

УДК 616.24-002-02

ПРОВІДНІ СИМПТОМИ ТА ЧАСТОТА ЇХ ВИЯВЛЕННЯ У ХВОРИХ НА ПНЕВМОНІЮ РІЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Граділь Г.І., Козько В.М., Піддубна Т.Л.,
Меркулова Н.Ф., Могиленець О.І., Єгошина В.О.,
Аттіков В.С.

ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Меч-
никова АМНУ»

Пневмонія на сьогоднішній день посідає перше місце серед інфекційних хвороб за рівнем смертності і є шостою по частоті причиною летальних наслідків у світі.

Наказом № 128 від 19.03.2007 МОЗ України (новий національний консенсус, заснований на аналогічних документах Європейського респіраторного товариства, а також Британського й Американського торакальних товариств) пневмонія визначена як гостре інфекційне захворювання, переважно бактеріальної етіології, що характеризується вогнищевим ураженням респіраторних відділів легень і наявністю внутрішньоальвеолярної ексудативної [1].

Відзначено, що за останні роки відбулися деякі зміни уявлень про дане захворювання, зокрема це стосується поглиблення знань у питаннях епідеміології респіраторних інфекцій [2]. У зв'язку зі збільшенням частоти виявлення мікоплазми в етіологічній структурі пневмонії згідно наказу № 128 макроліди додані до переліку препаратів вибору для лікування пневмонії у хворих І клінічної групи. У національному консенсусі насамперед приділена увага пневмоніям, що викликаються бактеріями, що обумовлено реальною клінічною практикою і частотою несприятливих наслідків таких пневмоній. На неухильний ріст захворюваності на пневмонію, ріст несприятливих наслідків запального процесу при пневмонії та труднощі диференціальної діагностики вказують багато авторів [3-8]. Як і раніше основним збудником негоспітальної пневмонії (НП) в усіх категорій пацієнтів (амбулаторних, стаціонарних і реанімаційних) є *S. pneumoniae* (30 - 70 % випадків) [2, 9]. В Західній, Центральній і Східній Європі, у західних регіонах Росії сьогодні провідне етіологічне значення при НП зберегли: *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. pneumoniae*, *C. pneumoniae*, *L. pneumophila*, *M. catarrhalis* і *K. pneumoniae* [9]. Треба зазначити, що на сьогодні так звані «атипові бактерії» відводиться значно більша роль в інфікуванні дихальних шляхів, ніж раніше [10].

Розмаїття клінічних проявів та їх тяжкість при пневмоніях різної етіології викликає діагностичні труднощі при обстеженні пацієнтів у поліклінічних та домашніх умовах, що призводить до діагностичних помилок, несвоєчасної запізнілої госпіталізації а також некоректної антибіотикотерапії. Тому метою нашої роботи стало дослідження особливостей клінічного перебігу негоспітальної пневмонії (НП) різної етіології.

Матеріали та методи

Об'єкт дослідження. Для виконання поставлених задач було обстежено 97 хворих на гострі пневмонії, що перебували в Обласній клінічній інфекційній лікарні м. Харкова (ОКІЛ).

Обстежувані хворі були розподілені на групи за критеріями тривалості захворювання, віку та статі. У І групі (n=61) спостереження при госпіталізації клінічні ознаки ураження верхніх відділів респіраторного тракту були відсутні, та виявлялись у пацієнтів II (n=12) та III (n=24) групи. Серед обстежених було 72,16 % чоловіків (70 хворих) і 27,84 % жінок (27 хворих). Співвідношення жінки/чоловіки дорівнювало 2:1. Вік усіх обстежених був у межах від 25 до 55 років. По даним ОКІЛ серед 24 пацієнтів III групи спостереження чоловіків було 11, жінок - 13, середній вік склав (39,75±3,63) років. Контрольна група складалася із 24 добровольців. Контрольну групу представляли практично здорові особи, у котрих на момент загального обстеження не спостерігалось клінічних проявів запальних процесів дихальних шляхів, зокрема кашлю, гіпертермії, задишки, болю у грудях і т.п.

