

**ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ХАРАКТЕРИСТИК КОМБІНОВАНОЇ ПАТОЛОГІЇ — СИНДРОМУ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ-ГІПОПНОЄ СНУ ТА БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ПРИ ЛІКУВАННІ БРОНХОЛІТИКОМ ПРОЛОНГОВАНОЇ ДІЇ**

*Ю.І. Фещенко, Л.О. Яшина, М.О. Полянська, Г.В. Сидун*

*Резюме*

В статті наведені результати дослідження ефективності пролонгованого  $\beta_2$ -агоністу серевента на тлі традиційної базисної терапії бронхіальної астми (БА) у хворих БА у поєднанні із синдромом обструктивного апное-гіпноє сну (СОАГС). 25 хворих БА II–IV ступеню, в стабільному стані, що знаходились на базисній терапії відповідно ступеню захворювання, і верифікованого за допомогою отоларингологічного дослідження і полісомнографії діагнозом СОАГС прийняли участь у дослідженні. 15 хворих — основна група — отримували серевент по 50 мкг 2 рази на добу на протязі 2-х місяців; 10 хворих — контрольна група — продовжували отримувати базисну терапію без серевенту.

Вивчалась динаміка симптомів астми (астма-рахунок, потреба в бронхолітиках короткої дії), дані пікфлоуметрії, бодіплетизмографії, проявів СОАГС (за результатами анкетування, полісомнографії), якість сну.

Результати обстеження свідчать про ефективність серевенту в лікуванні хворих із комбінованою патологією БА+СОАГС за рахунок поліпшення контролю за перебігом астми, суб'єктивного та підтвердженого інструментальними методами зменшення нічних проявів, і, як наслідок, покращання якості сну пацієнтів.

**PARTICULARITIES OF CLINICAL-FUNCTIONAL CHARACTERISTICS OF COMBINED PATHOLOGY — OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA-HYPOPNEA SYNDROME AND BRONCHIAL ASTHMA AFTER THE COURSE OF TREATMENT WITH LONG-ACTING BRONCHODILATOR**

*Yu.I. Feschenko, L.A. Yashyna, M.A. Polyanska, G.V. Sidun*

*Summary*

The results of the study of the effectiveness of long-acting  $\beta_2$ -agonist serevent in addition to standard basic asthma therapy in patients with bronchial asthma (BA), combined with sleep obstructive apnea-hypopnea syndrome (SOAHS), have been presented. 25 stable moderate and severe asthma patients, received basic therapy according to disease severity with polysomnographically and otolaryngologically verified diagnosis of SOAHS participated in the study. 15 patients (main group) received serevent 50 mcg BID, 10 patients (control group) continued their basic therapy without serevent.

Dynamics of asthma signs (asthma-score, need in rescue medication, data of the peakflowmetry, indices of bodyplethysmography), SOAHS signs (apnea questionnaire, polysomnographical data) and sleep effectiveness were studied.

The results of the study showed the effectiveness of serevent in treatment of patients with combined pathology: BA + SOAHS due to the improvement of asthma control, subjective and instrumentally proved decrease of night disturbances and, as a consequence, improvement of sleep quality.

УДК 616.24-002.036:576.853

**В.П. Мельник, Д.С. Разборов, О.А. Сірош**

**ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ ПРИ СУПУТНЬОМУ ІНФІКУВАННІ СHЛАМУДОРNYЛА PNEUMONIAE**

*Київський медичний інститут Української асоціації народної медицини*

Пневмонія відноситься до одного з найрозповсюджених захворювань органів дихання. Вона є медико-соціальною проблемою, в першу чергу — за показниками інвалідизації і смертності, а також економічними втратами внаслідок цього захворювання.

В Україні в 1998–2000 рр. захворюваність на пневмонію у дорослих складала 4,3–4,7 на 1 тис. населення, а смертність — 10,0–13,3 на 100 тис. населення, тобто померли 2–3 % захворівших на пневмонію [6]. В розвинутих країнах захворюваність на пневмонії складає від 3,6 до 16 на 1000 осіб [9].

Тривалість тимчасової непрацездатності в Росії дорівнює в середньому 25,6 дня і може коливатись в межах 12,8–45 днів [5]. В Україні період непрацездатності, зумовленої пневмонією, складав в 2000 р. 13,1 дня на 100 працюючих [6]. В США пневмонія призводить до втрати щорічно 150 млн. робочих днів, а загальні втрати на лікування — понад 10 млрд. доларів [6]. За даними зарубіжних авторів, середнє число ліжко-днів у пацієнтів більше 60 років складає 21 [10].

