

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ ІЗ ЗАТЯЖНИМ ПЕРЕБІГОМ І ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Н.М. Недлінська, В.А. Ячник

ДУ «Національний інститут фізіотерії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського АМН України», Київ

Резюме. Диференційна діагностика негоспітальної пневмонії із затяжним перебігом та туберкульозу легень — актуальна проблема пульмонології. В матеріалах статті представлений клінічний випадок перебігу негоспітальної пневмонії із затяжним перебігом.

Ключові слова: негоспітальна пневмонія, туберкульоз легень, диференційна діагностика.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ С ЗАТЯЖНЫМ ТЕЧЕНИЕМ И ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Н.Н. Недлинская, В.А. Ячник

Резюме. Дифференциальная диагностика внебольничной пневмонии с затяжным течением и туберкулеза легких — актуальная проблема пульмонологии. В материалах статьи представлен клинический случай внебольничной пневмонии с затяжным течением.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, туберкулез легких, дифференциальная диагностика.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF PROLONGED PNEUMONIA AND PULMONARY TUBERCULOSIS: CLINICAL CASE

N.M. Nedlinskaya, V.A. Yachnyk

Summary. Differential diagnosis of protracted pneumonia and pulmonary tuberculosis — the current problem pulmonology. In the article presented the clinical course of a protracted case of pneumonia.

Key words: pneumonia, tuberculosis, differential diagnosis.

Адреса для листування:

Недлінська Ніна Миколаївна

03680, Київ, вул. М. Амосова, 10

ДУ «Національний інститут фізіотерії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського АМН України»

Різноманітність можливих клінічних та рентгенологічних проявів затяжної пневмонії та туберкульозу легень часто обумовлюють встановлення невірної первинної діагнозу. За даними ряду авторів частота помилкової діагностики туберкульозу складає 34–40%, при цьому має місце як гіпотака і гіпердіагностика [1].

Аналіз результатів патоморфологічних досліджень, які проводили в Російській Федерації у 1999 р. показав, що помилки при диференційній діагностиці пневмонії з іншими запальними захворюваннями легень складають більше ніж у 30% випадків. Відповідно діагностика та диференційна діагностика хворих з симптомами запальних захворювань легень повинна проводитись якісно з урахуванням епідеміологічної ситуації щодо туберкульозу. Складності диференційної діагностики туберкульозу легень і пневмонії виникають у більшості випадків при ексудативному та казеозному запаленні легеневої тканини [2, 3].

Найбільш важливим діагностичним методом пневмонії та туберкульозу є рентгенографія органів грудної клітки. Практично завжди для діагностики пневмонії необхідно визначати вогнищево-інфільтративні зміни в легенях в сукупності з відповідною симптоматикою ураження нижніх дихальних шляхів. І хоча існує розповсюджена думка, що фізикальні ознаки вогнищевої інфільтрації в більшості випадків співпадають з даними рентгенографії, результатами багатьох

досліджень доведено, що вислуховування інспіраторної крепітації і перкуторне визначення ушільнення легеневої тканини мають низьку діагностичну інформативність як при пневмонії так і при туберкульозі [4].

Іноколи виникають діагностичні проблеми, пов'язані із хибнопозитивними результатами рентгенологічного дослідження, оскільки велика кількість захворювань органів дихання як інфекційних так і неінфекційних супроводжується наявністю неспецифічних вогнищево-інфільтративних змін на рентгенограмі. Однак цінність рентгенографії очевидна і полягає не лише в самому факті візуалізації пневмонічної інфільтрації, але і в оцінці динаміки патологічного процесу та підтвердження видужання [4].

Зазвичай зміни на рентгенограмі (розповсюдженість інфільтрації, наявність чи відсутність плеврального випоту, порожнини розпаду) відповідають ступеню тяжкості перебігу захворювання і можуть бути одним з основних критеріїв при виборі антибактеріальної терапії.

В даний час респіраторні фторхінолони займають значне місце в сучасних стандартах лікування як в Україні так і за кордоном. В рекомендаціях щодо лікування хворих на негоспітальну пневмонію фторхінолони розглядають як препарати вибору (США) чи як антибіотики першого вибору (Канада). Згідно наказу МОЗ України №128 від 19.03.2007 р. (Клінічні протоколи надан-

ня медичної допомоги по спеціальності «Пульмонологія») фторхінолони III–IV покоління відносять до альтернативних препаратів першого ряду для лікування хворих на негоспітальну пневмонію III та IV клінічної групи [5, 6].

