-й день		7-10-й день	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Температура, 36,6-37,9°C	224	34,3	199	30,4	214	32,7
Температура, 38,0-38,9°C	300	45,7	374	57,0	92	14,0
Температура, вище за 39°C	87	13,3	92	14,0	-	-
Кашель	138	21,0	331	50,3	250	38,2
Мокротиння	46	7	46	7	210	32,0
Задишка	338	51,67	338	51,67	475	72,5
Біль у грудній клітині	16	2,4	98	14,9	98	14,9
Скорочення перкуторного звуку	179	26,9	376	57,4	655	100
Ослаблення дихання	216	32,9	256	39,0	39	67,2 %
Вологі хрипи при аускультції	76	11,6	256	39,0	345	52,7
Крепітація	-	-	92	14,0	-	-
Інтоксикація	578	88,3	599	91,5 %	599	91,5 %

Інші симптоми інтоксикації (слабкість, підвищена втомлюваність, сонливість, поганий апетит, запаморочення, тощо) в першу добу виникнення пневмонії були наявні у переважної більшості досліджуваних і виявлялися у 600 хворих, що становило 91,5 %. При цьому у 46 хворих досліджуваної групи саме симптоми інтоксикації на фоні супутніх захворювань визначали тяжкий ступінь перебігу пневмонії, що становило 7,0%.

Задишка при маніфестації пневмонії відмічалася у 338 хворих досліджуваної групи, що становило 51,67 %. При цьому показник ЧД в середньому становив $24,4 \pm 2,2$ за 1 хв. Динаміка змін цієї клінічної ознаки характеризувалася кількісними та якісними змінами. На 3-7 день захворювання задишка посилювалася: турбувала не тільки при фізичному навантаженні, а й у стані спокою. Кількість хворих із задишкою на 10-й день захворювання збільшилася до 475 осіб і становила 72,5% хворих.

Кашель на початку захворювання турбував менше третини досліджуваної групи і зустрі-

чався у 138 хворих, що становило 21,0%. При цьому у 92 хворих кашель був непродуктивним. Вологий кашель у першу добу захворювання спостерігався лише у 46 хворих, що становило 7,0%. На 5-8 добу кількість хворих зі скаргами на кашель збільшилася до 331, що становило 50,35% хворих досліджуваної групи. При цьому виділення мокротиння протягом захворювання виявлялося всього у 210 хворих досліджуваної групи, що становило 32,0%. Важливо зазначити, що вологий кашель частіше з'являвся у хворих, які мали хронічні захворювання легень в анамнезі – хронічний необструктивний (простий) бронхіт, ХОЗЛ, туберкульоз легень, професійні захворювання легень (пневмоконіоз, пиловий бронхіт, силікоз).

Отже, більше ніж 50% хворих досліджуваної групи не виділяли мокротиння протягом клінічного перебігу пневмонії. Це ставало на заваді визначення етіологічного чинника пневмонії.

Біль у грудях турбував незначну кількість хворих у групі дослідження. З першого дня зах-

ворювання на біль у грудях при диханні або кашлі скаржилися 16 хворих, що становило 2,4%, з 5-7 дня – 98 хворих, що становило 14,9%. Скарги на біль у грудній клітині пред'являли лише хворі, у яких був визначений плеврит.

Таким чином, перебіг пневмонії хворих з тяжкими порушеннями імунітету на початку захворювання характеризується недостатністю клінічних проявів: клінічно значуще підвищення температури, зустрічалось у 59% хворих досліджуваної групи, кашель – у 21,0% хворих, виділення мокротиння лише у 7% хворих.

При об'єктивному обстеженні хворих групи дослідження фізикальні зміни у вигляді скорочення перкуторного звуку над легеньми в перший день захворювання визначали у 179 хворих, що становило 26,9%, на 3 день – у 376 хворих, що становило 57,4%. На 7 день захворювання скорочення перкуторного звуку при перкусії визначали у всіх хворих досліджуваної групи (табл. 1).

Вологі хрипи при аускультатії в першу добу захворювання визначали у 76 хворих, що становило 11,6%, послаблене дихання - у 216 хворих, що становило 32,9%, крепітація не визначена в жодного хворого. Аускультативні дані в динаміці спостереження на третій день захворювання: вологі хрипи можливо було вислухати у 256 хворих, що становило 39,0%, послаблене дихання - у 416 хворих, що становило 63,5%, крепітація була наявною у 92 хворих, що становило 14,0%. На сьомий день захворювання: вологі хрипи можливо було вислухати у 345 хворих, що становило 52,7%, послаблене дихання - у 574 хворих, що становило 87,7%, приросту хворих із крепітацією не було виявлено, що зумовлено часом виникнення такого патофізіологічного феномену при пневмонії.

