



Н.І. Питецька¹, П.Л. Касєєв², Ю.В. Бондар²,
Ю.М. Ілляшенко², І.І. Кириченко²

¹Харківський національний медичний університет

²Військово-медичний клінічний центр північного регіону, Харків

Клінічний випадок тяжкої негоспітальної пневмонії, ускладненої гострим респіраторним дистрес-синдромом

На сьогодні пневмонія продовжує залишатись важливою медико-соціальною проблемою, що пов'язано зі зростанням показників поширеності, інвалідизації та смертності в усьому світі. За даними епідеміологічних досліджень серед хворих на пневмонію переважають чоловіки — 55 %, а поширеність і тяжкість захворювання збільшується з віком. За даними офіційної статистики, у 2017 р. захворюваність дорослих на пневмонію в Україні склала 384,0 на 100 тис. населення, а смертність — 11,7 на 100 тис. населення.

Негоспітальна пневмонія (НП), що виникла поза лікувальними закладами або була діагностована в перші 48 год від моменту госпіталізації, є одним із найпоширеніших клінічних станів серед дорослого населення. Наявність факторів ризику сприяє не лише значному зростанню частоти госпіталізацій, але й ускладненню перебігу захворювання. Особливої уваги заслуговує розвиток гострого респіраторного дистрес-синдрому (ГРДС) на тлі НП, основними характерними ознаками якого є двобічна інфільтрація легеневої тканини і тяжка гіпоксемія за відсутності кардіогенного набряку легень, загальна летальність якого складає 40–60 % і порівнюється зі смертністю від раку легень.

У цій публікації наведено клінічний приклад діагностики і лікування хворого на НП тяжкого перебігу, ускладнену ГРДС, на базі Військово-медичного клінічного центру північного регіону м. Харкова. Лікування проводилось згідно з уніфікованим протоколом надання медичної допомоги дорослим, хворим на НП та ГРДС.

Комплексне лікування пацієнта супроводжувалося вираженою позитивною динамікою патологічного процесу, що призвело до цілковитого рентгенологічного одужання. На 24-й день він був виписаний з лікарні у задовільному стані з рекомендаціями щодо способу життя та подальшого санаторного лікування.

Ключові слова

Негоспітальна пневмонія, гострий респіраторний дистрес-синдром.

На сьогодні пневмонія продовжує залишатись важливою медико-соціальною проблемою, що пов'язано зі зростанням показників поширеності, інвалідизації та смертності в усьому світі. За даними епідеміологічних досліджень, серед хворих на пневмонію переважають чоловіки — 55 %, а поширеність і тяжкість захворювання збільшується з віком. За даними офіційної статистики, у 2017 р. захворюваність дорослих на пневмонію в Україні склала 384,0 на 100 тис.

населення, а смертність — 11,7 на 100 тис. населення [4].

Пневмонія — це гостре інфекційне захворювання, переважно бактеріальної етіології, яке характеризується вогнищевим ураженням респіраторних відділів легень та обов'язковою наявністю внутрішньо-альвеолярної ексудації. Класифікація базується перш за все на умовах, у яких виникло захворювання. Найбільш практичного значення набув розподіл пневмонії на негоспітальну (виникла поза лікувальними закладами або була діагностована в перші 48 год від моменту госпіталізації) та госпітальну (виникла в лікуваль-

му закладі через 48 год і пізніше з моменту госпіталізації та за відсутності інкубаційного періоду будь-якого інфекційного захворювання [3].

Негоспітальна пневмонія (НП) є одним з найпоширеніших клінічних станів серед дорослого населення і посідає провідне місце у структурі захворюваності та смертності від інфекційних захворювань. Згідно з результатами зарубіжних епідеміологічних досліджень, поширеність захворюваності на НП у розвинених країнах теж залишається високою. Так, у США щороку виявляють понад 5,5 млн хворих на НП, кожного третього з них госпіталізують, а близько 100 тис. помирають безпосередньо від цього захворювання [12]. Понад 3 млн випадків НП серед дорослого населення протягом року реєструють у Великій Британії, Франції, Італії, Німеччині, Іспанії [9]. Наявність широкого спектра асоційованих клінічних особливостей НП сприяє включенню її до диференційної діагностики майже з усіма респіраторними захворюваннями.