Фторхінолони, подібно β -лактамам і аміноглікозидам і на відміну від макролідів, мають швидку бактерицидну дію та високу активність до внутрішньоклітинних збудників, які відіграють значну роль в етіології багатьох розповсюджених інфекцій, включаючи негоспітальну пневмонію. Фторхінолони добре проникають в органи та тканини і на відміну від β -лактамних антибіотиків знищують збудників з мінімальним вивільненням різноманітних компонентів бактеріальної клітини [7–9]. Унікальний механізм дії фторхінолонів попереджує масивне вивільнення ендотоксинів, що мінімізує ризик виникнення ускладнень антибактеріальної терапії.

Особливу увагу заслуговує препарат фторхінолонового ряду левофлоксацин. На сьогоднішній день він є найбільш безпечним фторхінолоном, має покращену фармакокінетику (у зв'язку з чим може призначатися 1 раз на добу) і практично 100% біодоступність при застосуванні всередину, що дозволяє проводити ступінчасту терапію [10, 11].

У більшості хворих на негоспітальну пневмонію через 3–5 днів ефективної антибактеріальної терапії нормалізується температура тіла і регресують інші клінічні прояви захворювання. При цьому рентгенологічне одужання, як правило, відстає від клінічного. У тих випадках, коли на фоні поліпшення клінічного перебігу до кінця 4-го тижня від початку захворювання не вдається досягти значної позитивної рентгенологічної динаміки, слід думати про затяжний перебіг цієї недуги. В таких клінічних ситуаціях слід перш за все встановити можливі фактори ризику затяжного перебігу негоспітальної пневмонії [1, 12]:

- вік більше 55 років;
- алкоголізм;
- наявність супутніх інвалідизуючих захворювань внутрішніх органів (ХОЗЛ, застійна серцева недостатність, ниркова недостатність, злоякісні новоутворення, цукровий діабет та ін.);
- тяжкий перебіг негоспітальної пневмонії;
- багатодольова інфільтрація;
- куріння;
- клінічна неефективність стартової терапії (лейкоцитоз що зберігається, лихоманка).

Якщо більшість вищенаведених факторів відсутні то слід проводити диференційну діагностику з туберкульозом легень.

Звертаємо вашу увагу на клінічний випадок затяжного перебігу негоспітальної пневмонії.

Хворий Б., 1949 р. народження, захворів гостро (03.07.2009), коли з'явився сухий кашель, слабкість, задишка при фізичному навантаженні, пітливість під вечір, підвищення температури тіла до 38,8 °С. До дільничного терапевта звернувся 10.07.09, який за результатами рентгенологічного

дослідження органів грудної клітки від 13.07.09 (рис. 1) встановив діагноз негоспітальної верхньодольової пневмонії лівої легені і призначив цефтриаксон у дозі 1,0 внутрішньом'язево 2 рази на день №14 в комплексі із симптоматичною терапією. Однак стан хворого не змінювався залишалась субфебрильна температура тіла, слабкість, швидка втомлюваність.



Рис. 1. Рентгенологічне обстеження легень від 13.07.09.

Результати лабораторного обстеження:

13.07.09. Загальний аналіз крові: Нв — 137 г/л, Ер — $4,9 \times 10^{12}$ /л, Л — $11,4 \times 10^9$ /л, ШОЕ — 22 мм/год.

13.07.09. Біохімічний аналіз крові: білок — 86 г/л, білірубін — 19,5 мкмоль/л, АЛТ — 0,39 ммоль/мл.

13.07.09. Загальний аналіз сечі: ПВ — 1012, реакція — кисла; цукор, ж/п, білок — не виявлено, Л — 1–2 у п/з, Ер — 0–1 у п/з.

13.07.09. Заключення ЕКГ дослідження: незначні метаболічні зміни міокарда.

