

УДК 616.24-022.53-036.22-47-48

О.І.Кривошапова

## СУЧАСНІ АСПЕКТИ КАЗЕОЗНОЇ ПНЕВМОНІЇ

Харківська медична академія післядипломної освіти

**Резюме.** Темпи зростання кількості випадків вперше виявленого туберкульозу легень за період від 2004 до 2010 рр. перевищили темпи загального числа випадків вперше виявленого туберкульозу органів дихання.

Досліджені особливості діагностики і перебігу казеозної пневмонії в 68 пацієнтів із вперше виявленим захворюванням.

Обов'язковим для обстеження хворих на казеозну пневмонію є використання комплексних соціальних та

медичних (клінічних, мікробіологічних, рентгенологічних, біохімічних) методів обстеження. Провідними в діагностиці є рентгенологічні ознаки казеозно-некротичного ушкодження легеневої тканини, клінічно-лабораторні критерії вираженого ендотоксикозу та імунодефіциту.

**Ключові слова:** казеозна пневмонія, туберкульоз, легені, бактеріовиділення, деструкція.

**Вступ.** Істотне зростання захворюваності у вперше виявлених хворих на казеозну пневмонію (КП), яке випереджає темпи захворюваності вперше виявлених хворих на туберкульоз органів дихання, висока летальність серед цієї категорії осіб встановлюють динаміку захворюваності КП як важливу характеристику сучасної епідеміології туберкульозу [1, 2, 3]. Швидкість розповсюдження морфологічних змін у легеневій тканині зумовлює проблему ранньої діагностики КП, вирішення якої тісно пов'язано з початком захворювання [1, 2, 3]. В Україні недостатньо даних про захворюваність та смертність від КП у вперше виявлених осіб серед інших форм легеневого туберкульозу (ЛТБ).

**Мета дослідження.** Вивчити особливості казеозної пневмонії у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень за період 2004-2010 рр.

**Матеріал і методи.** Проаналізовано захворюваність на КП у структурі ЛТБ за 2004-2010 рр. у м. Харкові (табл. 1).

Всього за цей період виявлено 68 осіб із КП. За період 2004-2010 рр. коливання захворюваності населення на ЛТБ встановлено від 60,2 до 40,1 (у 2006 р. реєструвався найнижчий показник захворюваності – 60,2) на 100 000 населення. За останні 7 років захворюваність від КП серед усіх форм ЛТБ була в межах 2,6 та 0,7 (у 2006 р. реєструвався найнижчий показник захворюваності – 0,7) на 100 000 населення. За період 2007-2010 рр. відмічається зменшення загальної кількості хворих на ЛТБ в 1,5 раза (відповідно з 60,2 до 40,1 на 100 000 населення), а рівень КП серед усіх форм ЛТБ за останні 3 роки, навпаки, збільшився в 3,4 раза (з 0,8 % до 2,6 %).

Слід додати, що у 2010 році відмічається зниження захворюваності населення як на ЛТБ, так і на КП серед ЛТБ на 100 000 населення.

Проаналізована кількість померлих від КП серед усіх померлих від ЛТБ за останні 7 років у м. Харкові (табл. 2). Всього зареєстровано 16 померлих від КП.

За період 2004-2010 рр. смертність населення від ЛТБ коливалася від 99,2 до 82,1 (у 2005 р. реєструвався найвищий показник смертності – 99,2) на 100 000 населення.

За останні 7 років смертність від КП знаходилась у межах 2,2 та 0,4 відповідно (у 2005 р. смертність від КП найнижча – 0,4) на 100 000 населення. За період 2006-2010 рр. відмічається зменшення загальної кількості померлих на ЛТБ в 1,2 раза (відповідно з 99,2 до 82,1 на 100 тис. населення). За останні 5 років рівень смертності від КП, навпаки збільшився у 4,8 раза (з 0,4 % до 1,9 % відповідно). У 2010 році спостерігалася тенденція до зменшення смертності населення як від ЛТБ, так і від КП серед ЛТБ.