Найнижчу летальність від НП (1–3%) встановлено серед осіб молодого та середнього віку без супутніх захворювань. Цей показник зростає до 15–30% за наявності факторів ризику (ФР), найвагомішими серед яких є похилий вік, хронічна супутня патологія внутрішніх органів, вірусна інфекція, фактори способу життя та їхня комбінація [4]. Це сприяє не тільки значному зростанню частоти госпіталізацій, а й ускладненню перебігу захворювання, що може характеризуватися тяжким інтоксикаційним синдромом, гемодинамічними змінами та виразною дихальною недостатністю.

На особливу увагу заслуговує розвиток гострого респіраторного дистрес-синдрому (ГРДС) на тлі НП, основними характерними ознаками якого є двобічна інфільтрація легеневої тканини і тяжка гіпоксемія за відсутності кардіогенного набряку легень [13]. Цей стан мав безліч назв – некардіогенний набряк легень, «мокра легеня», «важка легеня», «шокова легеня» і лише в 1967 р. отримав назву ГРДС дорослих, коли було описано 12 пацієнтів, сім з яких померли [6]. Поширеність ГРДС становить 1,5–70 випадків на 100 тис. населення, загальна летальність – 40–60% [17] і зрівняна зі смертністю від раку легень [11].

ГРДС є частим ускладненням багатьох патологічних станів, клінічна картина якого залежить від ступеня (I (прихований) – близько 24 год після дії етіологічного фактора; II (початковий) – виникає через 1–2 доби після початку дії етіологічного фактора; III (період виразних клінічних виявів) – розвиток гострої легеневої недостатності; IV – виразне прогресування дихальної недостатності та розвиток тяжкої

артеріальної гіпоксемії, гіперкапнії, метаболічного ацидозу) та тяжкості перебігу [2]. Поліетіологічність зумовлює особливості морфологічних змін легень, що ускладнює диференціальну діагностику [5, 7, 8, 18]. Тяжкий перебіг ГРДС та висока смертність від нього потребують проведення інтенсивної терапії (ІТ) та штучної вентиляції легень (ШВЛ) [1, 14]. Результати проведених клінічних досліджень показали ефективність застосування низьких обсягів при ШВЛ для зниження смертності та розвитку біотравм [10, 15, 16].

Нами описано власне спостереження клінічного випадку НП тяжкого перебігу, ускладненої ГРДС. *Хворого Д.*, 30 років, доставлено до відділення невідкладної допомоги Військово-медичного клінічного центру північного регіону м. Харкова зі скаргами на малопродуктивний кашель, біль у грудній клітці під час кашлю, відчуття нестачі повітря, підвищення температури тіла до 39,4 °С, виразну загальну слабкість.

З анамнезу відомо, що своє нездужання пов'язує зі значним переохолодженням під час перебування в зоні ООС, у результаті якого з'явилися нежить, біль у м'язах, кістках кінцівок, підвищення температури тіла. Через кілька днів за відсутності ефективності амбулаторного лікування (цефтріаксон, диклофенак) хворого було направлено до терапевтичного відділення, де під час рентгенологічного дослідження легень було виявлено двобічну пневмонію з тотальним ураженням нижніх часток. Попри проведення посиленої терапії (цефтріаксон, «Зиоміцин», «Бігафлон», еуфілін, дексаметазон, бромгексин, «Гастронорм», «Фленокс») наступного дня стан хворого погіршився: посилилася задишка, з'явилося тахіпное (ЧДР – 23/хв), тахікардія (ЧСС – 108/хв), SpO₂ знизилася до 70% (SpO₂ < 94% – пряме показання до проведення оксигенотерапії). Розпочато інсуфляцію кисню. Хворого переведено до відділення інтенсивної терапії. Корекція антибактеріальної терапії не призвела до позитивних змін, стан хворого погіршувався: наростала задишка, SpO₂ знизилася до 60% при самостійному диханні. При інсуфляції кисню 80% гемодинаміка залишалася стабільною. За невідкладними показаннями до подальшого обстеження та лікування хворого було переведено до Військово-медичного клінічного центру північного регіону м. Харкова з діагнозом: негоспітальна двобічна (праворуч – нижньої частки, ліворуч – субтотальна) пневмонія III–IV клінічної групи, тяжкий перебіг, дихальна недостатність (ДН) II ступеня.