Пневмонія — це гостре інфекційне захворювання, переважно бактеріальної етіології, яке характеризується вогнищевим ураженням респіраторних відділів легень та наявністю внутрішньоальвеолярної ексудації [6].

Етіологічний підхід в постановці діагнозу пневмонії дуже важливий. Практичному лікарю майже завжди приходится призначати антибактеріальну терапію хворому не тільки у відсутності верифікації збудника в перші дні, але й взагалі без перспектив на отримання мікробіологічних даних про збудника [2]. Першим загальнодоступним й обов'язковим етапом є встановлення попереднього етіологічного діагнозу за клінічними й епідеміологічними даними з урахуванням етіологічної структури сучасних пневмоній [1, 3, 4]. Для правильної етіотропної терапії необхідно виділити і верифікувати збудника з мокротиння чи крові. У цьому випадку застосовується бактеріологічний метод діагностики.

Однак, для діагностики мікоплазменої, хламідійної і легіонельозної інфекції, культуральна діагностика яких утруднена, використовується серологічний метод (виявлення в крові антигенів збудників і специфічних антитіл до них за допомогою метода імуноферментного аналізу (ІФА), реакції непрямой імунофлюоресценції (РНІФ) чи реакції зв'язування комплекменту (РЗК)). Причому, проведене лікування майже не впливає на результати цих методів і виявлення антигенемії вважається одним з найточніших методів постановки етіологічного діагнозу при порівнянні з гемокультурою.

Частота хламідійної інфекції в розвитку негоспітальної пневмонії за даними літератури становить близько 50 %. Але більша частина уражень протікає субклінічно [8].

*Chlamydophyla pneumoniae* — це мікроорганізми, які є виключно внутрішньоклітинними паразитами. Вони спричиняють негоспітальну пневмонію, за даними українських авторів, в 2–3 % випадків, як правило з нетяжким перебігом. Але останнім часом збільшилась кількість публікацій про виявлення цих збудників у хворих на негоспітальну пневмонію в асоціації з іншими патогенами [6].

На кафедрі інфекційних захворювань, фтизіатрії та пульмонології були оброблені та проаналізовані дані досліджень щодо особливостей клінічного перебігу негоспітальної пневмонії, етіологічним чинником якої були типові патогени (моно- чи мікстинфекція) та асоціація *Chlamydophyla pneumoniae* з іншими типовими патогенами.

Метою цього дослідження було виявлення особливостей клінічного перебігу негоспітальної пневмонії при супутньому інфікуванні *Chlamydophyla pneumoniae*.

#### Матеріали, методи дослідження

Об'єктом дослідження обрано осіб від 18 до 74 років, обох статей, хворих на негоспітальну пневмонію III категорії (згідно з "Інструкцією про діагностику, клінічну класифікацію та лікування пневмонії", затвердженою наказом МОЗ України №311 від 30.12.99). Хворі включалися в дослідження за умови, що у них є характерні клінічні симптоми пневмонії, що виникла поза межами лікарні. Симптоми поєднувалися зі свіжими тінеутвореннями, переважно інфільтратами, на рентгенограмах легень, а в харкотинні хворих до початку антибіотикотерапії, за результатами фарбування за Грамом, виявлялося не менше 25 лейкоцитів і не більше 10 епітеліальних клітин в полі зору в разі малого ( $\times 100$ ) збільшення мікроскопу.

Пацієнти отримували наступне лікування: ступінчаста антибактеріальна терапія макролідами в поєднанні з цефалоспоринами III покоління, або фторхінолонами (згідно антибіограм).

Виписка хворих із стаціонару здійснювалась на підставі нормалізації клініко-лабораторних даних і покращання рентгенологічної картини. Аналізу підлягала тяжкість перебігу негоспітальної пневмонії та кількість ліжко-днів, які хворі провели у стаціонарі.

#### Результати та їх обговорення

Обстежено 104 хворих (68 чоловіків — 65,4 % і 36 жінок — 34,6 %) віком від 18 до 74 років (18–59 років — 78 хворих (75,0 %), 60 років і старші — 26 хворих (25,0 %)).

За даними бактеріологічних досліджень у всіх 104 хворих (100 %) було виявлено типового збудника, двох типових збудників або сполучення типового(их) збудника(ів) з хламідійною інфекцією.

Серологічно досліджувались антитіла проти *Chlamydophyla pneumoniae*. Встановлено: у 8 хворих (7,7 %) підвищення Ig A, у 14 хворих (13,5 %) — підвищення Ig G, у 60 хворих (57,7 %) підвищення обох імуноглобулінів (Ig A і Ig G) та у 22 хворих (21,1 %) показники імуноглобулінів були в межах норми. Тобто, сполучення типового(их) збудника(ів) з хламідійною інфекцією виявлено у 82 хворого, що складає 78,8 %.

