

Шляхи оптимізації лікування ускладненої негоспітальної пневмонії на тлі артеріальної гіпертензії у практиці сімейного лікаря

А.В. Вахненко¹, Н.В. Моїсєєва¹, А.А. Капустянська¹, В.В. Голик²

¹ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

²Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського

Використання в комплексній терапії хворих на негоспітальну пневмонію (НП), ускладнену ексудативним плевритом на тлі артеріальної гіпертензії (АГ), комбінації препаратів торасеміду пролонгованої дії та препарату Тівортін аспаратат призводить до більш значущого покращання показників сатурації, біохімічних показників крові, а також прискорює одужання хворих, що підтверджується позитивною динамікою під час рентгенологічного дослідження, та значною мірою покращує всі параметри якості життя хворих, що виражається в значному зменшенні функціональних обмежень й у високій соціальній активності пацієнтів.

Ключові слова: негоспітальна пневмонія, ексудативний плеврит, артеріальна гіпертензія, L-аргінін, торасемід.

У клінічній практиці сімейному лікарю часто доводиться стикатися з поєднанням у пацієнта хронічного захворювання серцево-судинної системи, такими як ішемічна хвороба серця (ІХС) або артеріальна гіпертензія (АГ) та гострого ураження органів дихальної системи: бронхіту чи пневмонії. В ситуації коморбідних станів перед лікарем загальної практики особливо гостро постає питання підбору адекватної фармакологічної терапії.

Сьогодні хвороби органів дихання залишаються одними з найбільш поширених захворювань та завдають значних економічних збитків на державному рівні, посідаючи чільне місце за кількістю днів непрацездатності, інвалідизації населення та смертності [5]. Так, від негоспітальної пневмонії (НП) у всьому світі щорічно помирає близько 2 млн людей [7, 9, 10]. У європейських країнах кількість хворих на НП перевищує 4,2 млн осіб на рік [8]. НП залишається актуальною проблемою для сімейних лікарів. Незважаючи на постійно зростаючу кількість антибактеріальних, муколітичних, імуномодулювальних препаратів, зберігається значний відсоток розвитку ускладнень і летальних випадків, особливо у разі її поєднання із супутніми захворюваннями серцево-судинної системи. Крім цього, за останні роки помітно змінився клінічний перебіг НП, і в першу чергу, це пов'язано зі збільшенням кількості верифікованої вірусно-бактеріальної інфекції, як можливого етіологічного чинника патології. Вивчення клінічного перебігу НП у хворих із серцево-судинною патологією, зокрема АГ, демонструє часте ускладнення ексудативним плевритом, що не тільки обтяжує перебіг хвороби, а й підвищує вартість лікування.

З іншого боку, серцево-судинна патологія посідає одне з провідних місць у структурі захворюваності населення України [1] і є високою ймовірністю тяжких ускладнень, які призводять до інвалідизації пацієнтів. Крім цього, висока летальність після ускладнень крім медичного, має ще й виражений соціальний характер. Тому неважко передбачити, що перебіг НП у хворого на фоні ІХС, АГ буде мати більш тяжкий перебіг, при цьому прогресуватимуть ознаки застою, що потребує виваженого призначення лікарських засобів.

Згідно з даними літератури одну з провідних ролей у виникненні і прогресуванні ІХС, АГ відіграє дисфункція ендотелію судин [2]. Ендотелій судин є єдиним органом, що регулює гемодинаміку і перфузію відповідно потребам кожного органу або тканини. Основним показником впливу ендотелію є виділення ряду біологічно активних речовин, а від адекватного функціонування ендотеліоцитів залежать тонус судин (загальний судинний опір, артеріальний тиск), атромогенність судинної стінки, активність тромбоцитів і згортальної системи крові, запального процесу, оксидантного опору, а також структурне збереження шарів судинної стінки і прояву атерогенезу. Порушення цих регуляторних факторів призводить до змін в органах і системах, які служать патогенетичною основою для багатьох патологічних процесів, зокрема таких, як кардіоваскулярна патологія. Отже, зменшення пошкодження, корекція і підтримка адекватного функціонування ендотелію є одним з найбільш актуальних завдань сучасної терапії судинної патології. Одним із лікарських препаратів, які застосовують у клінічній практиці для нормалізації функціонування ендотелію є донатори NO, зокрема L-аргінін, застосування якого призводить до позитивного ефекту при дисфункції ендотелію [3].