Важливо, що початок пневмонії у третини хворих досліджуваної групи з тяжким порушенням імунітету характеризувався відсутністю характерних змін фізикальних даних. Так, у першу добу захворювання у 203 хворих досліджуваної групи (30,9%) не було виявлено ніяких фізикальних змін над легеньми: ані при перкусії, ані при аускультатії. У цих випадках приводом для проведення рентгенологічного дослідження були скарги на підвищення температури або задишка.

Отже, діагностична значущість фізикальних даних при об'єктивному дослідженні у хворих з порушеннями імунітету в групі дослідження не перевищувала 30%. Так, у дебюті захворювання дані перкусії та аускультатії у вигляді скорочення легеневого звуку, послаблення дихання, вологих хрипів та крепітації визначалися лише у третини хворих.

Інфільтративні зміни в легеньми при рентгенологічному дослідженні в групі хворих з порушеннями імунітету на початку захворювання не було виявлено у 293 хворих, що становило 44,7%. У 136 хворих (20,7%) відсутність змін при рентгенологічному дослідженні пояснювалась наявністю нейтропенії на фоні онкологічного захворювання крові (частіше – гострого лейкозу). У зв'язку з тяжким станом рентгенологічне дослідження в першу добу захворювання не було проведено у 195 хворих (29,7%). Тяжкий стан хворих визначався як симптомами пневмонії: гектичною лихоманкою, задишкою в стані спокою при ЧД більше ніж 28 за хв.; так і супутніми захворюваннями – стан після спленектомії, виражений астеничний синдром на фоні дефіциту маси тіла. На 3-7 день захворювання за умов клінічного поліпшення та при підвищенні кількості лейкоцитів або тенденції до зменшення нейтропенії, інфільтративні зміни в легеньми при рентгенограмі були виявлені у всіх хворих досліджуваної групи.

Отже, в першу добу захворювання інфільтративні тіні при рентгенологічному дослідженні можливо було виявити у 362 хворих, що становило 55,3%. При цьому плеврит виявили у 85 хворих, що становило 13,4%.

Двобічну локалізацію інфільтративних змін визначено у 258 хворих досліджуваної групи (39,4%). Однобічну інфільтрацію визначено у 397 хворих (60,6%). Серед них - лівобічна локалізація була у 204 хворих (51,4% та 31,1% від досліджуваної групи), правобічна – у 193 хворих (48,6% та 29,5% від досліджуваної групи). Локалізація інфільтративних змін при пневмонії хворих з тяжкими порушеннями імунітету досліджуваної групи представлена на рисунку 1. Однобічне ураження найчастіше локалізувалося в нижній частці, що визначено у 251 хворого (63,2% та 38,3% від досліджуваної групи), у верхній частці – у 76 хворого (19,1% та 11,6% від досліджуваної групи).

Двобічна локалізація інфільтративних змін та ускладнення пневмонії у вигляді плевриту або дихальної недостатності більшістю науковців визначаються як критерії тяжкого перебігу захворювання [3, 4, 6, 11, 12, 13, 15, 25]. У 258 хворих групи дослідження виявлено двобічну локалізацію пневмонії, що становило 39,4%, 425 хворих мали легеневі ускладнення, що становило 64,9%. Структура ускладнень пневмонії хворих з тяжкими порушеннями імунітету групи дослідження представлена на рисунку 2. Плеврит ускладнював перебіг пневмонії у 252 хворих, що становило 38,0%, при цьому 134 хворих (20,4%)

мали двобічне ураження плевритом. Абсцес ускладнював перебіг пневмонії у 67 хворих, що становило 10,2%. Дихальна недостатність зустрічалась у 402 хворих, що становило 61,4%. Кровохаркання було не частим ускладненням у

групі дослідження і зустрічалось лише у 39 хворих, що становило 5,9 % випадків. Кровохаркання зустрічалось на фоні формування абсцесу легень, зазвичай, на 7-10 день.

