

Н. М. Недлінська, В. А. Ячник
ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ
З ЗАТЯЖНИМ ПЕРЕБІГОМ І ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського НАМН України"

Диференційна діагностика негоспітальної пневмонії з затяжним перебігом (НПЗ) і туберкульозу легень є актуальною проблемою сьогодення.

Різноманітність можливих клінічних та рентгенологічних проявів НПЗ та туберкульозу легень часто обумовлюють встановлення не вірного первинного діагнозу. За даними ряду авторів частота помилкової діагностики туберкульозу складає 34-40%. При цьому має місце як гіпо-, так і гіпердіагностика [1].

Найбільш часто спостерігається гіпердіагностика туберкульозу при диференціації із НПЗ.

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

При проведенні диференційної діагностики необхідно враховувати анамнестичні дані, особливості клінічної картини захворювання, застосовувати мікробіологічні, рентгенологічні, інструментальні та інші методи дослідження. Доцільно звернути увагу на локалізацію запального процесу в легенях. Для інфільтративного туберкульозу легень переважно характерно ураження 1-го, 2-го і 6-го сегментів, для пневмонії — 3-го, 4-го, 5-го, 7-го, 8-го, 9-го та 10-го сегментів. Однак слід пам'ятати, що локалізація процесу в легенях є тільки опосередкованою діагностичною ознакою [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 у 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, в багатьох дослідженнях доведено, що вислуховування інспіраторної крепітації і перкуторне визначення ущільнення легеневої тканини мають низьку діагностичну інформативність як при пневмонії, так і туберкульозі [4].

Іноді виникають діагностичні проблеми, пов'язані із хибнопозитивними результатами рентгенологічного дослідження, оскільки велика кількість захворювань органів дихання як інфекційних, так і неінфекційних

супроводжуються розвитком 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 підтвердженні виудужання [4].

Зазвичай зміни на рентгенограмі (розповсюдженість інфільтрації, наявність чи відсутність плеврального випоту, порожнини розпаду) відповідають ступеню тяжкості 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. За даними закордонних рекомендацій по лікуванню негоспітальної пневмонії фторхінолони розглядаються як препарати вибору (США) чи як антибіотики першого вибору (Канада). Згідно наказу МОЗ України від 19.03.2007 р. № 128 (Клінічні протоколи надання медичної допомоги по спеціальності «Пульмонологія») фторхінолони III–IV покоління відносяться до препаратів першого ряду для лікування тяжкої негоспітальної пневмонії [5, 6].

Фторхінолони, подібно β-лактамам і аміноглікозидам і на відміну від макролідів, мають швидку бактерицидну дію та проявляють 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, 8, 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, 12].

У більшості хворих на негоспітальну пневмонію (НП) 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-ого 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 захворювання [1, 13, 14]:

- 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 НП;
- багатодольова інфільтрація;
- куріння;
- клінічна неефективність стартової терапії (лейкоцитоз що зберігається, лихоманка);

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

Однак необхідно пам'ятати, що рентгенографія органів грудної клітки може бути недостатньо інформативною для подальшої верифікації діагнозу, тому доцільно призначати комп'ютерну томографію органів грудної клітки.

Звертаємо вашу увагу на клінічний випадок негоспітальної пневмонії з затяжним перебігом.

Хворий М. 1981 року народження, захворів гостро (07.03.2010), коли з'явився сухий кашель, болі в грудній клітці справа, серцебиття. 10.03.10 звернувся до невропатолога, який призначив диклофенак. Однак призначене лікування не покращило стан хворого, залишався біль в грудній клітці, кашель з виділенням мокротиння зеленого кольору з прожилками крові. Підвищилась температура тіла до 38–39 °С, біль в грудній клітці справа підсилювався, у зв'язку з цим пацієнт звернувся в поліклініку за місцем проживання і був госпіталізований у пульмонологічне відділення міської клінічної лікарні, де встановлено діагноз: негоспітальна абсцедуюча пневмонія правої легені (на основі даних рентгенографії від 15.03.10 — рис. 1), призначена антибактеріальна терапія Імпінем / Циластатин (Ластінем) по 1,0 внутрішньовенно 2 рази на добу № 10, Цефтриаксон по 1,0 внутрішньом'язево 2 рази на добу № 10) в комплексі із симптоматичною тера-

пією. Проводилось триразове дослідження харкотиння методом мікроскопії мазка на кислотостійкі бактерії (КСБ). КСБ не виявлено.