Накопичення великого об'єму даних про патогенез серцево-судинної патології змінює і парадигми лікування цих пацієнтів. Основою фармакотерапії ХСН включення разом з інгібіторами ангіотензинперетворювального ферменту (ІАПФ) бета-блокаторів, блокаторів мінералокортикоїдних рецепторів, і навіть при незначних ознаках застою (гіпокінезу) підключення діуретичної терапії. Згідно з рекомендаціями Європейської асоціації кардіологів (2012 р.), діуретики можуть бути використані при необхідності для полегшення ознак і симптомів затримки рідини, незалежно від показника функціонального викиду лівого шлуночка, при цьому призначення петльових діуретиків переважніше, ніж тіазидних. Петльові діуретики за силою своєї сечогінної дії перевершують інші групи сечогінних засобів, тому їхнє використання лежить в основі лікування застійних явищ та набрякового синдрому при ХСН. Сьогодні неодноразово доведено перевагу повільної інфузії сечогінного засобу перед болусним внутрішньовенним введенням, для профілактики синдрому рикошет. Таким чином, діуретик необхідно підбирати так, щоб його активність зберігалася впродовж максимально можливого періоду часу протягом доби. Такі фармакологічні характеристики має сучасний пролонгований петльовий діуретик торасемід.

Сучасні наукові роботи містять багато інформації щодо етіопатогенезу та стратегії лікування НП. Проте питанням диференційного підбору лікування ускладненої НП у хворих з різною супутньою патологією не приділяють достатньої уваги. Саме тому ми звертаємо увагу сімейних лікарів на розвиток НП, ускладнену ексудативним плевритом у хворих з АГ.

Мета дослідження: оптимізація лікування хворих з АГ, у яких встановлено НП, ускладнену ексудативним плевритом.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідження були включені 43 пацієнта з НП з наявністю вірусного ураження на тлі АГ віком від 46 до 65 років. Середній вік пацієнтів склав $52,5 \pm 4,5$ року.

Верифікацію діагнозу НП та його формулювання проводили згідно з Наказом МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р. «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Ппульмонологія» [6]. У всіх пацієнтів пневмонія ускладнювалась ексудативним плевритом, який був підтверджений рентгенологічним дослідженням. Верифікацію діагнозу АГ та його формулювання проводили згідно з Наказом МОЗ України № 54 від 14.02.2002 р. «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Кардіологія» [6]. Діагноз ІХС підтверджували на підставі даних стандартної кардіологічної анкети ВООЗ (опитувальник Роуза) [4], характеру змін на електрокардіограмі у стані спокою та згідно з рекомендаціями VI Національного конгресу кардіологів України).

Усі пацієнти були розподілені на три групи:

- I група (клінічна А) – 17 чоловік зі стандартним комплексним лікуванням НП та супутньою АГ, в яке входить призначення сечогінного засобу торасемід 5 мг 2 рази на добу per os;
- II група (клінічна В) – 18 чоловік, яким призначали торасемід пролонгованої дії (Бритомар) у дозі 10 мг на добу;
- III група (клінічна С) – 18 чоловік, яким призначали торасемід пролонгованої дії (Бритомар) по 10 мг per os на добу в комбінації з Тівортіном аспаратом 4,2%, який призначали внутрішньовенно по 100 мл 1 раз на добу протягом 10 днів.

У хворих досліджували загальний та біохімічний аналіз крові, проводили рентгенологічне обстеження органів грудної клітки, визначали рівень сатурації кисню в капілярній крові транскутанним методом за допомогою пульсоксиметра CMS50B Pulse Oximeter.

Усі дослідження проводили за єдиною схемою: на момент надходження хворого до клініки, на 7-у та 15-у добу лікування. Для вивчення динаміки показників якості життя у хворих з НП на різних етапах лікування застосовували версію загального опитувальника MOS SF-36 (MOS SF Item Short Form Health Survey). З метою оцінювання впливу терапії на якість життя хворих з НП крім опитувальника MOS SF-36 проводили тести глобальної оцінки стану і якості лікування хворим і лікарем. Результати тесту оцінювали по бальній системі. Хворі самостійно заповнювали опитувальник SF-36: до початку лікування, у момент госпіталізації, наприкінці стаціонарного лікування (через 14–16 днів), через 1 міс.

Статистичне оброблення отриманих результатів здійснювали на персональному комп'ютері за допомогою стандартного пакету функцій «MS Excel» і «Statistica for Windows. Release 6.0».

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз початкових результатів дослідження свідчить, що у всіх хворих спостерігали значні порушення сатурації, лейкоцитоз, підвищення ШОЕ, порушення лейкоцитарної формули. При проведенні рентгенологічного дослідження встановлені ознаки ексудативного плевриту, при біохімічних дослідженнях виявлено незначне підвищення вмісту натрію та креатиніну в крові.

Після проведеного 5-добового лікування у хворих різних клінічних груп відзначили позитивну динаміку клінічної симптоматики зі зменшенням інтенсивності задишки та кашлю, зменшення гнійності та об'єму харкотиння, нормалізацію температури тіла, покращення загального самопо-

чуття, зникнення болю в грудній клітці, нормалізацію сну. Позитивна клінічна динаміка супроводжувалась покращенням показників фізичного функціонування (PF).