На момент поступлення до відділення невідкладної допомоги загальний стан хворого тяжкий, свідомість не порушена. Шкіра бліда з не-



Рис. 1. СКТ на 2-й день перебування в Військово-медичному клінічному центрі північного регіону

значним ціанозом у ділянці носо-губного трикутника, видимі слизові оболонки чисті, звичайного кольору. Підшкірно-жирова клітковина розвинена помірно, розподілена рівномірно. Периферичні лімфовузли не збільшені, набряків немає. Носове дихання вільне. Грудна клітка нормостенічної форми, симетрична. ЧДР – 24/хв, дихання ритмічне, глибоке. Пальпація грудної клітки безболісна, перкуторно відзначається притуплення перкуторного звуку в базальних ділянках, аускультативно – дихання жорстке, ослаблене в базальних ділянках, крепітація над нижньою часткою правої легені. При перкусії серця межі відносної тупості не змінені. Тони серця гучні, ритмічні. АТ – 150/90 мм рт. ст., ЧСС – 112/хв, пульс симетричний, ритмічний, задовільного наповнення і напруження. Язик вологий, звичайного кольору. Живіт при пальпації м'який, безболісний. Печінка не збільшена, край безболісний. Селезінка не пальпується. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Сечовипускання вільне, безболісне.

День по тому, у зв'язку з прогресуванням ДН (ЧДР – 28–30/хв, SpO₂ – 68–70% на тлі подачі зволоженого кисню), наростанням запального процесу (лейкоцитоз 22,3 · 10⁹/л, ШОЕ 47 мм/год), отриманням даних спіральної комп'ютерної томограми органів грудної клітки (СКТ ОГК): тотальне ураження легень, за винятком лише S1, S2 верхньої частки та S4 середньої частки правої

легені (рис. 1) та через вкрай тяжкий загальний стан хворого за рішенням консилиуму лікарів медичного закладу хворого переведено в реанімаційне відділення, де здійснено інтубацію трахеї з переведенням пацієнта на апарат штучної вентиляції легень (ШВЛ) та введенням його у медикаментозний сон для максимального обмеження поглинання кисню тканинами і, головне, збереження функції головного мозку. Клінічний діагноз: негоспітальна двобічна тотальна (вірусно-бактеріальної етіології?) пневмонія IV клінічної групи, тяжкий перебіг, ускладнена ГРДС дорослих, ДН III ступеня. Продовжено лікування згідно з уніфікованим протоколом надання медичної допомоги дорослим, хворим на НП. Крім цього, попри відсутність лабораторного підтвердження вірусної етіології захворювання, з урахуванням тяжкості стану та клінічних виявів було призначено антивірусний препарат «Таміфлю» в дозі 50 мг на добу.

3-й день. Стан хворого вкрай тяжкий, визначена негативна динаміка, зумовлена наростанням запального процесу (лейкоцитоз 21,5 · 10⁹/л) та виявів дихальної недостатності (зростання гіперкапнії), у зв'язку з чим скориговано антибактеріальну терапію (заміна левофлоксацину на «Зивокс» – 1200 мг на добу та продовжено «Мепенам» 3 г на добу). Враховуючи тривалість перебування хворого на апараті ШВЛ (2 доби) та неможливість переведення його на спонтанне

дихання, було проведено оперативне втручання: серединна поперечно-поздовжня трахеотомія зі встановленням трахеотомічної трубки та санація трахеобронхіального дерева (ТБД) з видаленням рідкого, гнійно-серозного мокротиння. Гемодинаміка залишалася стабільною (ЧСС — 104–110/хв, АТ — 130/80 мм рт. ст.), SpO_2 — 94–96%. Почало прослуховуватись ослаблене везикулярне дихання з великою кількістю різнокаліберних вологих хрипів.