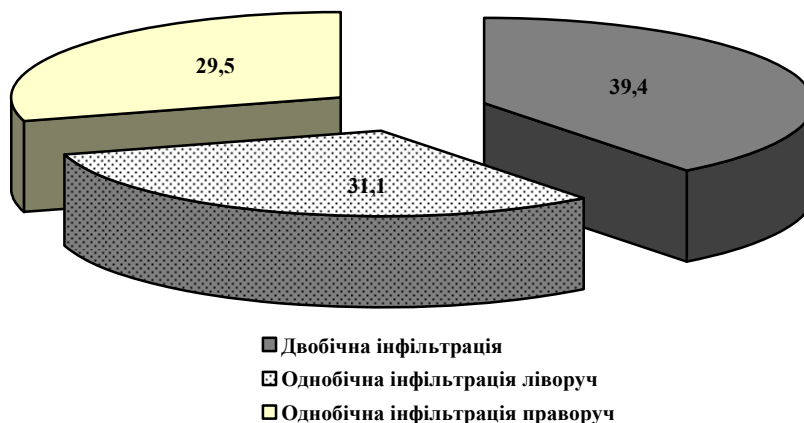


Рис. 1. Локалізація інфільтративних змін при пневмонії хворих з тяжкими порушеннями імунітету досліджуваної групи

Отже, за даними клінічного аналізу, перебіг пневмонії хворих групи дослідження в 78,0% був тяжким. У 46 хворих (7,0%) це зумовлено переважно вираженим інтоксикаційним синдромом

та супутніми захворюваннями, у 465 хворих (71,0%) – двобічним запальним процесом та розвитком ускладнень у вигляді плевриту, абсцесів або дихальної недостатності.

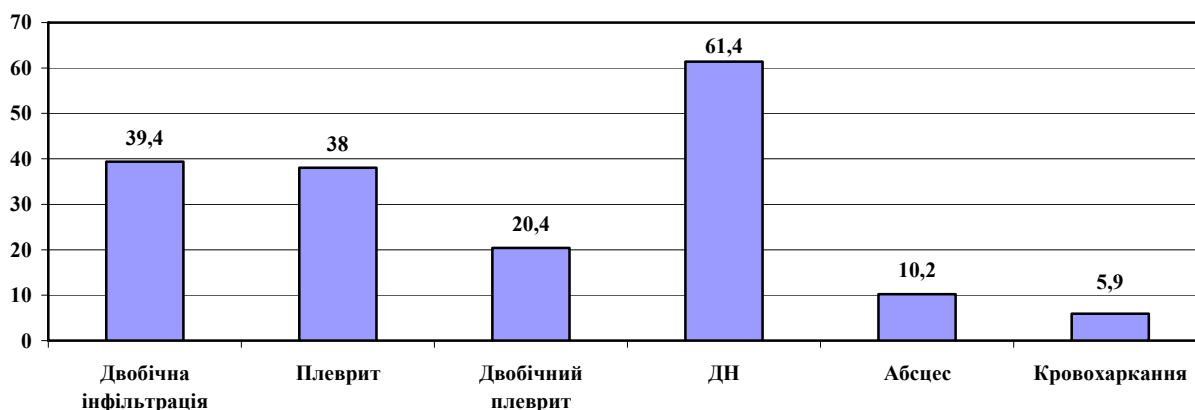


Рис. 2. Структура ускладнень пневмонії хворих з тяжкими порушеннями імунітету на фоні онкологічних захворювань крові

ВИСНОВКИ

1. Діагноз пневмонії у хворих з порушеннями імунітету на фоні онкологічних захворювань крові базується на основі загальноприйнятого комплексу клініко-рентгенологічних синдромів та характеризується певними особливостями клі-

нічного перебігу: стертий початок, недостатність клінічних проявів, особливо в дебюті захворювання, тяжкий перебіг, часті легеневі ускладнення.

2. Клініко-лабораторними ознаками в дебюті пневмонії у хворих з тяжкими порушеннями

імунітету є: підвищення температури тіла, задишка у спокої, кашель, переважно сухий, біль у грудях. Наявність фізикальних змін в легенях та рентгенологічна інформативність у першу добу розвитку пневмонії низькі і виявляються лише у половини хворих на пневмонію з порушеннями імунітету на фоні онкологічних захворювань крові.