У пацієнтів вивчені віково-статеві, соціальні чинники. Особливості перебігу туберкульозу легень вивчали за допомогою клінічних, мікробіологічних, рентгенологічних, біохімічних методів дослідження.

Серед 68 хворих на КП встановлено, що чоловіків було 43 (63,2 %), жінок – 25 (36,8 %) (показник співвідношення чоловіків та жінок – 1,7/1). Від 13 до 17 років виявлено 5 (7,4 %) осіб, від 21 до 30 років – 8 (11,8 %), від 31 до 40 років та від 41-50 років відповідно по 20 (29,4 %) осіб, а від 51 до 60 років – 15 (22,0 %) хворих. Таким чином, частіше хворіли на КП чоловіки, середній вік у більшості (58,8 %) осіб становив 31-50 років.

КП розгортається на тлі різко зниженого імунітету з дезінтеграцією імунокомпетентних клітин, підвищення вірулентності мікобактерій туберкульозу (МБТ), розвитку хіміорезистентного туберкульозу [1, 3]. Цьому сприяють погане харчування, супровідні тяжкі захворювання (цукровий діабет, психічні захворювання, хронічний алкоголізм, ВІЛ/СНІД), незадовільні умови проживання, стресові явища (втрата родичів, роботи та ін.) [1, 3, 5].

Із 68 обстежених на КП не мали свого житла 17 (25,0 %), більшість не працювали – 65 (95,5 %) осіб. Туберкульозні зміни частіше виявлені при зверненні до лікаря – 64 (94,1 %), ніж при профогляді 4 (5,9 %).

Причиною пізньої діагностики захворювання була недооцінка лікарями загальної медичної мережі соціальних факторів, супутньої патології, незадовільного епідемічного анамнезу. Попередня флюорографія проводилася один рік тому тільки в 4 (5,9 %) осіб, від 2 до 5 років тому – у

Таблиця 1

**Захворюваність на легеневий туберкульоз та казеозну пневмонію  
у м. Харкові за період 2004-2010 рр.**

Захворюваність ЛТБ на 100 000 населення			Захворюваність КП на 100 000 населення		
роки	абс.	питома вага	роки	абс.	%
2004	848	58,0	2004	12	1,4
2005	828	57,2	2005	10	1,2
2006	869	60,2	2006	6	0,7
2007	748	51,8	2007	6	0,8
2008	719	50,0	2008	12	1,7
2009	616	42,9	2009	16	2,6
2010	574	40,1	2010	6	1,1

Таблиця 2

**Смертність від легеневого туберкульозу та казеозної пневмонії  
у м. Харкові за період 2004-2010 рр.**

Роки	Смертність від ЛТБ на 100 000 населення		Смертність від КП на 100 000 населення	
	абс.	питома вага	абс.	%
2004	229	98,2	5	2,2
2005	264	99,2	1	0,4
2006	214	96,8	3	1,4
2007	146	93,6	-	-
2008	216	96,5	3	1,4
2009	164	98,2	2	1,2
2010	132	82,1	2	1,9

31 (45,6 %), від 5 до 10 років тому – у 10 (14,7 %), більш ніж 10 років тому – у 8 (11,8 %) пацієнтів. У пацієнтів виявлені супутні захворювання, зокрема ВІЛ/СНІД – у 3 (4,4 %) осіб, цукровий діабет – у 4 (5,9 %), хронічний алкоголізм – у 14 (20,6 %), виразкова хвороба та резекція 2/3 шлунка в анамнезі – у 3 (4,4 %).

Причинами несвоєчасної діагностики КП у протитуберкульозних диспансерах є схожість клінічної картини із гостропрогресуючим інфільтративним, дисемінованим і фіброзно-кавернозним туберкульозом.