Аналіз промивних вод бронхів: епітелій — багато, лейкоцити — 1/3 в п/з, еритроцити — поодинокі, атипові клітини — не виявлено, кислотостійкі палички — не виявлено.

Мікробіологічне дослідження змивів з бронхів: *Streptococcus pneumoniae* — 10^6 .

4-й день. Хворий продовжує перебувати в медикаментозному сні з періодичним проведенням санації ТБД. Температура тіла — до 39,2 °С. У загальному аналізі крові кількість лейкоцитів знизилася до $11,5 \cdot 10^9$ /л, SpO_2 — 97–98%, рівень CO_2 — 71%, постійний контроль індексу оксигенації. Кількість змішаних хрипів при аускультації легень зменшилася, гемодинаміка стабільна (ЧСС — 110–115/хв, АТ — 125/80 мм рт. ст.). Дихання через трахеостому.

5-й день. Хворий у медикаментозному сні з періодичним проведенням санації ТБД (праворуч — без особливостей, ліворуч — невелика кількість в'язкого мокротиння). Температура тіла знизилася до 37,5 °С. У загальному аналізі крові кількість лейкоцитів — $12,3 \cdot 10^9$ /л, рівень CO_2 — 40%, SpO_2 — 96–98%, при аускультації легень дихання жорстке (апаратне), ослаблене, значна кількість сухих хрипів, гемодинаміка стабільна (ЧСС — 90–104/хв, АТ — 135/80 мм рт. ст.). Дихання — через трахеостому. Заплановано поступове виведення хворого з медикаментозного сну.

6-й день. Звертає на себе увагу помірна трахеобронхіальна дискінезія (50% перекриття трахеї під час кашлю), що, можливо, є виявом ураження центральних відділів внутрішньогрудних дихальних шляхів. Температура тіла — до 37,1 °С, рівень CO_2 — 34,7%, SpO_2 — 97–98%. При аускультації легень — сухі поодинокі хрипи, гемодинаміка стабільна (ЧСС — 80–88/хв, АТ — 120/80 мм рт. ст.). Дихання — через трахеостому. Самостійне дихання неадекватне.

7-й день. Стан стабільно тяжкий, але хворий намагається увійти в контакт. SpO_2 — 97–98%, CO_2 — 31,2%. ЧДР — 16–18/хв, ЧСС — 78/хв. Дихання — через трахеостому. При аускультації легень — дихання жорстке, велика кількість провідних сухих хрипів з обох сторін, гемодинаміка стабільна. Протягом 3 год був на самостійному

диханні, але виснажився, тому пацієнта знову переведено на ШВЛ.

9-й день. Загальний стан тяжкий. Хворий притомний, розуміє звертання до нього, дихає самостійно через трахеотомічну трубку. Намагається спілкуватися. Температура тіла — до 37,1 °С, ЧДР — 18–20/хв, гемодинаміка стабільна.

Протягом 7 год був на самостійному диханні без допомоги апарата ШВЛ, з подаванням через трахеостому кисню 3 л/хв. SpO_2 — 97–99%. Дихання жорстке, велика кількість провідних сухих хрипів з обох сторін. Через трахеотомічну трубку відкашлює мокротиння самостійно.

При СКТ голови патології не виявлено. Огляд психіатром: різко виразна невротична реакція в особистості з акцентуацією для характеру за істероїдним типом. Додано «Сибазон» у дозі 0,005 г уранці та амітриптилін 25 мг на ніч.

При СКТ грудної клітки (рис. 2) визначено позитивну динаміку: залишається ділянка інфільтрації в S2 та S6 правої легені. Виявлено залишки двобічного параневмонічного ексудативного «малого» плевриту. Лікування — згідно з картою інтенсивної терапії.