Клінічні дослідження. Проведено аналіз клінічної картини НП. Вивчалися скарги й анамнез захворювання, проводилося об'єктивне дослідження, що включало огляд слизової оболонки ротоглотки, перкусію й аускультатию легень, клініко-лабораторні дослідження (клінічний аналіз мокроти, клінічний аналіз крові). Хворим із підозрою на пневмонію окрім клініко-анамнестичного проводилось рентгенологічне обстеження, також було проведено лабораторне, серологічне дослідження крові та бактеріологічне дослідження мокротиння. Діагноз НП встановлювався із урахуванням критеріїв наказу МЗО України №128.

Мікробіологічне дослідження мокротиння. Для виявлення основних етіологічних агентів НП проводили мікробіологічне дослідження біологічного матеріалу (згідно критеріїв наказу МОЗ України № 30 від 09.02.98 та № 128 від 19.03.2007 р., а також Наказу МОЗ СРСР № 535 від 22.04.1985 р., адаптованого відповідно до правил GLP) [1, 11-13]. Етіологічна діагностика базувалася на бактеріологічному дослідженні із ідентифікацією збудників за загально прийнятими критеріями: в якості клінічного матеріалу використовували харкотиння, отримане із нижніх дихальних шляхів при глибокому відкашлюванні. Забір матеріалу здійснювався до початку антибактеріальної терапії.

Вірусологічне дослідження. Вірусологічне дослідження виконували згідно наказу МОЗ України № 30 від 09.02.1998 р. за методиками, що викладені у відповідному посібнику [14].

Клінічним матеріалом слугували харкотиння, змиви або мазки із носової порожнини і носоглотки, венозна кров. При виборі проб враховували особливості інфекційного процесу, місце максимальної локалізації збуднику. Проводили реакцію непрямой геммаглютинації (РНГА) із застосуванням стандартних еритроцитарних діагностикумів для визначення респіраторних вірусів. РНГА здійснювали в парних сироватках крові.

Імунологічні дослідження. Для визначення специфічних IgM, IgA та IgG до внутрішньоклітинних збудників *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* проводили імуноферментний аналіз із використанням

діагностичної системи "Вектор - Бест" (Росія). Діагностично значущими для *Mycoplasma pneumoniae* та *Chlamydia pneumoniae* вважалося чотирикратне наростання титру IgG у парних сироватках, що були зібрані у гострому періоді та у періоді реконвалесценції, для *Mycoplasma pneumoniae* IgG $\geq 1:64$, для *Chlamydia pneumoniae* IgG $\geq 1:512$, IgA $\geq 1:256$. Методи постановки зазначених тестів наведені в навчальному посібнику [15].

Специфічну ідентифікацію Influenza virus type A, Influenza virus type B, Adenovirus, Parainfluenza virus type 1, Parainfluenza virus type 2, RSV, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* в клінічному матеріалі хворих на негоспітальну пневмонію проводили в два етапи: перший етап в лабораторіях відповідних стаціонарів методом РНГА та РСК; другий - за допомогою специфічних антитіл методом непрямой флюоресценції із використанням люмінесцентного мікроскопу та тестових наборів якісного аналізу («Respiratory Tract Profile 1 BIOCHIP Mosaics for infectious serology», Medizinische Labordiagnostika AG «EUROIMMUN»).

Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою ліцензійних програмних продуктів, які входять в пакет Microsoft Office Professional 2003[®], на персональному комп'ютері у програмі Excel[®] із використанням критерію Фішера для дисперсії долі. За рівень вірогідності приймалися значення показника між групами (p), які дорівнювали або були меншими за 0,05. Дослідження проводилися на обладнанні, яке пройшло метрологічну повірку.

Дослідження проводилося з урахуванням міжнародних і вітчизняних клінічних рекомендацій і стандартів діагностики та лікування НП у дорослих. Пошук наукових даних за 10 років проводився в системах: Med Pub, Cochrane Library, Clinical Evidence, Medline.

Результати та їх обговорення

Таблиця 1 - Видовий склад та частота виявлення збудників пневмонії, що були вилучені у 97 хворих