У всіх 68 пацієнтів клінічні прояви КП супроводжувалися виразними проявами інтоксикаційного та бронхолегеневого синдромів. Початок захворювання був гострим - лихоманка до 38-40 С, виділення мокротиння до 50-100 мл, біль у грудях, задишка, слабкість, зниження маси тіла за короткий термін із розвитком кахексії. У хворих на КП виявлявся дифузний ціаноз шкіри та слизових оболонок, вислуховувалися вологі хрипи. АТ знижувався до 90/50 мм рт. ст., спостерігалися ознаки гепатолієнального синдрому. При

прогресуванні в деяких осіб виникало психічне збудження, реєструвалася тривала лихоманка до 38-40°C, наростала задишка, з'являлися ознаки хронічного легеневого серця.

Рентгенологічна картина відображувала перевагу двобічних процесів у більшості 63 (92,7 %) пацієнтів. Однобічні туберкульозні зміни реєструвались у 5 (7,3 %) осіб – зміни у правій легені 2 (2,9 %) та зміни у лівій легені – у 3 (4,4 %) пацієнтів. Переважали ексудативні поширені процеси з множинними малими (до 2 см) та середніми (2-4 см) деструкціями. Порожнини розпаду від 6 до 12 см були тільки в 4 (5,8 %) осіб. При КП характерним є прогресування казеозно-некротичних змін у легеневій тканині за короткий термін – 20-30 днів.

КП характеризується поєднанням лікарської стійкості до двох і більше протитуберкульозних препаратів (ПТП) та масивним виділенням мікобактерій туберкульозу (МБТ+) у мокротинні [1, 3, 4, 5].

У всіх обстежених осіб виявлялися в мокротинні МБТ+, при чому масивне МБТ+ було в 65

(97,7 %) пацієнтів. Це свідчить про те, що серед усіх форм легеневого туберкульозу хворі на КП найбільш епідемічно небезпечні. Лікарська стійкість до 2 і більше ПТП виявлялась у 34 осіб (до 5-7 ПТП – у 8 (23,5 %) пацієнтів). Мультирезистентний туберкульоз (МРТБ) реєструвався у 10 (29,4 %) осіб.

У клінічному аналізі крові переважали олигохромемія, лейкоцитоз (до 12-15 Г/л), анеозінопенія, токсична зернистість нейтрофілів, лімфопенія (менш ніж 1,2 Г/л), ШОЕ 50-70 мм/год. Біохімія крові характеризувалася гіпопротеїнемією, гіпоальбумінемією. У клінічному аналізі сечі визначалися альбумінурія, лейкоцитурія, еритроцитурія, циліндрурія. Реакція на пробу Манту з 2 ТО у всіх осіб негативна.

Інтенсивне лікування пацієнтів проводилось за категорією 1 (90 доз) за схемою – Н 0,3 г, R 0,6 г, Z 2,0 г, E 1,2 г, S 1,0 г (2 міс.), Н 0,3 г, R 0,6 г, Z 2,0 г, E 1,2 г (1 міс.). При виявленні МРТБ лікування пацієнтів продовжували за категорією 4 і ПТП призначали з урахуванням лікарської стійкості до МБТ.

Моніторинг лікування проводився наприкінці 2-3 місяців шляхом дослідження двох проб мазка на кислотостійкі мікобактерії та однієї культури; рентгенологічного обстеження (оглядова рентгенографія, томографія) у ті ж терміни, що і дослідження мокротиння, перевірялась периферична кров та параметри біохімічного аналізу крові, сечі.

Інволюція рентгенологічних змін спостерігалась у середньому через 4-5 міс. від початку лікування. У результаті лікування клінічно-рентгенологічна динаміка досягнута у 21 (30,8 %) пацієнта. Переривали лікування та порушували стаціонарний режим 12 (17,6 %) осіб. Хронічний фіброзно-кавернозний туберкульоз сформувався у 3 (4,4 %) хворих у середньому до 7-9-го місяця лікування. Померло з 56 пацієнтів – 33 (58,9 %), до 1 року – 24 (72,7 %) пацієнти, через 1-2 роки – 5 (15,2 %), через 2-3 роки – 4 (12,1 %). Основна причина смерті – легенево-серцева недостатність, туберкульозна інтоксикація МБТ, легенева кровотеча.