10-й день. Стан стабільно тяжкий з позитивною динамікою. Хворий притомний, орієнтований у часі та просторі. Періодично короткочасно потребує інгаляції зволоженого кисню (сухе повітря спричинює сухість і подразнення слизової оболонки дихальних шляхів, кашель і рефлексорно може порушувати ритм та частоту дихальних рухів) через трахеостому. SpO_2 на спонтанному диханні — 94%, під час інгаляції O_2 — 98%. Дихання жорстке, незначно ослаблене в базальних відділах. Там само вислуховуються поодинокі сухі хрипи. Температура тіла та гемодинаміка стабільні. Почав самостійно вживати рідку їжу.

12-й день. Значне покращення загального стану хворого. Температура тіла — до 36,7 °С. Періодичний кашель з відходженням мокротиння. Дихання жорстке, незначно ослаблене в базальних відділах, поодинокі сухі хрипи. Лейкоцити — до $9 \cdot 10^9$ /л, SpO_2 — 97%. Видалено трахеотомічну трубку.

13-й день. У стані середньої тяжкості хворого переведено до профільного відділення для продовження лікування.

14-й день. За даними ультразвукового дослідження у плевральних порожнинах відзначається незначна кількість (до 100 мл) рідини.

16-й день. Скарг не висловлює, почувається добре. Загальний стан задовільний, стабільний. При аускультації легень вислуховується везикулярне дихання, додаткових дихальних шумів немає. Антибактеріальну терапію припинено.



Рис. 2. СКТ на 9-й день перебування у військово-медичному клінічному центрі північного регіону

Протягом подальших днів скарг у хворого не було, загальний стан залишався стабільно задовільним без негативних змін зовнішнього дихання і показників гемодинаміки. Хворого було оглянуто офтальмологом, неврологом, фтизіатром, отоларингологом та хірургом. Патологічних змін не виявлено.

23-й день. Проведено контрольне рентгенологічне та ультразвукове дослідження легень, ознак патології не виявлено.

Отже, у наведеному нами клінічному випадку своєчасно розпочате комплексне лікування пацієнта супроводжувалося виразною позитивною динамікою патологічного процесу, що сприяло цілковитому рентгенологічному одужанню. На 24-й день пацієнта виписано з лікарні в задовільному стані з рекомендаціями щодо способу життя та подальшого санаторного лікування.

Наразі немає специфічних профілактичних заходів щодо виникнення пневмонії і, особливо, розвитку її тяжких ускладнень. Але кожній людині рекомендовано підвищувати неспецифічну

резистентність організму, використовуючи такі методи, як загартовування, заняття спортом та дихальною гімнастикою. Важливу роль відіграє спосіб життя: відмова від тютюнокуріння, повноцінне збалансоване харчування з достатньою кількістю овочів і фруктів, режим праці та відпочинку, повноцінний сон. Слід пам'ятати, що своєчасно розпочате комплексне лікування знижує ризик розвитку ускладнень і підвищує шанси на виживання в разі тяжкого перебігу захворювання.

Висновки

1. Своєчасна діагностика негоспітальної пневмонії та її ускладнень, а також призначення комплексного лікування значно підвищують вірогідність одужання та шанси на виживання в разі тяжкого перебігу захворювання.

2. Незалежно від віку рекомендувати застосування профілактичних заходів (модифікація способу життя, загартовування, заняття спортом тощо) для підвищення неспецифічної резистентності організму.

Конфлікту інтересів немає. **Участь авторів:** концепція і дизайн дослідження – Н.І. Питецька, Ю.М. Ілляшенко, І.І. Кириченко; збір матеріалу – П.Л. Касєєв, Ю.В. Бондар, Н.І. Питецька; обробка матеріалу, написання тексту та редагування – Н.І. Питецька.

