

некрозом слизової оболонки товстої кишки і з формуванням типових для ПМК "плівок" ("псевдомембран").

5. Безпосередньою причиною смерті пацієнтки з ПМК була ендогенна інтоксикація за рахунок тотального ураження товстого кишечника. Фоном патологічним процесом, що посилювало явища інтоксикації, було метастатичне ураження печінки.

#### Література

1. Ивашкин В. Т. Синдром диареи / В. Т. Ивашкин, А. А. Шептулин. – М.: ГЭОТАР Медицина, 2000. – 135 с.
2. Малов В. А. Роль Clostridium difficile в патологии человека / В. А. Малов, В. М. Бондаренко, С. Г. Пак // Журн. микробиол. – 1996. – №1. – С. 91-96.
3. Ожороков А. Н. Диагностика болезней внутренних органов: Т. 1. Диагностика болезней органов пищеварения / Ожороков А. Н. –

М.: Мед. лит., 2000. – 560 с.

4. Петрук М. Н. Псевдомембранозный колит / М. Н. Петрук, С. П. Нешитов // Хирургия. – 2009. – №4. – С. 55-60.
5. Строева В. П. Псевдомембранозный колит в практике педиатра / В. П. Строева // Маг и дитя в Кузбассе. – 2009. – Т. 39, №4. – С. 41-43.
6. Тумак І. Діарея і псевдомембранозний коліт, зумовлені Clostridium difficile / І. Тумак // Медицина світу. – 2010. – Т. XXVIII, Ч. 6.
7. Bartlett J.G. Management of Clostridium difficile infection and other antibiotic-associated diarrheas / J. G. Bartlett // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. – 1996. – Vol. 8. – P. 1054-1061.
8. Prevalence and genetic characterization of toxin A variant strains of Clostridium difficile among adults and children with diarrhea in France / F. Barbut, V. Lalande, B. Burghoffer [et al.] // J. Clin. Microbiol. – 2002. – Vol. 40. – P. 2079-2083.

Одержано 10.09.2012 року.

УДК 616-071 + 616.24 – 002

## ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ВЕРХНЬО- ТА СЕРЕДНЬО-ЧАСТКОВИХ ПНЕВМОНІЙ

Чаплинська Н.В.

*Івано-Франківський національний медичний університет*

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВЕРХНЕ- И СРЕДНЕ-ДОЛЕВЫХ ПНЕВМОНИЙ

Чаплинская Н.В.

*Івано-Франковський національний медичний університет*

## CLINICAL FEATURES OF UPPER AND MIDDLE LOBE PNEUMONIA

Chaplynska N.V.

*Ivano-Frankivsk National Medical University*

**Резюме.** У статті наведено результати вивчення клініко-рентгенологічних особливостей перебігу верхньо-та середньо-часткових пневмоній. З'ясовано, що у понад 30% випадків вони характеризувалися поступовим початком та бідністю об'єктивної клінічної симптоматики захворювання. Такі показники загального аналізу крові як кількість лейкоцитів та зсув лейкоцитарної формули вліво, мали достовірно ( $p < 0,001$ ) низьку діагностичну цінність. Натомість більш інформативним був показник ШОЕ. У понад 50% випадків, коли на первинному і вторинному рівнях надання медичної допомоги основна увага приділялася рентгенологічній картині, а саме верхньо-та середньо-частковому розташуванню вогнищево-інфільтративних змін у легеневій тканині, що і зумовлювало підозру на туберкульоз, діагноз останнього не підтверджено. За даними дослідження, очевидно є цінність рентгенографії органів грудної клітки не лише у факті візуалізації пневмонічної інфільтрації, але і в оцінці динаміки патологічного процесу та підтвердженні видужання. Наявність у пацієнтів факторів ризику затяжного перебігу пневмонії вимагає від лікаря динамічного спостереження та висококваліфікованої оцінки клінічних та рентгенологічних даних з подальшою своєчасною корекцією лікування, а також недопущення передчасності та поспішності висновків щодо специфічності процесу.