Результати лабораторного обстеження:

16.03.10. Загальний аналіз крові: Нв — 174 г/л, Ер — $5,0 \times 10^{12}$ /л, Л — $3,5 \times 10^9$ /л, Нейтр. пал. — 3 %, Нейтр. сег. — 77 %, Лімф. — 15 %, КП — 1,0, ШОЕ — 4 мм/год.

16.03.10. Біохімічний аналіз крові: білок — 60 г/л, білірубін — 15,8 мкмоль/л, АЛТ — 0,21 ммоль/мл.

16.03.10. Загальний аналіз сечі: ПВ — 1010, реакція — кисла, цукор, ж/п не виявлено, білок — не виявлено, Л — 2–3 у п/з, Ер — 1–2 у п/з.

25.03.10. Заключення ЕКГ дослідження: Незначні метаболічні зміни міокарда.

Після 10-денного лікування у хворого відмічалось зменшення інтоксикаційного синдрому, температура тіла знизилась до 37,0–37,5 °С, зменшились болі в грудній клітці, але позитивної рентгенологічної динаміки в легенях не спостерігалось і, за проханням хворого, він був направлений в консультативну поліклініку ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського НАМН України" і 26.03.10 госпіталізований у пульмонологічне відділення інституту де проводилась верифікація діагнозу. Дані КТ ОГК від 24.03.10 представлені на рис. 2. Справа в нижній долі (S6) визначалась порожнина розпаду 1,2×1,0 см. з перикавітарною інфільтрацією, в прилеглій легеневої тканині — підсилений легеневий малюнок з вогнищеподібною інфільтрацією. Ліва легеня прозора. Трахея, головні бронхи прохідні. Внутрішньогрудні лімфатичні вузли не збільшені. Рідина відсутня (рентгенологічне закінчення: інфільтративний туберкульоз правої легені в фазі розпаду).

Дані лабораторних досліджень при госпіталізації в клініку інституту:

26.03.10. Загальний аналіз крові: Нв — 161 г/л Ер. — $5,29 \times 10^{12}$ /л, Л — $5,8 \times 10^9$ /л, Нейтр. сег. — 57,7 %, Лімф. — 32,8 %, ШОЕ — 2 мм/год.

08.04.10. Загальний аналіз крові: Нв — 148 г/л Ер. —

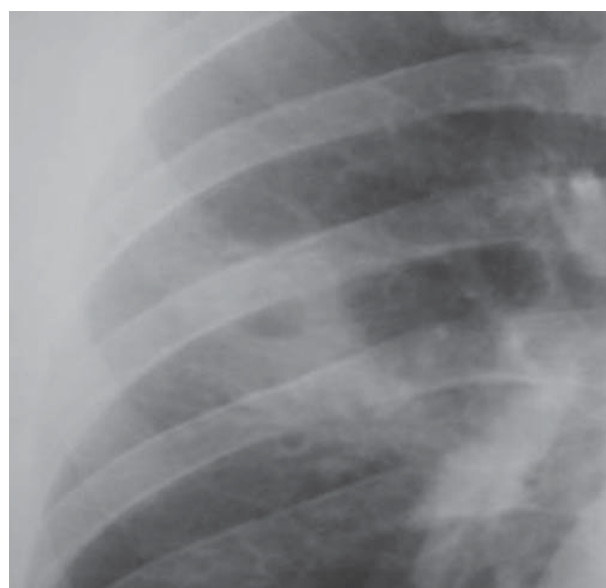


Рис. 1. Рентгенологічне обстеження легень (рентгенографія) при госпіталізації у пульмонологічне відділення міської клінічної лікарні (15.03.10)