| Збудники | Кількість хворих (абс. - (n±S) %) |
|---|-----------------------------------|
| Аеробні/факультативно анаеробні бактерії | |
| <i>Streptococcus pneumoniae</i> | 29 (27,84±0,75) |
| <i>S. epidermis</i> | 1 (1,03±0,103) |
| <i>Staphylococcus aureus</i> | 11 (10,31±0,93) |
| <i>S. pyogenes</i> | 7 (7,22±0,97) |
| <i>Neisseria mucosa</i> | 4 (4,12±1) |
| <i>N. sicca</i> | 1 (1,03±0,103) |
| <i>Morganella morganii</i> | 1 (1±0,103) |
| <i>Klebsiella pneumoniae</i> | 3 (3,09±1,01) |
| <i>Moraxella catarrhalis</i> | 1 (1,03±0,103) |
| <i>Haemophilus influenzae</i> | 2 (2,06±1,02) |
| <i>Pseudomonas aeruginosa</i> | 1 (1±0,103) |
| <i>Mycoplasma pneumoniae</i> | 14 (14,4±0,89) |
| <i>Chlamydia pneumoniae</i> | 3 (3,1±1,01) |
| Збудник не уточнено | 19 (19,6±0,84) |

Через декілька днів у більшості хворих кашель пом'якшувався та супроводжувався слизистою мокротою, що важко відділялася. Також спостереження показують, що поряд із кашлем у хворих на мікоплазменну

Діагноз не госпітальна пневмонія встановлювався за наявністю типових клінічних симптомів, за рентгенологічними даними та даними лабораторних досліджень (клінічних, серологічних, імунологічних (імунофлюоресценція)) та за даними бактеріологічних досліджень - наявність бактеріального збудника у мокроті. У таблиці 1 представлені данні бактеріологічних досліджень.

У пацієнтів, які були госпіталізовані до стаціонару спостерігався легкий, середньотяжкий, а також тяжкий перебіг захворювання, що визначались за критеріями вираженості клінічної картини захворювання із урахуванням показників клінічного аналізу крові.

У переважної більшості хворих спостерігалися класичні для пневмонії симптоми: погіршення загального стану, лихоманка, нападоподібний кашель, біль у грудях, головний біль, характерні зміни при перкусії та аускультатії легень та рентгенологічного дослідження. При спостереженні за хворими на пневмонію різної етіології були відмічені деякі характерні риси клінічної картини перебігу запального процесу.

У хворих на пневмонію, що викликана *H. influenzae*, *St. pneumonia*, *S. aureus*, *M. catarrhalis* (n=61) початок захворювання був гострим, супроводжувався підвищенням температури тіла від субфебрильних до високих значень (38 – 40 °C), спостерігалась загальна слабкість, пітливість, сильний кашель із експекторацією гнійної мокроті. Серед хворих на бактеріальну пневмонію у 3 пацієнтів ((4,92 ±0,07) %) перебіг захворювання був тяжким, у 48 ((78,69±0,2) %) – середньотяжким та у 10 пацієнтів ((16,39±0,2) %) був легким.

Мікоплазменна пневмонія (n=12) починалася з респіраторного синдрому, що мав перебіг зі субфебрильною температурою тіла, спостерігався частий, переважно непродуктивний, нав'язливий, болісний, нападоподібний кашель.

пневмонію були помірні ознаки ураження верхніх дихальних шляхів - риніт, фарингіт, ларингіт.

Рентгеноморфологічні зміни характеризувалися посиленням легеневого малюнку, перібронхіальною або субсегментарною інфільтрацією.

Мікоплазменні пневмонії зустрічалися частіше (60 % випадків) в осіб молодого віку (25 - 34 роки). Початок захворювання при мікоплазменній пневмонії міг бути, як гострим, так і поступовим. Підгострий перебіг захворювання починався із ураження верхніх дихальних шляхів, погіршення загального стану та ознобу. При гострому початку захворювання симптоми інтоксикації з'являлися вже на перший день та досягали максимуму вже на третій день захворювання. У хворих із поступовим початком захворювання інтоксикація була найбільш виразною на сьомий – дванадцятий день від початку хвороби. Характерними ознаками інтоксикації для мікоплазменної пневмонії були помірний головний біль, міалгія, слабкість.

Серед позалегенових проявів при мікоплазменній пневмонії частіше відмічалися міалгія, макулопапульозний сип, диспепсичні симптоми. При рентгенографії органів грудної клітини виявлялися, як типові пневмонічні інфільтрації, так й інтерстиціальні зміни. У цих хворих частіше спостерігалось двостороннє ураження легень із посиленням легеневого малюнку та перібронхіальною інфільтрацією. В осіб, що переохворіли на мікоплазменну пневмонію були відмічені повторні інфекції нижніх дихальних шляхів, що протікають з обструкцією, тенденцією до затяжного перебігу та рецидивування.