**Ключові слова:** *верхньо- і середньо-часткова пневмонія, туберкульоз легень.*

**Резюме.** В статье приведены результаты изучения клинико-рентгенологических особенностей течения верхне- и средне-дольевых пневмоний. Определено, что в более 30% случаев они характеризовались постепенным началом и бедностью объективной клинической симптоматики заболевания. Такие показатели общего анализа крови как количество лейкоцитов и сдвиг лейкоцитарной формулы влево, имели достоверно ( $p < 0,001$ ) низкую диагностическую ценность. Зато более информативным был показатель ШОЕ. У более 50% случаев, когда на первичном и вторичном уровнях оказания медицинской помощи основное внимание уделялось рентгенологической картине, а именно верхне- и средне-дольевому расположению очагово-инфильтративных изменений в легочной ткани, что и вело к подозрению на туберкулез, диагноз последнего не подтверждено. По данным исследования очевидна ценность рентгенографии органов грудной клетки не только в факте визуализации пневмонической инфильтрации, но и в оценке динамики патологического процесса и подтверждении выздоровления. Наличие у пациентов факторов риска затяжного течения пневмонии требует от врача динамического наблюдения и высококвалифицированной оценки клинических и рентгенологических данных с последующей своевременной коррекцией лечения, а также недопущения преждевременности и поспешности выводов о специфичности процесса.

**Ключевые слова:** *верхне- и средне-дольевая пневмония, туберкулез легких.*

**Summary.** In this article, the clinical and X-ray features of upper and middle lobe pneumonia are presented. It was specified that more than 30% of cases were characterized by gradual onset and paucity of objective clinical symptoms of the disease. Such indicators of general blood analysis as leukocyte count and leukocyte shift to the left, had significantly ( $p < 0.001$ ) low diagnostic value. But an indicator of erythrocyte sedimentation rate was more informative. In more than 50% of cases, when on the primary and secondary levels of medical care the main attention had been focused on the radiological picture, namely on the upper and middle lobe localization of focal and infiltrative changes in the lung tissue, which had led to the suspicion of tuberculosis, the diagnosis of the last was not confirmed. According to the research, the value of the X-ray examination of the chest, not only in the fact of pneumonic infiltration visualization, but also in the assessment the dynamics of pathological process and confirmation of recovery was apparent. The presence of risk factors of prolonged duration of pneumonia requires a doctor's dynamic supervision and highly qualified evaluation of clinical and radiological data, followed by timely correction of treatment, prevention of premature and hasty conclusions about the specificity of the process.

**Key words:** *upper and middle lobe pneumonia, pulmonary tuberculosis.*

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.**

Різноманітність клініко-рентгенологічних проявів пневмоній та туберкульозу легень часто зумовлюють встановлення невірної первинної діагнозу. Частота помилкової діагностики туберкульозу складає 34–40%. В останнє десятиріччя частіше стали визначати специфічні процеси нижньо-часткової локалізації з гострим початком захворювання. У той же час збільшилась частота негоспітальних пневмоній із верхньо-частковою локалізацією та малосимптомним перебігом [1, 5].

У деяких пацієнтів визначають затяжний перебіг негоспітальної пневмонії та повільне розсмоктування інфільтрації в легенях під дією адекватного лікування. Якщо після 1–2 курсів антибіотикотерапії не відбувається вираженої регресії інфільтративних змін у легенях, пацієнтів направляють у протитуберкульозні установи для подальшого обстеження та диференційної діагностики захворювання із туберкульозом легень [3, 4].

Відома так звана «формула тривоги  $1 \times 2 \times 3 = 6$ » щодо туберкульозу легень: ураження специфічним запальним процесом 1, 2, 3 та 6 сегментів. Варто згадати і про «синдром середньої долі», коли патологічний процес локалізується у 4 та 5 сегментах [2, 6].

Саме такі проблеми диференційної діагностики вогнищево-інфільтративних змін у легенях лягли в основу даної роботи.