Аналіз динаміки показників у хворих різних клінічних груп свідчить, що рівень сатурації в групі А покращився до $94,67 \pm 0,82$, але не мав достовірного значення в порівнянні з показником до лікування $92,11 \pm 0,23$, при цьому зберігав достовірне відхилення від норми $98,53 \pm 0,12$. Рівень сатурації в клінічній групі В також демонстрував позитивний зсув до $95,21 \pm 0,51$ ($p \geq 0,05$), що мав достовірний показник в порівнянні із показником до лікування, при цьому не досяг показника норми та зберігав також достовірне відхилення. Лише в клінічній групі С показник сатурації досяг $97,83 \pm 0,34$, що майже співпадало з показником норми $98,53 \pm 0,12$, та мав достовірне відхилення від результату показника до лікування $92,11 \pm 0,23$. Проведення рентгенологічного дослідження виявило появу позитивної динаміки в клінічній групі А на 10-ту добу в середньому $12,88 \pm 0,33$, в клінічній групі В – на 7-му добу, що в 1,1 разу прискорило одужання, в середньому $9,83 \pm 0,35$, а в клінічній групі С перевищував показник групи А майже у 2 рази і склав 5–6 діб в середньому $5,37 \pm 0,36$ та мав достовірне відхилення.

Аналіз динаміки змін показників сатурації та отримання позитивної картини в легенях наочно демонструють перевагу призначення комбінованої терапії торасеміду та тівортіну пролонгованої дії при НП ускладненої плевритом у поєднанні з АГ, що прискорює одужання хворих. Треба зазначити, що всі зміни відбувалися на фоні нормалізації показників загального аналізу крові, в усіх клінічних групах нормалізувалась кількість лейкоцитів, ШОЕ, але достовірних відхилень серед цих показників не спостерігалось.

При проведенні біохімічного аналізу крові статистично значущих відхилень також не спостерігалось, зокрема вмісту Na. У хворих до лікування спостерігали натріємію до $148,20 \pm 0,26$, достовірне відхилення від норми, що було скоріш за все пов'язане із застосуванням сечогінних засобів різних фармакологічних груп до госпіталізації. Дослідження цього показника показало, що в клінічній групі А він дещо збільшився до $153,45 \pm 0,62$ ($p \geq 0,05$). В клінічній групі В він склав $152,12 \pm 0,43$ і також мав достовірне відхилення від показника до лікування, проте зберігав достовірне відхилення і від норми. Тільки в клінічній групі С цей показник досяг показника норми $141,12 \pm 0,86$ і мав достовірне відхилення від показника до лікування. Крім цього, у всіх клінічних групах відмічалась нормалізація показників АТ, причому зміни не носили достовірних розбіжностей, але в клінічній групі В та С показники АТ відновлювалися до цільових цифр плавніше, зі збереженням природного добового ритму АТ, і не носили зигзагоподібної картини, як в групі А.

Проведення оцінки динаміки показників якості життя у хворих клінічних груп показало: у клінічній групі С було отримане достовірне покращення всіх параметрів якості життя хворих. Причому, більшою мірою на фоні терапії тівортіном в поєднанні з торасемідом пролонгованої дії (група С) покращувалися показники життєвої активності (VT) і фізичного функціонування (PF), а також загальний стан здоров'я (GH). Усі дані були достовірними, і тільки в клінічній групі А ці показники не мали достовірного значення. У меншій мірі в процесі лікування позитивна динаміка стосувалась цих результатів, в клінічній групі В, хоча показник фізичного функціонування (PF) також мав достовірні значення. Хворі клінічних груп В та С відзначали покращення показника соціального функціонування (SF), і цей показник мав достовірне значення.

Усі отримані дані позитивно впливали не лише на якість життя хворих, але і на встановлення комплаєнсу.

ВИСНОВКИ

Використання в комплексному лікуванні хворих на негоспітальну терапію, ускладнену ексудативним плевритом на тлі артеріальної гіпертензії, комбінації препаратів торасеміду пролонгованої дії та тівортину аспартату призводило до більш значущого покращання показників сатурації, біохімічних показників крові, а також прискорювало одужання хворих, що підтверджувалось позитивною динамікою при рентгенологічному дослідженні та значною мірою покращувало всі параметри якості життя

Пути оптимизации лечения осложненной негоспитальной пневмонии на фоне артериальной гипертензии в практике семейного врача

А.В. Вахненко, Н.В. Моисеева, А.А. Капустянская, В.В. Голык

Применение в комплексной терапии больных с негоспитальной пневмонией, осложненной эксудативным плевритом на фоне артериальной гипертензии, комбинации препаратов торасемиды пролонгированного действия и тивортин аспартата привело к более значимым изменениям показателей сатурации, биохимических показателей крови, а также ускорило выздоровление больных, что подтвердилось позитивной динамикой при рентгенологических исследованиях, в значительной мере улучшило все параметры качества жизни больных, что выразилось в значительном уменьшении функциональных ограничений и высокой социальной активности пациентов. Это позволило значительно снизить затраты на лечение отдельного больного.