Особливу увагу привертають до себе пацієнти III групи (n=24), котрі були госпіталізовані в ОКІЛ м. Харкова у період з 5.11.2009 по 15.02.2010, що відповідає підйому захворюваності пандемічним грипом А (H1N1) Каліфорнія 2009, коли також поряд з пандемічним грипом у країні циркулювали три штами вірусів грипу, прогнозовані ВОЗ на сезон 2009 – 2010 рр., а саме: А/Брисбен/59/2007 (H1N1); А/Брисбен/10/2007 (H3N2) та В/Брисбен/60/2008. Діагноз грип був діагностований у 22 пацієнтів з III групи за декількома виключеннями. Так, в 1 пацієнта на тлі грипу був підтверджений парагрип за допомогою імуноферментної тест-системи для напівкількісного визначення IgA до парагрипу 1-4 типів фірми Euroimmun AG (Германія). Також у 1 пацієнта була діагностована аденовірусна інфекція за допомогою експрес тесту (RIDA QUICK Adenovirus/rotavirus combi, R-Biopharm AG, Германія) та ще в одному випадку було

діагностовано не уточнену ГРВІ та фаринготрахеобронхіт. У всіх 24 пацієнтів було встановлено діагноз негоспітальна пневмонія. Важкий перебіг захворювання відзначався у 5 пацієнтів у яких діагностовано НП IV клінічної групи. У інших 19 пацієнтів діагностовано НП III клінічної групи. День хвороби при надходженні у стаціонар (5,14±2), (n=21). Тривалість перебування у стаціонарі складала (21,46±4) ліжко-днів. Відповідно до даних рентгенографічного обстеження нижньодолева правостороння пневмонія спостерігалась в 37 пацієнтів (38,1±0,6) % пацієнтів, двостороння нижньодолева - в 30 пацієнтів (30,9±0,6) %, нижньодолева лівостороння - в 25 пацієнтів (25,7±0,9) %, верхньодолева лівостороння – в 2 пацієнтів (2,06±0,4) %, двостороння нижньочасткова і субтотальна правостороння – ще в трьох випадках (3,09±0,5) %. Дихальна недостатність відзначалась в 31 пацієнта (31,9±0,9) % пацієнтів. Клінічно гостра респіраторна вірусна інфекція супроводжувалась явищами ларинготрахеїту у 5 хворих, фарингіту - у 17 хворих, фаринготрахеобронхіту - у 2 хворих, біль за грудиною під час кашлю спостерігався у 5 хворих. Основні клінічні симптоми НП пацієнтів I та II груп наведені в таблиці 2. Достовірність відмінностей між дисперсіями в усіх трьох групах встановлювалася відповідно критерію Фішера при p<0,05.

Використання критерію Фішера дозволило встановити, що такі симптоми, як задишка, кашель із мокротинням та вологі хрипи достовірно притаманні пацієнтам I групи (бактеріальна пневмонія).

Для пацієнтів із мікоплазменними та вірусними пневмоніями характерними симптомами, що проявлялися частіше у порівнянні із першою групою були сухий кашель та крепітація. Також вираженим симптомом вірусної пневмонії був головний біль, який спостерігався в цій групі набагато частіше у порівнянні із першими двома (50±4,6) % проти (16,±5,1) % та (16,6±1,1) % в першій та другій групах відповідно. Також слід підкреслити, що в пацієнтів із мікоплазменною пневмонією фаринготрахеобронхіт зустрічався частіше, ніж в пацієнтів із пневмонією вірусної етіології - (75±4,9) % проти (8,3±4,9) %.

Таблиця 2 – Провідні симптоми та частота їх виявлення у хворих на пневмонію у різних групах спостереження

| Симптом | I група Бактеріальна пневмонія, % (n=61) | II група, мікоплазменна пневмонія, % (n=12) | III група, вірусна пневмонія, % (n=24) |
|---------------------------------|--|---|--|
| Лихоманка | 83,6±0,35 | 91,6±0,93 | 79,1±0,32 |
| Задишка | 68,8±5,2* | 33,3±2,3 | 25±2,22 |
| Кашель сухий | 13,1±8,3* | 75±5,7 | 79,2±1,44 |
| Кашель з мокротинням | 86,8±11,09* | 50±2,4 | 70,8±4,5 |
| Крепітація | 75,4±1,34 | 50±5,04 | 54,17±6,8*** |
| Вологі дрібно-бульбашкові хрипи | 60,6±4,72* | 33,3±2,3 | 25±1,9 |
| Жорстке дихання | 40,9±5,1 | 41,6±1,9 | 45,83±2,6 |
| Сухі хрипи дифузно | 37,7±0,2 | 33,3±1,8 | 37,5±2,5 |
| Фарингіт | 0 | 83,3±1,1 | 70,83±0,86 |
| Фаринготрахеобронхіт | 0 | 75±4,9** | 8,3±4,9 |
| Біль у грудях | 44,3±5,0 | 41,6±2,3 | 29,17±2,1 |