Список літератури

1. Глумчер Ф.С., Макаров А.В., Скубрий В.М. и др. Результаты использования современных методов респираторной поддержки // Біль, знеболювання і інтенсивна терапія.— 2003.— № 2.— С. 8—16.
2. Денисюк В.І., Денисюк О.В. Гострий респіраторний дистрес-синдром: стандарти діагностики та інтенсивного лікування // Гострі та невідкладні стани у практиці лікаря.— 2010.— № 2 (21). <https://urgent.com.ua/ua-issue-article-315>.
3. Снегірьов П.П. Негоспітальна пневмонія в дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антимікробна терапія та профілактика // Український медичний часопис.— 2019. <https://www.umj.com.ua/article/157209/negospitalna-pnevmoniya-u-doroslih-osib-etiology-patogenez-klasifikatsiya-diagnostika-antimikrobna-terapiya-ta-profilaktika-adaptovana-klinichna-nastanova-zasnovana-nadokazah-namn-ukrayini-2019>.
4. Уніфікований протокол надання медичної допомоги дорослим хворим на негоспітальну пневмонію, видання офіційне.— К.: Нац. акад. мед. наук України, 2016.— 108 с.
5. Aberle D.R., Brown K. Radiologic considerations in the adult respiratory distress syndrome // Clin. Chest Med.— 1990.— Vol. 11 (4).— P. 737—754.
6. Ashbaugh D.G., Bigelow D.B., Petty T.L. Acute respiratory distress in adult // Lancet.— 1967.— Vol. 2 (7511).— P. 319—323.
7. Gattinoni L., Caironi P., Pelosi P., Goodman L.R. What has computed tomography taught us about the acute respiratory distress syndrome? // Am. J. Respir. Crit. Care Med.— 2001.— Vol. 164 (9).— P. 1701—1711. doi:10.1164/ajrccm.164.9.2103121.
8. Goodman L.R. Congestive heart failure and adult respiratory distress syndrome. New insights using computed tomography // Radiol. Clin. North Am. J.— 1996.— Vol. 34 (1).— P. 33—46.
9. Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia / American Thoracic Society, Infectious Diseases Society of America // Am. J. Respir. Crit. Care Med.— 2005.— Vol. 171.— P. 388—416. doi: 10.1164/rccm.200405-644ST.
10. Hickling K.G., Walsh J., Henderson S., Jackson R. Low mortality rate in adult respiratory distress syndrome using low-volume, pressure-limited ventilation with permissive hypercapnia: a prospective study // Crit. Care Med.— 1994.— Vol. 22 (10).— P. 1568—1578.
11. Lewandowski K., Metz J., Deutschmann C. et al. Incidence, severity, and mortality of acute respiratory failure in Berlin, Germany // Am. J. Respir. Crit. Care Med.— 1995.— Vol. 151.— P. 1121—1125.
12. Mandell L.A. et al. Infectious Diseases Society of America/ American Thoracic Society Consensus Guidelines on the Management of Community-Acquired Pneumonia in Adults // Clin. Infect. Dis.— 2007.— Vol. 44 (2).— P. 27—72. doi: 10.1086/511159.
13. Moss M., Ingram R.H. Respiratory failure. In: Dale DC, ed. ACP medicine. New-York, NY: WebMD Professional Publishing.— 2007.— P. 2719—2729.
14. Ranieri V.M., Suter P.M., Tortorella C. et al. Effect of mechanical ventilation on inflammatory mediators in patients with acute respiratory distress syndrome: a randomized controlled trial // JAMA.— 1999.— Vol. 282 (1).— P. 54—61.
15. Rogovik A., Goldman R. Permissive hypercapnia // Emerg. Med. Clin. North Am.— 2008.— Vol. 26 (4).— С. 941—952. doi: 10.1016/j.emc.2008.08.002.
16. Ventilation with lower tidal volumes as compared with traditional tidal volumes for acute lung injury and the acute respiratory distress syndrome. The Acute Respiratory Distress Syndrome Network // New Engl. J. Med.— 2000.— Vol. 342 (18).— P. 1301—1308.
17. Ware L.B., Matthay M.A. The acute respiratory distress syndrome // Engl. J. Med.— 2000.— Vol. 342 (18).— P. 1334—1349.
18. Wiener-Kronish J.P., Matthay M.A. Pleural effusions associated with hydrostatic and increased permeability pulmonary edema // Chest.— 1988.— Vol. 93 (4).— P. 852—858.