На момент обстеження, Ig M не були виявлені у жодного хворого, оскільки даний імуноглобулін продукується на протязі 4–5 днів від початку захворювання, а в подальшому відбувається сероконверсія Ig M на Ig A. Виходячи з цього можна сказати, що у 100 % хворих розвиток хламідійної інфекції вже пройшов гостру стадію.

Хворі були умовно поділені за кількістю проведених ліжко-днів на три групи:

- 1) хворі з терміном лікування до 7 днів — 28 осіб (27,0 %);
- 2) хворі з терміном лікування від 8 до 15 днів — 54 особи (51,9 %);
- 3) хворі з терміном лікування більше 15 днів — 22 особи (21,1 %).

В кожній групі для оцінки впливу *Chlamydophyla pneumoniae* на перебіг захворювання хворі були розділені ще на три підгрупи, в залежності від значень збільшення імуноглобулінів в сироватці крові: з нормальним вмістом, з незначним підвищенням (до подвійної норми), зі значним підвищенням (з перевищенням подвійної норми) (Рис.).

Кількість хворих в 1-й групі з асоціацією хламідійної інфекції з типовим збудником склала 14 осіб (50,0 %), в 2-й групі — 44 особи (81,5 %), а в 3-й — 14 особи (63,6 %).

Причому хворих з терміном лікування до 7 днів, у яких рівень імуноглобулінів був значно підвищеним (перевищував

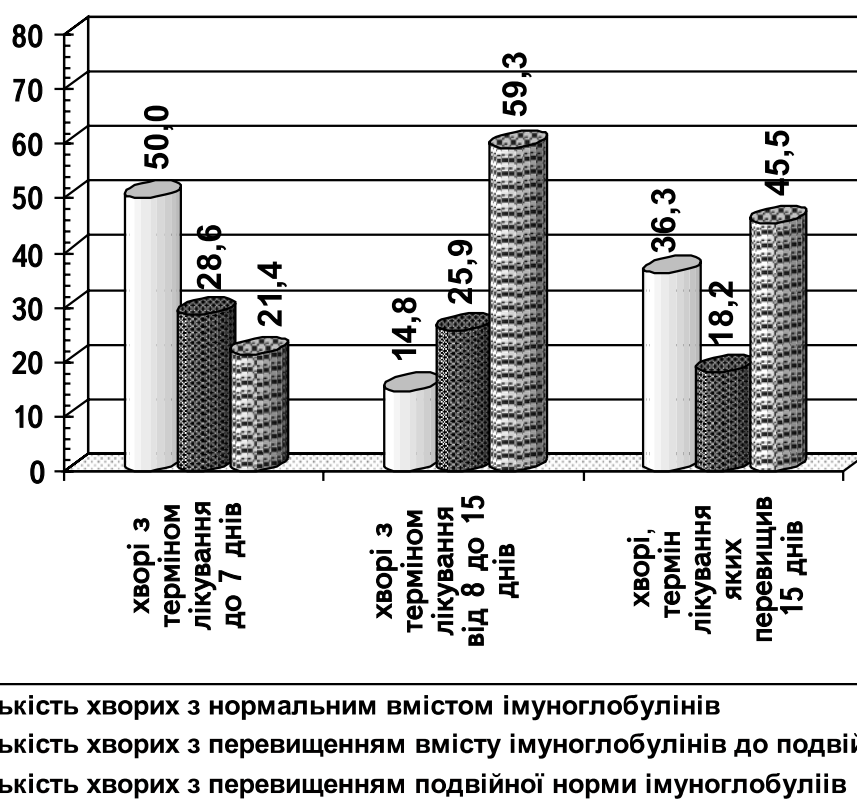


Рис. Розподіл кількості хворих в групах (у %) з нормальним і підвищеним вмістом імуноглобулінів

подвійну норму), виявлено всього 6 (21,4 %), з незначним підвищенням рівня імуноглобулінів (до подвійної норми) — 8 (28,6 %). Відповідно кількість хворих з нормальним вмістом імуноглобулінів складала 14 осіб (50,0 %).

В 2-й групі хворих з перевищенням подвійної норми імуноглобулінів було виявлено 32, що складає 59,3 %, з незначним підвищенням — 14 (25,9 %), а з нормальним вмістом імуноглобулінів — 8 хворих (14,8 %).