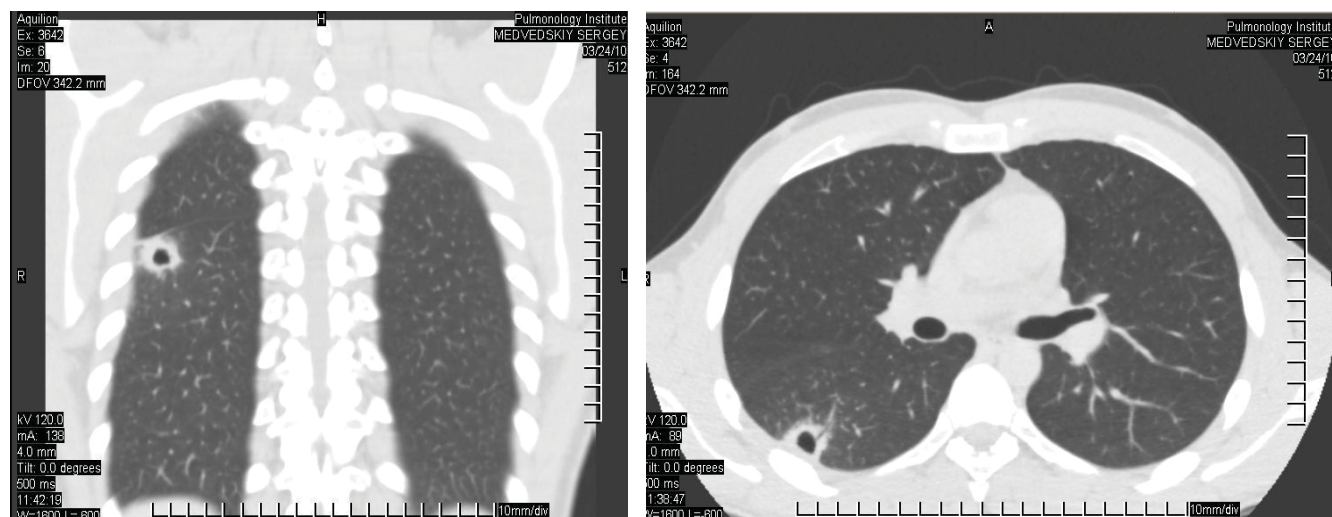


Рис. 2. Рентгенологічне обстеження легень (мультикласова комп'ютерна томографія) в консультативній поліклініці НІП ім. Ф. Г. Яновського НАМН України (24.03.10)

5,11×10¹²/л, Л — 4,5×10⁹/л, Нейтр. сег. — 55,7 %, Лімф. — 37,5 %, ШОЕ — 2 мм/год.

26.03.10. Біохімічний аналіз крові: білок — 79,8 г/л, білірубін — 14,0 мкмоль/л, АЛТ — 0,41 ммоль/мл, сечовина — 4,96 ммоль/л, креатинін — 99,6 ммоль/л, глюкоза — 4,7 ммоль/л.

08.04.10. Біохімічний аналіз крові: білок — 77,5 г/л, білірубін — 16,0 мкмоль/л, АЛТ — 0,16 ммоль/мл, сечовина — 5,01 ммоль/л, креатинін — 112,2 ммоль/л, глюкоза — 5,1 ммоль/л.

26.03.10. Загальний аналіз сечі: ПВ — 1010, реакція — кисла, цукор, білок — не виявлено, Л — 2–4 у п/з, Ер — 10–15 у п/з.

25.03.10. ЕКГ: PQ=0,16, незначні метаболічні зміни міокарду.

Враховуючи характерні зміни при рентгенологічному обстеженні пацієнта (КТ ОГК від 24.03.10 (рис. 2)) та особливості клінічного перебігу патологічного процесу ми прийшли до висновку щодо доцільності продовжен-

ня антибактеріальної терапії з приводу негоспітальної абсцедуючої пневмонії. Хворого віднесли до III клінічної групи (згідно наказу МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р.) і призначили Левофлоксацин (Лефлосин, «Юрія-Фарм») 500 мг внутрішньовенно крапельно 1 раз на добу № 14.