27.07.09 хворому провели корекцію лікування і призначили ванкоміцин у дозі 1,0 внутрішньовенно крапельно 2 рази на день №10. Після проведеного лікування температура тіла залишалась субфебрильною, слабкість зменшилась. Лікування продовжили Аугментином у дозі 1,2 внутрішньовенно крапельно 3 рази на добу №10

Результати лабораторного обстеження:

14.08.09. Загальний аналіз крові: Нв — 128 г/л, Ер — $5,1 \times 10^{12}$ /л, Л — $10,2 \times 10^9$ /л, ШОЕ — 20 мм/год.

14.08.09. Біохімічний аналіз крові: білок — 79 г/л, білірубін — 23,5 мкмоль/л, АЛТ — 0,46 ммоль/мл.

Враховуючи малу ефективність проведеного лікування, хворого для дообстеження спрямували до протитуберкульозного диспансера. Там пацієнту 17.08.09 провели томографію грудної клітки, триразове дослідження харкотиння методом мікроскопії мазка на наявність кислостійких бактерій (КСБ) та інші лабораторні обстеження.

Рентгенологічне заклучення від 17.08.09: У верхній долі лівої легені, зрізи 6,0–7,5–9,0 см, визначаються ділянки інфільтрації на фоні широ-

кої «доріжки» лімфангоїту до кореня легені. Розпаду не виявлено (рис. 2).

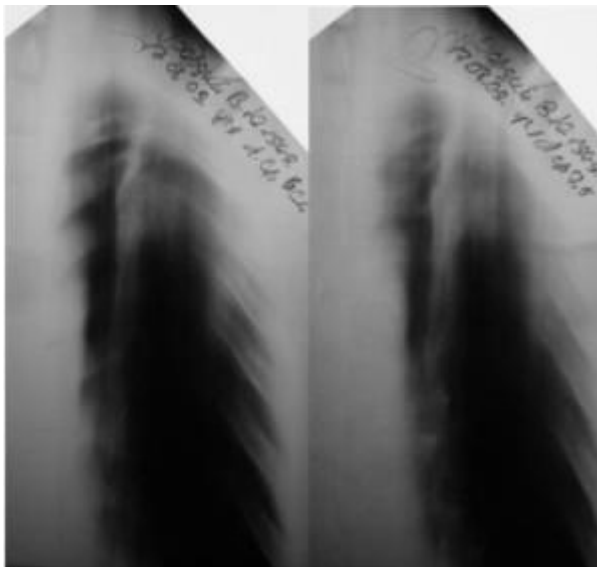


Рис. 2. Рентгенологічне обстеження легень від 17.08.09.

Результати лабораторного обстеження:

17.08.09. Загальний аналіз крові: Нв — 147 г/л, Ер. — $4,5 \times 10^{12}$ /л, Л — $9,4 \times 10^9$ /л, ШОЕ — 10 мм/год.

16.08.09. Біохімічний аналіз крові: білок — 74 г/л, білірубін — 14,5 мкмоль/л, АЛТ — 0,29 ммоль/мл.

16.08.09. Загальний аналіз сечі: ПВ — 1016, реакція — кисла; цукор, ж/п, білок — не виявлено, Л — 4–6 у п/з, Ер — 1–2 у п/з.

17.08.09: Заключення ЕКГ дослідження: незначні метаболічні зміни міокарда.

17.08.09; 18.08.09; 19.08.09: КСБ в 300 п/зр. не виявлено.

На основі даних обстеження був встановлений діагноз інфільтративного туберкульозу верхньої долі (S_1 , S_2) лівої легені і призначили протитуберкульозну терапію.

Однак хворий виявив бажання обстежитись в ДУ «Національний інститут фтизіатрії та пуль-

мології імені Ф.Г. Яновського АМН України». 26.08.09 отримав консультацію і був госпіталізований у пульмонологічне відділення інституту де проводили подальшу верифікацію діагнозу. Проведений ретроспективний аналіз рентгенологічних досліджень у порівнянні з рентгенографією та томографією органів грудної клітки від 26.08.09: зліва в проекції S_1 , S_2 перибронхіальна інфільтрація пов'язана з верхньодольовою частиною кореня. Розпаду не виявлено. Заключення: диференційна діагностика між в/д лівобічною пневмонією та туберкульозом (рис. 3а, 3б).