Третя група включала 10 хворих (45,5 %) зі значним підвищенням рівня імуноглобулінів (перевищенням подвійної норми), 4 хворих (18,2 %) з незначним підвищенням (до подвійної норми) і 8 хворих (36,3 %) з нормальним вмістом імуноглобулінів.

Необхідно відзначити, що досить тривалий термін лікування хворих третьої групи із нормальним вмістом імуноглобулінів, можливо був обумовлений супутньою патологією (ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба II—III ступеню, хронічна недостатність кровообігу, цукровий діабет).

#### Висновки

У хворих на негоспітальну пневмонію III категорії, одним з етіологічних чинників якої була *Chlamydothyla pneumoniae*, мали місце особливості клінічного перебігу, які характеризувались більш вираженою тяжкістю перебігу та тривалішим стаціонарним лікуванням.

Тяжкість захворювання у більшості хворих була обумовлена ступенем інфікованості *Chlamydothyla pneumoniae* (показник — підвищення імуноглобулінів в сироватці крові).

Термін ліжко-днів, проведених в стаціонарі хворими на негоспітальну пневмонію із хламідійною інфекцією, в більшості випадків був тривалішим і складав в середньому  $14,8 \pm 1,0$  дня, ніж у хворих без інфікування нею —  $11,3 \pm 1,05$  дня ( $p < 0,05$ ).

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Гогин Е. Е., Тихомиров Е. С. Острые пневмонии. // Диагностика и лечение внутренних болезней. / Под ред. Е.В. Гембицкого. — Москва: Медицина, 1991. — Т. 2. — С. 30–90.
2. Дворецкий Л. И. Пневмонии. Диагностика, лечение, геронтологические аспекты. // Рус. мед. журнал. — 1996. — Т. 4, № 11. — С. 684–694.
3. Заматаев И. П. Острые пневмонии // Болезни органов дыхания. // Под. ред. Н.Г. Палева. — Москва: Медицина, 1989 — Т. 2. — С. 17–102.
4. Покровский В. И., Прозоровский С. В., Малеев В. В. и др. Этиологическая диагностика и этиотропная терапия острых пневмоний. — Москва: Медицина, 1995. — 272 С.

5. Северева Е. А. Вопросы ранней диагностики острых пневмоний. // Тер. архив. — 1979. — № 1. — С. 85–90.
6. Фещенко Ю.И., Дзюблик О.Я., Мельник В.П. та ін. Негоспітальна пневмонія у дорослих: етіологія. Патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія (методичні рекомендації). // Укр. хіміотерапев. жур. — № 3 — 2001. — С. 58–64
7. American Thoracic Society. Guidelines for the Initial Management of Adults with Community Acquired Pneumonia. Diagnosis Assessment of Severity and Initial Antimicrobial Therapy. // Amer Rev of Resp Dis. — 1993. — V 148 № 5/— P. 1418–26.
8. Bariffi F., Sanduzzi A., Ponticiella A. Epidemiology of lower respiratory tract infections. // J of Chemoth. — 1995. — V 7, № 4 — P. 263–276.
9. Jokinen C., Heiskanen L., Juvonen H., et al. Incidence of community-acquired pneumonia in the population of four municipalities in eastern Finland. // Am J Epid. — 1993. — V. 137, № 9. — P. 977–988.
10. Venkatesan P., Gladman J., Macfarlane J.T., et al. A hospital study of community-acquired pneumonia in the elderly. //Thorax. — 1990. — V 45, № 4. — P. 254–258.

### ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ ПРИ СУПУТНЬОМУ ІНФІКУВАННІ CHLAMYDOPHYLA PNEUMONIAE

В.П. Мельник, Д.С. Разборов, О.А. Сірош

#### Резюме

Досліджено особливості клінічного перебігу негоспітальної пневмонії, етіологічним чинником якої були типові патогени (моно- чи мікстинфекція) або асоціація *Chlamydothyla pneumoniae* з іншими типовими патогенами.

Встановлено, що тяжкість захворювання та кількість ліжко-днів залежить від наявності в організмі хворого хламідійної інфекції.

### PECULIARITIES OF CLINICAL COURSE OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA WITH CONCOMITANT CHLAMYDIOSIS INFECTION

V.P. Melnyk, D.S. Razborov, O.A. Sirosh

#### Summary

Peculiarities of clinical course of community-acquired pneumoniae have been studied. The ethiological agents of this disease were either typical pathogen (mono- or mixtinfecion) or its combination with other typical pathogen. It is found out that severity of the disease and number of the days spent at hospital depended on presence of chlamidi.