3. Перебіг пневмонії у хворих з порушеннями імунітету на фоні онкологічних захворювань крові в 78,0% тяжкий. Це зумовлено не тільки вираженим інтоксикаційним синдромом, а частим двобічним інфільтративним ураженням легень та розвитком легеневих ускладнень, серед яких найчастішими є дихальна недостатність та плеврит.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Багірова Н.С. Бактериєми у больных гемобластозами / Н.С.Багірова, Н.В. Дмитриева // Проблемы гематологии и переливания крови. – 2002. – № 4. – С. 21-33.
2. Багірова Н.С. Инфекции в онкогематологии / Н.С. Багірова // Новое в онкологии / под ред. И.В.Поддубной и Н.А. Огнерубова. – Воронеж, 2001. – С. 366–380.
3. Внебольничная пневмония у взрослых: Практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике / А.Г. Чучалин, А.И. Синопальников, Л.С. Страчунский [и др.]. – М., 2006. – 76 с.
4. Воробьев А.И. / Критические состояния при гемобластозах (типичные формы и выживаемость в условиях отделения реанимации) / А.И.Воробьев, В.Г. Горелов, В.М. Городецкий // Терапевт. архив. – 1993. – № 7. – С. 3-7.
5. Галстян Г.М. Легочные осложнения у больных гематологическими заболеваниями / Г.М.Галстян, А.Н.Соколов, В.Г. Савченко // Респираторная медицина. Т.2. / под ред. А.Г.Чучалина. – М.: Изд. группа Гэотар- медиа, 2007. – С. 605-619.
6. Демчук Г.В. Особливості клінічного перебігу фатальної пневмонії / Г.В. Демчук // Укр. пульмонолог. журнал. – 2008, – № 3, додаток. – С.112.
7. Ісакова Л.М. Якість життя та особливості клінічного перебігу пневмонії у хворих на хронічні мієлопроліферативні захворювання / Л.М.Ісакова, Д.А. Лисенко // Укр. пульмонолог. журнал. – 2007. – № 2. – С. 78-79.
8. Клясова Г.А. Инфекционные осложнения у больных с нейтропенией: особенности эпидемиологии и лечения / Г.А. Клясова // Кремлевская медицина. – 2001. – № 1. – С. 12-20.
9. Международная классификация онкологических болезней. – 2-е изд. – М., 1995. – 126 с.
10. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр: Т. 1. – М., 1995. – 51с.
11. Негоспітальна та нозокоміальна (госпітальна) пневмонія у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія (метод. рекомендації). Наказ МОЗ України від 19.03.2007 р. № 128 // Наказ «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія». – К.: Велес, 2007. – С. 105-146.
12. Островський М.М. Фактори ризику розвитку та клініко-діагностичні особливості затяжного перебігу пневмоній / М.М.Островський, О.І. Варунків // Укр. пульмонолог. журнал. – 2008. – №3, додаток. – С.69.
13. Пересада Л.А. Клиническое течение и диагностика нозокомиальной пневмонии у детей с острой лимфобластной лейкемией / Л.А. Пересада // Укр. журнал гематології та трансфузіології. – 2006. – № 4. – С. 36-41.
14. Перцева Т.О. Аналіз клінічного перебігу негоспітальної пневмонії у хворих на стаціонарному етапі лікування та досвід застосування захищеного пеніциліну в режимі ступеневої терапії / Т.О.Перцева, Я.В. Попович // Укр. пульмонолог. журнал. – 2006. – № 1. – С.9-11.
15. Перцева Т.О. Аналіз тяжкості перебігу негоспітальної пневмонії на стаціонарному етапі / Т.О.Перцева, К.Ю.Богатская, Я.В. Попович // Укр. пульмонолог. журнал. – 2005. – № 1. – С.25-28.
16. Плехова Н.Г. Бактерицидная активность фагоцитов / Н.Г. Плехова // Журнал микробиологии. – 2006. – № 6. – С. 89–96.
17. Птушкин В.В. Лечение и профилактика осложнений химиолучевой терапии у больных с лимфомами / В.В. Птушкин // Прак. онкология. – 2004. – Т.5, № 3. – С. 223-230.
18. Срочная медицинская помощь в онкологии / под ред. Дж. У. Ярбо, Р. С. Борнштейна [пер. с англ.]. – М.: Медицина, 1985. – 291с.
19. Стандарти діагностики і лічення онкологічних больных: Наказ МОЗ України «Об утверждении протоколов оказания медицинской помощи по специальности «Онкология» от 17.09.2007 г. № 554 із доповненнями згідно Наказу МОЗ України № 645 від 30.07.2010р.
20. Фещенко Ю.І. Порівняльні дані про розповсюдженість хвороб органів дихання і медичну допомогу хворим на хвороби пульмонологічного профілю в Україні за 2008 – 2010 рр. – К., 2011.
21. Епидемиологія возбудителів кандидозів і їх чувствителісність к азолам: результати дослідження ARTEMIS Disk в Росії / А.В.Веселов, Л.С.Страчунский, И.Г.Мултых, Г.А.Клясова [и др.] // Клинич. микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2005. – № 1. – С.25-33.
22. American Thoracic Society. Guidelines for the Initial Management of Adults with Community-Acquired Pneumonia. Diagnosis Assesment of Severity and Initial Antimicrobial Therapy // Amer. Rev. Resp. Dis. – 1993. – Vol. 148, N 5. – P.1418–1426.