Дані лабораторних досліджень при госпіталізації в клініку Інституту:

27.08.09. Загальний аналіз крові: Нв — 151 г/л, Ер. — $5,19 \times 10^{12}$ /л, Л — $10,2 \times 10^9$ /л, Нейтр. сег. — 58,7%, Лімф. — 31,9%, ШОЕ — 7 мм/год.

10.09.09. Загальний аналіз крові: Нв — 148 г/л, Ер. — $4,68 \times 10^{12}$ /л, Л — $9,4 \times 10^9$ /л, Нейтр. сег. — 68,6%, Лімф. — 17,8%, ШОЕ — 6 мм/год.

27.08.09. Біохімічний аналіз крові: білок — 66 г/л, білірубін — 21,5 мкмоль/л, АЛТ — 0,21 ммоль/мл, сечовина — 6,02 ммоль/л., глюкоза — 6,2 ммоль/л.

26.03.10. Загальний аналіз сечі: ПВ — 1010, реакція — кисла, цукор, білок — не виявлено, Л — 5–6 у п/з, Ер — 2–4 у п/з., слиз — не виявлено.

25.03.10. ЕКГ: PQ=0,17", незначні метаболічні зміни міокарда.

Беручи до уваги зміни при рентгенологічному обстеженні та особливості клінічного перебігу патологічного процесу ми вирішили продовжити антибактеріальну терапію. Був встановлений діагноз — негоспітальна верхньодольова (S_1 , S_2) лівобічна пневмонія, затяжний перебіг, ЛН I ст. Хворого віднесли до III клінічної групи (згідно критеріїв наказу МОЗ України №128 від 19.03.2007 р.) і призначили левофлоксацин (Лефлоцин, «ЮРІЯ-ФАРМ») у дозі 500 мг внутрішньовенно крапельно 1 раз на добу №14.

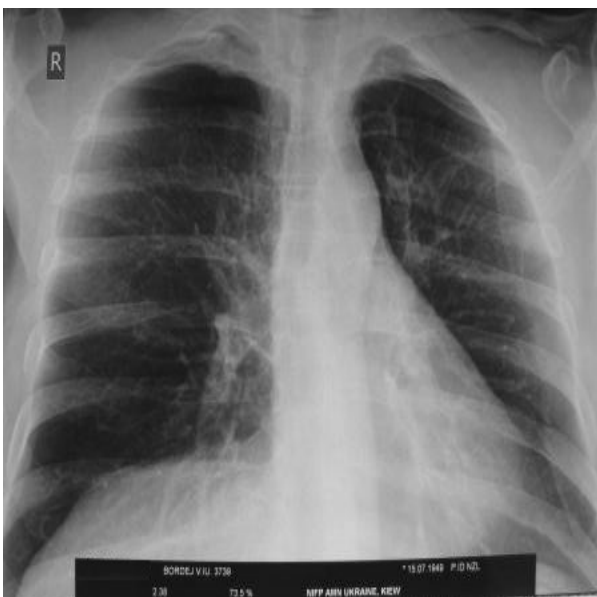


Рис. 3а. Рентгенологічне обстеження легень від 26.08.09.



Рис. 3б. Рентгенологічне обстеження легень від 26.08.09.

На 3-й день стан хворого покращав, температура тіла нормалізувалась. Було вирішено продовжити терапію. Через 14 днів антибіотикотерапії (10.09.09), для проміжного контролю лікування, пацієнту провели рентгенографію та томографію (зрізи 7,5 та 9,0 см) грудної клітки. За даним рентгенографії органів грудної клітки від 10.09.09 (рис. 4) відмітили позитивну рентгенологічну динаміку — зменшилась інфільтрація в проекції S₁, S₂, перибронхіальна інфільтрація на фоні «доріжки» лімфангоїту до кореня не виявлялась. Клінічний стан хворого значно поліпшився, скарги зникли. Клініко-рентгенологічна динаміка була позитивною (розсмоктування вогнищевих змін в легенях). Хворий виписаний з покращанням.

При виписці рекомендували повторне обстеження в Інституті через 3 міс. Дані рентгенографії органів грудної клітки від 25.02.10 (рис. 5) свідчили про відсутність патології органів грудної клітки що переконливо вказувало на знятий перебіг негоспітальної пневмонії у хворого.