На 2-ий день стан хворого покращився, температура нормалізувалась. Через 5 днів, для проміжного контролю лікування, пацієнту було проведено рентгенографічне дослідження грудної клітки в прямій проекції і після отримання результатів продовжили лікування. Дані рентгенографії органів грудної клітки від 31.03.10 представлені на рис. 3. Рентгенографічна картина свідчила про наявність порожнини деструкції н/долі (S6) правої легені. Трахея та бронхи прохідні на всьому продовженні. Корені структурні, не розширені. Серце розширене за рахунок усіх відділів. Лімфатичні вузли бронхопульмональної групи не збільшені. (рентгенологічне заключення: рентгенологічно більше даних за абсцес н/долі (S6) правої легені)

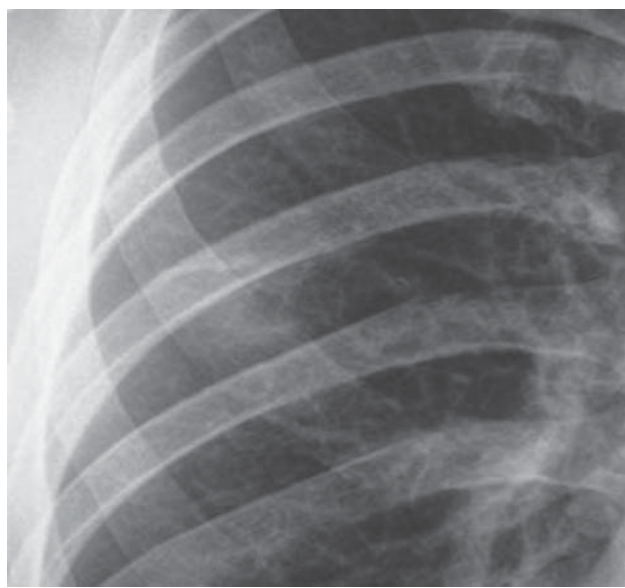
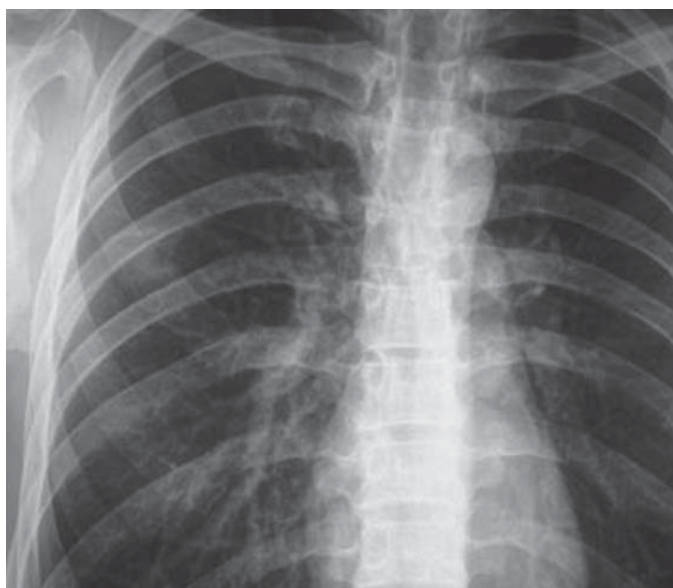


Рис. 3. Рентгенологічне обстеження легень (рентгенографія) через 5 днів лікування Лефлосином (31.03.10)