23. Bone R.C. The pathogenesis of sepsis / R.C. Bone // Ann. Inter. Med. – 1991. – Vol. 115, N 6. – P.457-469.
24. BTS Guidelines for the Management of Community Acquired Pneumonia in Adults // Thorax. – 2001. – Vol. 56. – P. 58-64.
25. Glauser M.P. Management of Infections in Immunocompromised Patients / M.P. Glauser, P.A. Pizzo. – 2000.
26. Incidence and outcome of pneumonia in patients with acute leukemia receiving first induction therapy with anthracycline-containing regimens / F. Rossini, M. Verga, G. Gilti [et al.] // Haematologica. – 2000. – Vol. 85. – P.1255-1260.
27. Pickering L.K. Effect of chemotherapeutic agents on metabolic and bactericidal activity of polymorphonuclear leukocytes / L.K. Pickering, C.D. Ericsson, S. Kohl // Cancer. – 1978. – Vol. 42, N 4. – P. 1741-1746.
28. Shorr A. Pulmonary infiltrates in non-HIV-infected immunocompromised patient: etiologies, diagnostic strategies and outcomes / A.Shorr, M.Susla, N.O'Grady // Chest. – 2004. – Vol. 125. – P. 260-271.
29. Transient bactericidal defect of peripheral blood phagocytes from children with acute lymphoblastic leukemia receiving craniospinal irradiation / R.L.Baehner, R.G.Neiburger, D.E.Johnson, S.M. Murrmann // New Engl J. Med. – 1973. – Vol. 289, N 23. – P. 1209-1213.



УДК 616.124-005.4:616.24-007.272-036.1

О.В. Фесенко

СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ПРИ ПОЄДНАННІ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ, ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ПРИ ЗБЕРЕЖЕНІЙ СИСТОЛІЧНІЙ ФУНКЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України»
кафедра факультетської терапії та ендокринології
(зав. – член-кор. АМН України, д.мед.н., проф. Т.О.Перцева)*

Ключові слова: ішемічна хвороба серця, хронічне обструктивне захворювання легень, лівий шлунок, діастолічна функція, рівень NT-проМНУП

Key words: ischemic heart disease, chronic obstructive pulmonary disease, left ventricle, diastolic function, NT-proBNP level

Резюме. Изучали структурно-функциональное состояние сердца у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с хроническим обструктивным заболеванием лёгких (ХОЗЛ) при сохранённой систолической функции левого желудочка (ЛЖ). В исследование включили 101 пациента, мужского пола, в возрасте от 45 до 75 лет. Обследовано 44 больных ИБС в сочетании с ХОЗЛ (I группа), 31 больной ХОЗЛ (II группа) и 26 больных ИБС (III группа). Проводили оценку систолической и диастолической функции левого желудочка с помощью доплер-эхокардиографии (ДЭхоКГ), изучали функцию внешнего дыхания, определяли уровень NT-проМНУП в сыворотке крови количественным методом. Показана необходимость проведения ДЭхоКГ всем больным ХОЗЛ для оценки систолической и диастолической функции ЛЖ, исключения сердечной недостаточности (СН) с сохранённой или сниженной систолической функцией ЛЖ как одной из причин одышки. Установлено, что сочетание ИБС и ХОЗЛ усугубляет функциональное ремоделирование ЛЖ и приводит к развитию диастолической дисфункции ЛЖ в 75% случаев. Обоснована необходимость количественного определения уровня NT-проМНУП у больных с сочетанием ИБС и ХОЗЛ при сохранённой систолической функции ЛЖ, наличии признаков диастолической дисфункции, увеличении индекса объёма левого предсердия, гипертрофии ЛЖ и отсутствии увеличения полостей сердца для исключения СН с сохранённой фракцией выброса.