У неактивний туберкульоз із великими залишковими змінами в легенях переведено 3 (4,9 %) особи.

### Висновки

1. На сучасному етапі темпи зростання кількості вперше виявлених хворих на казеозну пневмонію випереджають темпи зростання загальної кількості вперше виявлених хворих на туберкульоз органів дихання.

2. Серед контингентів хворих переважали чоловіки – 63,2 % (показник співвідношення чоловіків та жінок – 1,7/1) віком 31-50 років (58,8 %); розповсюджені двобічні казеозно-некротичні процеси в легеневій тканині – у 92,7 % хворих із множинними деструкціями на

тлі різко зниженого імунітету; процеси із масивним бактеріовиділенням – у 97,7 % осіб із лікарською стійкістю до 2 і більше ПТП (до 5-7 ПТП у 23,5 % осіб).

3. Мультирезистентний туберкульоз реєструвався у 29,4 % пацієнтів. При КП характерним є швидке прогресування казеозно-некротичних змін у легеневій тканині за короткий термін (20-30 днів).

4. Казеозна пневмонія характеризується високою смертністю – померло всього – 58,9 % осіб, у т.ч. до 1 року – 72,7 %, через 1-2 роки – 15,2 %, через 2-3 роки – 12,1 %. Основними причинами смерті були ускладнення (легенево-серцева недостатність, туберкульозна інтоксикація, легенева кровотеча) та переривання лікування. Хронічний фіброзно-кавернозний туберкульоз сформувався до 7-9 місяця лікування у 4,4 % пацієнтів. У неактивний туберкульоз із великими залишковими змінами в легенях переведено 4,9 % осіб.

5. Для своєчасного виявлення туберкульозу легень у пацієнтів рекомендовано проводити спільну роботу фтизіатра та спеціалістів загальної практики зі своєчасного виявлення даної категорії осіб із обов'язковим обстеженням на туберкульоз, які вперше звернулись в амбулаторні відділення з легеневиими та інтоксикаційними скаргами; слід ретельніше приділяти увагу соціально-медичним методам дослідження.

**Перспективою подальших досліджень** є вивчення патогенетичних особливостей казеозної пневмонії у хворих на вперше виявлений туберкульоз легень.

### Література

1. Кибрик Б.С. Проблемы эпидемиологии, диагностики и лечения казеозной пневмонии / Б.С.Кибрик, О.Г.Челнокова // Пробл. туберкулеза. – 2004. – № 12. – С. 25-29.
2. Шилова М.В. Эффективность лечения больных на современном этапе / М.В.Шилова, Т.С.Хрулева // Пробл. туберкулеза. – 2004. – № 4. – С. 3-11.
3. Петренко В.М. Эффективность применения в клинике краткосрочного контролируемого лечения (DOTS) больных с впервые выявленным деструктивным туберкулезом легких / В.М.Петренко, Н.А.Литвиненко // Пробл. туберкулеза. – 2005. – № 3. – С. 16-20.
4. Островский В.К. Некоторые показатели крови и лейкоцитарный индекс интоксикации при туберкулезе, пневмониях, абсцессах и раке легких / В.К.Островский, Б.М.Асанов, Л.В.Янголенко // Пробл. туберкулеза. – 2005. – № 3. – С. 43-46.
5. Медико-социальные особенности впервые выявленных больных туберкулезом / А.О.Шомахов, В.М.Кибишев, И.К.Тхабисимова [и др.] // Пробл. туберкулеза. – 2004. – № 4. – С. 14-16.

## СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КАЗЕОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ

*Е.И.Кривошапова*

**Резюме.** Темпы роста числа впервые выявленных больных казеозной пневмонией в 2004-2010 гг. опережали темпы общего числа впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания. Исследованы особенности диагностики и течения казеозной пневмонии у 68 впервые выявленных больных. Обязательное обследование больных с казеозной пневмонией включает применение комплексных социальных и медицинских (клинические, микробиологические, рентгенологические, биохимические) методов исследования. Ведущими в диагностике являются рентгенологические признаки казеозно-некротического поражения легочной ткани, клинико-лабораторные критерии выраженного эндотоксикоза и иммунодефицита.