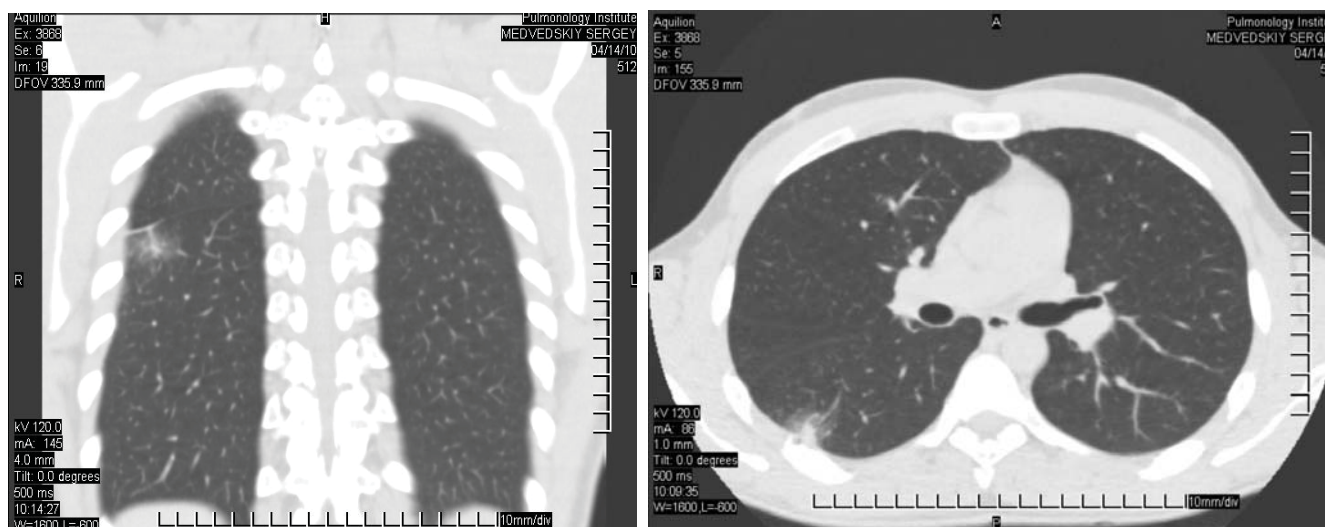


Рис. 4. Рентгенологічне обстеження легень (мультислайсова комп'ютерна томографія) через 14 днів прийому препарату Лефлоцин (14.04.10)

Через 14 днів антибіотикотерапії хворому провели контрольну комп'ютерну томографію органів грудної клітки (рентгенологічне заключення: справа в S6 визначається рубцювання порожнини деструкції, що може вказувати на неспецифічний запальний процес в легенях (рис. 4)).

Вищевикладене свідчить про те, що в даному випадку була гіпердіагностика туберкульозу легень через передчасні та поспішні висновки щодо специфічності процесу при лікуванні хворого на негоспітальну пневмонію затяжного перебігу.

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 наказу МОЗ України № 128 від 19.03.2007 року.

Необхідно відмітити, що застосування Левофлоксацину (Лефлоцин, "Юрія-Фарм") у лікуванні негоспітальної пневмонії затяжного перебігу є досить ефективним, про це свідчить і даний клінічний випадок.

ЛІТЕРАТУРА

- Чучалин, А. Г. Дифференциальная диагностика туберкулеза легких и пневмонии [Текст] / А. Г. Чучалин, А. И. Синопольников, Н. Е. Чернеховская // Пневмония. — 2002. — С. 280—309.
- Чучалин, А. Г. Бактериальные пневмонии [Текст] / А. Г. Чучалин // Пульмонология: национальное руководство. — 2009. — С. 191—256.
- Фещенко, Ю. И. Внебольничная пневмония [Текст] / Ю. И. Фещенко, Л. А. Яшина // Рациональная диагностика и фармакотерапия заболеваний органов дыхания. — 2007. — С. 69—85.
- 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>.
- Фещенко, Ю. И. Догма 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.
- 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.
- Lanzafame, A. In vitro activity of levofloxacin against recent gram-negative nosocomial pathogens chemotherapy [Текст] / Lanzafame A., Bonfiglio G., Santini L., Mattina R. // Chemotherapy. — № 51(1). — 2005. — С. 44—50.
- Montanari, M. P. In vitro activity of levofloxacin against Gram-positive bacteria [Текст] / Montanari M. P., Mingoia M., Marchetti F. et al. // Chemotherapy. — № 45(6). — 1999. — С. 411—417.
- Mykietiuik, A. Clinical outcomes for hospitalized patients with Legionella pneumonia in the antigenuriaera: the influence of levofloxacin therapy [Текст] / Mykietiuik A., Carratala J., Fernandez-Sabe N. et al. // Clin Infect Dis. — № 40 (6). — 2005. — С. 794—799.
- Белоусов, Ю. Б. Клиническая фармакология левофлоксацина [Текст] / Белоусов Ю. Б., Мухина М. А. // ПМЖ. — № 10 (23). — 2002. — С. 1057—1062.
- Дзюблик, О. Я. Ефективність та безпечність левофлоцину в терапії поза госпітальної пневмонії не тяжкого перебігу у хворих, які потребують госпіталізації [Текст] / Дзюблик О. Я., Мухін О. О. // Doctor. — 2006. — № 1. — С. 48—49.
- Nicodemo, A. C. A multicentre, double-blind, randomized study comparing the efficacy and safety of oral levofloxacin versus ciprofloxacin in the treatment of uncomplicated skin and skin structure infections [Текст] / Nicodemo A. C., Robledo J. A., Jassovich A. et al. // Intern. J. Clin. Pract. — № 52 (2). — 1998. — С. 69—74.
- 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.
- 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.