Вищенаведений клінічний випадок свідчить про гіпердіагностику туберкульозу легень через передчасні та поспішні висновки щодо специфічності процесу при лікуванні хворого на негоспітальну пневмонію із затяжним перебігом.

Часто зустрічаються випадки захворювання на негоспітальну пневмонію коли рентгенологічна картина відстає від клінічних проявів недуги. Це вказує на затяжний перебіг пневмонії і вимагає від лікаря динамічного спостереження та висококваліфікованої оцінки клінічних та рентгенологічних даних з подальшою, своєчасною, корекцією лікування згідно вимог наказу МОЗ України №128 від 19.03.2007 р.

Необхідно відмітити, що застосування левофлоксацину (Лефлосин, «ЮРІЯ-ФАРМ») у лікуванні хворих на негоспітальну пневмонію із затяжним перебігом є досить ефективним, про що свідчить і даний клінічний випадок.

ЛІТЕРАТУРА

1. Чучалин, А.Г. Дифференціальна діагностика туберкульоза легких і пневмоний [Текст] / А.Г. Чучалин, А.И. Синопальников, Н.Е. Чернеховская // Пневмония. — 2002. — С. 280-309.
2. Чучалин, А.Г. Бактериальные пневмонии [Текст] / А.Г. Чучалин // Пульмонология: национальное руководство. — 2009. — С. 191-256.
3. Фещенко, Ю.И. Внебольничная пневмония [Текст] / Ю.И. Фещенко, Л.А. Яшина // Рациональная диагностика и фармакотерапия заболеваний органов дыхания. — 2007. — С. 69-85.
4. Фещенко, Ю.И. Место новых фторхинолонов в пульмонологической практике [Электронный ресурс]. / Ю.И. Фещенко, Л.А. Яшина // Мистецтво лікування. — 2004. — № 9(15). — Режим доступа: <http://m-l.com.ua/?aid=366>.
5. Фещенко, Ю.И. Доγμα в использовании новых фторхинолонов: целесообразность или недальновидность [Текст] / Ю.И. Фещенко, И.Г. Березняков [и др.] // Здоров'я України. — 2009. — № 13-14. — С. 72-73.
6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія» від 19.03.2007 р. №128 Київ: [Електронний ресурс]. — Режим доступа: <http://www.ifp.kiev.ua/>. Заголовок з екрана
7. Montanari, M.P. In vitro activity of levofloxacin against Gram-positive bacteria [Текст] / Montanari M.P., Mingoia M., Marchetti Fet al. // Chemotherapy. — № 45(6). — 1999. — С. 411-417.
8. Mykietiuk, A. Clinical outcomes for hospitalized patients with Legionella pneumonia in the antigenuria: the influence of levofloxacin therapy [Текст] / Mykietiuk A, Carratala J, Fernandez-Sabe N. et al. // Clin Infect Dis. — № 40(6). — 2005. С. — 794-799.
9. Белоусов, Ю.Б. Клиническая фармакология левофлоксацина [Текст] / Белоусов Ю.Б., Мухина М.А. // РМЖ. — № 10(23). — 2002. — С. 1057-1062.
10. Дзюблик, О.Я. Ефективність та безпечність левофлоксацину в терапії поза госпітальної пневмонії нетяжкого перебігу у хворих, які потребують госпіталізації [Текст] / Дзюблик О.Я., Мухін О.О. // Doctor. — 2006. — № 1. — С. 48-49.
11. Peterson, J. Levofloxacin for the treatment of pneumonia caused by Streptococcus pneumoniae including multidrug-resistant strains: pooled analysis [Текст] / Peterson J., Yektashenas B., Fisher A.C. // Curr. Med. Res. Opin. — № 25(3). — 2009. — С. 559-568.
12. Nakamori, Y. Sputum penetration of levofloxacin and its clinical efficacy in patients with chronic lower respiratory tract infections [Текст] / Nakamori Y., Tsuboi E., Narui K. et al. // Jpn. J. Antibiot. — № 45(5). — 1992. — С. 539-547.



Рис. 4. Рентгенологічне обстеження легень від 10.09.09.



Рис. 5. Рентгенологічне обстеження легень від 25.02.10.