**Ключевые слова:** казеозная пневмония, туберкулез, легкие, бактериовыделение, деструкция.

## MODERN ASPECTS OF CASEOUS PNEUMONIA

*Е.І.Кривошапова*

**Abstract.** The rate of growth of the number of new-onset cases with caseous pneumonia during the period from 2004 to 2010 outpaced the rate of the total number of new-onset cases with tuberculosis of the respiratory organs. The specific characteristics of the diagnosis and course of caseous pneumonia been investigated in 68 new-onset cases. An obligatory examination of patients with caseous pneumonia includes the use of complex social and medical (clinical, microbiological, roentgenological, biochemical) methods of research. The leading criteria in the diagnosis are radiological signs of a caseous-necrotic lesion of the pulmonary tissue, the clinico-laboratory criteria of pronounced endotoxemia and immunodeficiency.

**Key words:** caseous pneumonia, tuberculosis, lungs, bacteriosecretion, destruction.

Medical Academy of Post-Graduate Education (Kharkiv)

Рецензент – д.мед.н. Л.Д.Тодоріко

Buk. Med. Herald. – 2011. – Vol. 15, № 3 (59). – P. 207-210

Надійшла до редакції 26.05.2011 року

© О.І.Кривошапова, 2011

УДК 616.12-008.331.1:611-018.74-085

*В.Ю.Лишневська, О.І.Парасюк, Р.І.Леськів*

## РОЛЬ L-АРГІНІНУ В КОРЕКЦІЇ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ЛЮДЕЙ ЛІТНЬОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Державна установа «Інститут геронтології АМН України», м. Київ

**Резюме.** З метою вивчення впливу L-аргініну на рівень фактора росту ендотелію судин та функціональний стан ендотелію обстежено 80 хворих на гіпертонічну хворобу віком 60-74 роки, в яких визначалися відсоток приросту показника мікроциркуляції при проведенні проби з ацетилхоліном та рівень фактору росту ендотелію судин. Отримані дані свідчать про достовірне

покращення функціонального стану ендотелію та підвищення рівня фактору росту ендотелію судин у сироватці крові на тлі додавання L-аргініну до стандартної антигіпертензивної терапії.

**Ключові слова:** гіпертонічна хвороба, фактор росту ендотелію судин, функціональний стан ендотелію.

**Вступ.** Епідеміологічні дослідження, проведені в Україні протягом останніх років, свідчать про велику поширеність гіпертонічної хвороби (ГХ). Так, станом на 2009 рік вона становила 613-95,6 на 100 000 населення [1]. Доведено, що ГХ є однією із найважливіших причин інвалідності та смертності в людей літнього віку. Насамперед, це пов'язано з ураженням життєво важливих органів (серця, мозку, нирок). Встановлено, що в патогенезі ураження органів – мішеней при ГХ беруть участь багато механізмів (судинні, клітинні і гуморальні), серед яких важливе місце посідає стан системи мікроциркуляторного русла, а саме щільність капілярної сітки. На сьогодні існує ба-

гато даних, які підтверджують значущість стану кровотоку в мікросудинах для прогнозу перебігу захворювань серцево-судинної системи. Так, доведено, що в осіб із розвинутими колатераліями частота розвитку серцевої недостатності та інфаркту міокарда вірогідно нижча, ніж у пацієнтів з вираженою капілярною розрідженістю (т.з. феномен «рарефікації мікросудин»). Тому для успішного лікування хворих на гіпертонічну хворобу необхідно враховувати стан капіляризації тканин.

На сьогодні не існує стандартних методів підвищення щільності капілярів на одиницю площі тканини, однак відомо, що важливу роль в активації фізіологічного компенсаторного ангіо-

© В.Ю.Лишневська, О.І.Парасюк, Р.І.Леськів, 2011