Ключевые слова: негоспитальная пневмония, эксудативный плеврит, артериальная гипертензия, L-аргинин, торасемид.

хворих і виражалось в значному зменшенні функціональних обмежень й у високій соціальній активності пацієнтів.

Слід зазначити, що результати проведених досліджень підтверджують перспективність застосування комбінації лікарських засобів, які впливають на різні ланки патогенезу при коморбідних станах у хворих, що дозволяє лікарю в клінічній практиці не тільки індивідуалізувати лікування кожного хворого, а й знизити фінансові затрати на лікування та встановити високий рівень комплаєнсу.

The ways of treatment optimization of complicated community-acquired pneumonia against arterial hypertension by gp doctor

A. V. Vakhnenko, N. V. Moiseeva, A. A. Kapustianska, V. V. Golyk

Application of drug combination of torasemide with prolonged activity and tivantine aspartate in the treatment of patients with exudative pleuritis complicated CAP combined with hypertension led to more significant changes in the values of saturation, blood biochemical parameters, as well as accelerated the recovery of patients, and was confirmed by the positive dynamics of X-ray examination, to a large extent improved all parameters of the quality of life of patients, which was reflected in a significant decrease in functional limitations and high social activity of patients. This allowed us to significantly reduce the cost of treating an individual patient.

Key words: community-acquired pneumonia, exudative pleuritis, hypertension, L-arginine, torasemide.

Сведения об авторах

Вахненко Андрей Викторович – Кафедра экспериментальной и клинической фармакологии с клинической иммунологией и аллергологией ВГУЗ Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия», 36024, г. Полтава, ул. Шевченко, 23

Моисеева Наталья Витальевна – Кафедра экспериментальной и клинической фармакологии с клинической иммунологией и аллергологией ВГУЗ Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия», 36024, г. Полтава, ул. Шевченко, 23

Капустянская Анна Анатольевна – Кафедра экспериментальной и клинической фармакологии с клинической иммунологией и аллергологией ВГУЗ Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия», 36024, г. Полтава, ул. Шевченко, 23; тел.: (0895) 423-88-62. E-mail: nusaykap@gmail.com

Голык Вячеслав Владимирович – Полтавская областная клиническая больница имени Н.В. Склифосовского, 36000, г. Полтава, ул. Шевченко, 23

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бабушкина А.В. Эффективность перорального применения L-аргинина у пациентов с эндотелиальной дисфункцией / А.В. Бабушкина // Укр. мед. часопис. – 2010. – № 1 (75). – С. 24–30.
2. Зиньковский М.Ф. Оксид азота и легочная гипертензия / М.Ф. Зиньковский // Здоровье Украины. – 2008. – № 13–14. – С. 62.
3. Коноплева Л.Ф. Оценка эффективности применения L-аргинина при легочной артериальной гипертензии различного генеза / Л.Ф. Коноплева, Л.В. Кушнир // Укр. мед. часопис. – 2013. – № 1 (93). – С. 115–119.
4. Маянский А.Н. Современная эволюция идеи И.Н. Мечникова о внутрисосудистом воспалении / А.Н. Маянский // Иммунология. – 1995. – № 4. – С. 8–11.
5. Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Ппульмонологія». – 21 с.
6. Наказ МОЗ України № 54 від 14.02.2002 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Кардіологія». – 29 с.
7. Фещенко Ю.І. Негоспітальна пневмонія у дорослих: етіологія. Патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія (методичні рекомендації) / Ю.І. Фещенко [та ін.] // Укр. хіміотерапев. журнал. – 2001. – № 3 – С. 58–64.
8. Шуба Н.М. Современные подходы к лечению негоспитальных пневмоний у больных с факторами риска: материалы III з'їзду фтизіатрів і пульмонологів України, Київ, 25–28 травня 2003 р. / Н.М. Шуба, Т.Д. Воронова // Укр. пульмонолог. журнал. – 2003. – № 2. – С. 43–49.
9. Apoptosis / T. Fernandes-Alnemri [et al.] // Scientist. – 1997. – Vol. 1, № 24. – P. 33–44.
10. Holt P.G. Alveolar macrophages / P.G. Holt // J. Immunol. – 1999. – Vol. 27, № 2. – P. 189–198.

Статья поступила в редакцию 11.02.2015