| | | | |
|--|------------|----------|--------------|
| Головний біль | 16,4±5,1 | 16,6±1,1 | 50±4,6*** |
| Діарея | 4,91±0,07* | 25±0,1 | 0 |
| Блювання | 0 | 0 | 8,33±0,03 |
| Біль у животі | 4,9±0,07 | 0 | 8,33±0,03*** |
| Біль за грудиною під час кашлю (трахеїт) | 0 | 8,3±0,6 | 29,17±0,8 |

Примітки: * - відмінності між I та II групами достовірні, ** - відмінності між II та III групами достовірні, *** - відмінності між III та I групами достовірні.

Висновки

Таким чином, при бактеріологічному дослідженні мокротиння домінуючими збудниками були *Streptococcus pneumoniae* та *Mycoplasma pneumoniae*. Відмічено, що мікоплазменні пневмонії спостерігалися частіше в осіб молодого віку (вік хворих складав 25 - 34 років).

Стосовно клінічних проявів захворювання, то задишка, кашель з мокротинням, вологі хрипи частіше спостерігались у пацієнтів I групи. Сухий кашель при пневмоніях у пацієнтів II і III групи спостерігався значно довше. У пацієнтів III групи головний біль спостерігався частіше у порівнянні із I та II групами. При розвитку НП у пацієнтів III досліджуваної групи на тлі вірусного ураження респіраторного тракту довгостроково зберігався сухий кашель, не завжди відзначалася чітка динаміка симптомів при призначенні антибіотикотерапії. Так 9(37,5 ±0,9%) пацієнтів цієї групи отримали 2 курси антибіотикотерапії, а 2 ((8,33±0,06) %) – 3 курси. Серед позалегенових проявів при мікоплазменній пневмонії частіше відмічалися міалгія, макуло-папульозний сип, явища шлунково-кишкового дискомфорту. У пацієнтів цієї групи також досить часто спостерігалися прояви фарингіту, фаринготрахеобронхіту.

Можливості диференційної етіологічної діагностики бактеріальної та вірусної пневмонії на ранніх етапах захворювання досить обмежені, в першу чергу у зв'язку з низьким рівнем інформативності бактеріологічних методів при захворюваннях НДШ. При пневмоніях вони фактично вилучені із сучасної клінічної практики, що обґрунтовує актуальність пошуку додаткових критеріїв, корисних при визначенні тактики етіотропної терапії. У зв'язку з цим ведеться активний пошук маркерів, придатних для ранньої диференційної діагностики бактерійних та вірусних інфекцій НДШ [15-17].

Перелік посилань

1. Наказ № 128 "Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія»" [Текст] // Київ, 2007. – 145 с.
2. Fanny, W. S. A 1-year prospective study of the infectious etiology in patients hospitalized with acute exacerbations of COPD [Electronic resource] / W. S.Fanny, M. Ip, P. K. S. Chan J. P. C., Fok, M. C. H. Chan, J. C. Ngai, D. P. S.Chan, D. S. C. Hui // *Chest*. – 2007. – V. 131, - p. 44-52. Режим доступу: <http://chestjournal.chestpubs.org/content/131/1/44.full.html>.
3. Inoue, K. Interleukin-8 neutralization for COPD [Text] / K. Inoue, H. Takano, R. Yanagisawa, T. Yoshikawa, D.A. Mahler, G M. Bell // *Chest*. – 2005. - V.128. - p. 464 - 465.
4. Mukhopadhyay, S. Role of TNF- α in pulmonary pathophysiology [Text] / S.Mukhopadhyay, J. R. Hoidal, T. K.

Mukherjee // *Respiratory research*. – 2006. - V. 7 - p.125-134.