Н.И. Питецкая¹, П.Л. Касеев², Ю.В. Бондарь², Ю.Н. Ильяшенко², И.И. Кириченко²

¹Харьковский национальный медицинский университет

²Военно-медицинский клинический центр северного региона, Харьков

Клинический случай тяжелой негоспитальной пневмонии, осложненной острым респираторным дистресс-синдромом

На сегодняшний день пневмония продолжает оставаться важной медико-социальной проблемой, что связано с ростом показателей распространенности, инвалидизации и смертности во всем мире. По данным эпидемиологических исследований среди больных пневмонией преобладают мужчины — 55 %, а распространенность и тяжесть заболевания увеличивается с возрастом. По данным официальной статистики, в 2017 г. заболеваемость взрослых пневмонией в Украине составила 384,0 на 100 тыс. населения, а смертность — 11,7 на 100 тыс. населения.

Негоспитальная пневмония (НП), которая возникла вне лечебных учреждений или была диагностирована в первые 48 ч с момента госпитализации, является одним из самых распространенных клинических состояний среди взрослого населения. Наличие факторов риска способствует не только значительному росту частоты госпитализаций, но и осложнению течения заболевания. Особого внимания заслуживает развитие острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС) на фоне НП, основными характерными признаками которого являются двусторонняя инфильтрация легочной ткани и тяжелая гипоксемия при отсутствии кардиогенного отека легких, общая летальность которого составляет 40—60 % и сравнивается со смертностью от рака легких.

В данной публикации представлен клинический пример диагностики и лечения больного НП тяжелого течения, осложненной ОРДС, на базе Военно-медицинского клинического центра северного региона г. Харькова. Лечение проводилось согласно унифицированного протокола оказания медицинской помощи взрослым, больным НП и ОРДС.

Комплексное лечение пациента сопровождалось выраженной положительной динамикой патологического процесса, что привело к полному рентгенологическому выздоровлению. На 24-й день он был выписан из клиники в удовлетворительном состоянии с рекомендациями в отношении образа жизни и дальнейшего санаторного лечения.

Ключевые слова: негоспитальная пневмония, острый респираторный дистресс-синдром.

N.I. Pytetska¹, P.L. Kaseev², Yu.V. Bondar², Yu.M. Ilyashenko², I.I. Kirichenko²

¹ Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

² Military Medical Clinical Center of the Northern Region, Kharkiv, Ukraine

Clinical case of severe community-acquired pneumonia, complicated by acute respiratory distress syndrome

Nowadays, pneumonia continues to be an important medical and social problem, which is associated with an increase in prevalence, disability and mortality rates worldwide. According to epidemiological studies, among patients with pneumonia, men predominate – 55 %, the prevalence and severity of the disease increases with age. According to official statistics, in 2017 the incidence of adult pneumonia in Ukraine amounted to 384.0 per 100,000 of the population, and mortality – 11.7 per 100,000.

Community-acquired pneumonia (CAP), which occurred outside of medical facilities or was diagnosed within the first 48 hours of hospitalization, is one of the most common clinical conditions in the adult population. The development of acute respiratory distress syndrome (ARDS) on the background of CAP deserves of the special attention, the main characteristic features of which are bilateral lung tissue infiltration and severe hypoxemia in the absence of cardiogenic pulmonary edema, whose total mortality is 40–60 % and is compared with mortality from lung cancer.

We present the results of the successful treatment of a patient with severe CAP complicated by ARDS on the basis of the Kharkiv Military Medical Clinical Center of the Northern Region in this publication. The treatment was carried out in accordance with a unified protocol for the provision of medical care to adults, patients with CAP and ARDS.

Comprehensive treatment of the patient was accompanied by pronounced positive dynamics of the pathological process, which led to a complete radiological recovery. On the 24th day, he was discharged from the clinic in satisfactory condition with recommendations regarding lifestyle and further sanatorium treatment.

Key words: community-acquired pneumonia, acute respiratory distress syndrome.

Контактна інформація:

Питецька Наталя Іванівна, проф. кафедри пропедевтики внутрішньої медицини № 1
61022, м. Харків, просп. Науки, 4
E-mail: natalia.pytetska@gmail.com

Стаття надійшла до редакції 22 січня 2020 р.