5. Roos, J.C. Interstitial pneumonitis and anti-tumor necrosis factor-alpha therapy [Text] / J. C. Roos , E. R. Chilvers, A. J. Ostor // *J. Rheumatol*. – 2006. – V. 33. - № 6 - p. 1189-93.

6. Калиниченко, Ю.М. Состояние системы провоспалительных цитокинов у больных хронической обструктивной болезнью легких [Текст] / Ю.М. Калиниченко, М. М. Островский // *Пульмонология*. – 2005. - №3. - с. 96-100.

7. Цветкова, О.А. Состояние системы провоспалительных цитокинов у больных хронической обструктивной болезнью легких [Текст] / О.А. Цветкова, О. О. Воронкова // *Пульмонология*. – 2005. - №3. - с. 96-100.

8. Чернушенко, Е.Ф. Варианты нарушений иммунного статуса у больных хроническим бронхитом [Текст] / Е. Ф. Чернушенко, Ю. И. Фещенко, Н. В. Круглова // *Укр. пульм. журнал*. – 2000. - №1. – с. 12-15.

9. Бялик, О. Й. Основні збудники інфекційного загострення хронічного обструктивного захворювання легень [Текст] / О. Й. Бялик // *Український пульмонологічний журнал*. – 2008. - № 2. – с. 9-12.

10. Varma – Basil, M. Role of *Mycoplasma pneumoniae* infection in acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease [Text] / M. Varma – Basil, S. K. D. Dwivedi, K. Kumar, R. Pathak, R. Rastogi, S. S. Thukral, M. Shariff, V. K. Vijayan, Chhabra, R. Chaudhary // *Journal of medical microbiology*. - 2009. – V. 58. - № 11. – p. 322-326.

11. Наказ № 30 «Про заходи щодо профілактики і боротьби з грипом та гострими респіраторними інфекціями в Україні» [Текст] // Київ, 1998. – 12 с.

12. Приказ № 535 «Об унификации микробиологических (бактериологических) методов исследования, применяемых в клинко - диагностических лабораториях лечебно - профилактических учреждений" [Текст] // Москва, 1985. – 50 с.

13. OECD Principles of Good Laboratory Practice (as revised in 1997) [Text] // OECD Environmental Health and Safety Publications. -OECD. – 1998. -№ 1. – p. 1 - 3 p.

14. Гирін, В. М. Посібник з медичної вірусології [Текст] / В. М. Гирін, В. Г. Порохницький, С. Г. Вороненко та ін. — Київ: Здоров'я, 1995. — 368 с.Клиническая иммунология: навч. посібник / [під редакцією Караулова А. В.] – М.: Медицинское информационное агентство, 1999. – 604 с.; ISBN 5-89481-04-50.

15. Дзюблик, О. Я. Спектр вірусних збудників у хворих на негоспітальну пневмонію [Текст] / О. Я. Дзюблик, І. В. Дзюблик, Р. Є. Сухін, Н. М. Недлінська, В. Я. Клягін, К. А. Гончаров, В. А. Ячник, О. Й. Бялик// *Український пульмонологічний журнал*. – 2010. - № 1. – с. 27–30.

16. Иванов, Е. М. Прогностическая оценка течения неспецифических воспалительных заболеваний легких

[Текст] / Е. М. Иванов, Е. П. Калинина, Н. В. Козьявина // Бюллетень СО РАМН. – 2010. - Т. 30. - № 1.

17. Патент №49200 (UA) МПК (2006) G01N 33/50. Спосіб підтвердження бактерійної інфекції у дітей раннього віку з пневмоніями. Винахідник/Заявник: ІВАНОВА ЛОРИНА АЛІМІВНА. Заявка № 2001074594 від 03.07.2001. Опубліковано: 16.09.2002, бюл. № 9.

УДК 616.24-002-02

ПРОВІДНІ СИМПТОМИ ТА ЧАСТОТА ЇХ ВИЯВЛЕННЯ У ХВОРИХ НА ПНЕВМОНІЮ РІЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Градиль Г.І., Козько В.М., Піддубна Т.Л., Меркулова Н.Ф., Могиленець О.І., Єгошина В.О., Аттіков В.Є.

Пневмонія сьогодні посідає перше місце серед інфекційних хвороб за рівнем смертності і є шостою по частоті причиною летальних наслідків у світі. При бактеріологічному дослідженні мокротиння домінуючими збудниками є *Streptococcus pneumoniae* та *Mycoplasma pneumoniae*. Причому мікоплазма частіше виявлялася у осіб молодого віку. Серед домінуючих симптомів пневмонії, що викликана *H. influenzae*, *St. pneumonia*, *S. aureus*, *M. catarrhalis* був кашель з мокротинням, крепітація, вологі дрібнобульбашкові хрипи. При пневмонії, що була викликана *M. pneumoniae* – лихоманка, фаринготрахеобронхіт. При вірусних пневмоніях – лихоманка, сухий кашель також фаринготрахеобронхіт. Можливості етіологічної діагностики бактеріальної та вірусної пневмонії на ранніх етапах захворювання досить обмежені, в першу чергу у зв'язку з низьким рівнем інформативності бактеріологічних методів при захворюваннях НДП, що обґрунтовує актуальність пошуку додаткових критеріїв, корисних при визначенні тактики етіотропної терапії. У зв'язку з цим ведеться активний пошук маркерів, придатних для ранньої діагностики бактеріальних та вірусних інфекцій НДП.

Ключові слова: негоспітальна пневмонія, бактеріальні та вірусні збудники, сухий кашель.

UDC 616.24-002-02

MAIN SYMPTOMS AND FREQUENCY OF DETECTION IN PATIENTS WITH PNEUMONIA OF DIFFERENT ETIOLOGY

Gradil G.I., Kozko V.N., Poddubnaja T.L., Merkulova N.F., Mogilenets O.I., Egoshina V.O., Attikov V.E.

Pneumonia today occupies the first place among infectious diseases for lethality level and occupies the 6th place for the frequency of lethal complications in the world. Bacteriological analysis of the sputum has revealed that the dominating causative agents of the disease are *Streptococcus pneumoniae* and *Mycoplasma pneumoniae*, besides *Mycoplasma* is found more frequently in younger patients. The leading symptoms of pneumonia induced by *H. influenzae*, *St. pneumonia*, *S. aureus*, *M. catarrhalis* were cough with sputum, crepitation, fine moist rales. The leading symptoms in *Mycoplasma*-induced pneumonia were fever and pharyngotracheobronchitis. Viral pneumonias were characterized by fever, dry cough and also pharyngotracheobronchitis. The means for etiological diagnosis of the bacterial and viral pneumonias on early stages of the disease are limited due to the low level of informativity of bacteriological methods applied for the lower respiratory tract infections (LRTI). That fact stipulates the

urgency for additional criteria search, which could be useful for etiotropic therapy tacticts. In connection with the mentioned above tendencies an active search for markers that are suitable for early diagnosis of bacterial and viral infections of LRTI is under way.

Key words: community-acquired pneumonia, bacterial and viral pathogens, dry cough.

УДК 616.24-002-02

ВЕДУЩИЕ СИМПТОМЫ И ЧАСТОТА ИХ ВЫЯВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЕЙ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Градиль Г.И., Козько В.Н., Поддубная Т.Л., Меркулова Н.Ф., Могиленец О.И., Егошина В.А., Аттіков В.Е.

Пневмония сегодня занимает первое место среди инфекционных заболеваний по уровню смертности и является шестой по частоте причиной летальных исходов в мире. При бактериологическом исследовании мокроты доминирующими возбудителями является *Streptococcus pneumoniae* та *Mycoplasma pneumoniae*. При этом миколазма чаще определялась у пациентов молодого возраста. Среди доминирующих симптомов пневмонии, вызванной *H. influenzae*, *St. pneumonia*, *S. aureus*, *M. catarrhalis* был кашель с мокротой, крепитация, влажные мелкопузырчатые хрипы. При пневмонии, вызванной *M. pneumoniae* – лихорадка, фаринготрахеобронхит. При вирусных пневмониях – лихорадка, сухой кашель, также фаринготрахеобронхит. Возможности этиологической диагностики бактериальной и вирусной пневмонии на ранних этапах развития заболевания несколько ограничены, в первую очередь в связи с низким уровнем информативности бактериологических методов при заболеваниях НДП, что объясняет актуальность поиска дополнительных критериев, полезных при определении тактики этиотропной терапии. В связи с этим ведётся активный поиск маркеров, предназначенных для ранней диагностики бактериальных и вирусных инфекций НДП.

Ключевые слова: негоспитальная пневмония, бактериальные и вирусные возбудители, сухой кашель.