**Мета дослідження:** вивчити клініко-рентгенологічні особливості перебігу верхньо- та середньо-часткових пневмоній.

**Матеріали і методи**

За результатами звіту про роботу відділення диференційної діагностики і малих форм туберкульозу обласного фізіопульмонологічного центру (ОФПЦ) у 2011 році тут знаходилися на обстеженні та лікуванні 216 пацієнтів із негоспітальними пневмоніями. Пневмонії верхньої, середньої часток та S6 нижньої частки легень, що при поступленні викликало підозру на туберкульоз, діагностовано у 185 (85,6%) хворих. Нами проведено аналіз історій хвороб пацієнтів із пневмоніями, які перебували в диференційно-діагностичному відділенні (ДДВ) з вересня по листопад 2011 року. Серед 56 хворих на пневмонії у 21 (37,5%) спостерігалися пневмонії нижньої частки, а у 35 (62,5%) – пневмонії верхньої та середньої часток, які й відібрано для подальшого дослідження. Верхньо-часткові пневмонії діагностовано у 21 хворого, середньо-часткові – у 14 хворих. Середній вік пацієнтів становив  $51,17 \pm 3,28$  років. Серед обстежених було 19 жінок та 16 чоловіків.

**Результати та їх обговорення**

Серед особливостей клінічного перебігу пневмоній відзначено наступні:

- гострий початок захворювання спостерігався у 24 (68,6%) хворих, частину з яких вважали помилково, що це ГРЗ (8 (33,3%) хворих);

- у 11 (31,4%) пацієнтів пневмонії мали поступовий початок, серед яких виявлено й асимптомні 5 (45,5%) (при профілактичних рентгенологічних обстеженнях);

- хоча більшість пневмоній (21 (60,0%)) і супроводжувалися температурною реакцією, проте в основному вона мала субфебрильний характер (14 (66,7%));

- у хворих визнано наявність традиційних легеневих скарг. У випадках із поступовим початком захворювання наявність симптомів кашлю і задишки пацієнти пов'язували з курінням, супутньою хронічною неспецифічною легеневою патологією, серцевою недостатністю;

- більша частина пневмоній характеризувалися бідністю аускультативної картини: ослаблене везикулярне дихання було у 9 (25,7%), жорстке дихання – в 11 (31,4%) пацієнтів,

хрипи – у 14 (40,0%) хворих, серед яких співвідношення вологих до сухих становило 5 (14,3%) / 9 (25,7%), крепітацію зафіксовано в 5 (14,3%) випадках.

Цікавим є факт, що 91,4% пневмоній перебігали без лейкоцитарної реакції зі сторони загального аналізу крові. Мали місце і стани з лейко- (2 (5,7%)) та лімфопенією (5 (14,3%)). Натомість підвищення ШОЕ виявлено у 82,7% хворих.

Усі випадки пневмоній підтверджено даними рентгенографії органів грудної клітки (ОГК), четверта частина – результатами спіральної комп'ютерної томографії (СКТ), 9 (25,7%) хворим проводили фібробронхоскопію (ФБС). Інформативність мікробіологічного дослідження харкотиння була низькою, оскільки лише у двох хворих у харкотинні висіяно збудника запального процесу легень.

З анамнезу відомо, що до поступлення в ДДВ 6 (17,1%) хворих розпочали антибактеріальну терапію (АБТ) в амбулаторних умовах, 9 (25,7%) – в умовах стаціонарів за місцем проживання. Таким чином, 15 (42,9%) хворих були скеровані в ДДВ ОФПЦ через відсутність позитивної клініко-лабораторної і/або рентгенологічної динаміки в процесі лікування, решта – 20 (57,1%) – у зв'язку з виявленими вогнищево-інфільтративними змінами у верхній та середній частках легень та настороженістю щодо туберкульозу при первинному рентгенологічному обстеженні.

Призначення антибактеріальних препаратів в умовах ДДВ проводилося відповідно до групи хворих на негоспітальні пневмонії та із врахуванням медикаментозної терапії на попередніх етапах (згідно Наказу МОЗ України №128 від 10.03.2007 року). Середня тривалість лікування хворих становила  $13,48 \pm 0,90$  днів.

Після проведеного лікування в умовах ДДВ зміни кількості лейкоцитів периферичної крові були недостовірними, а показник ШОЕ зазнав достовірного зменшення. За даними рентгенограм ОГК, більше половини (18 (51,4%)) хворих виписані з повним розсмоктуванням легеневої інфільтрації, 8 (22,9%) – з частковим розсмоктуванням та 9 (25,7%) – з ознаками формування пневмофіброзу.

У 8 (22,9%) пацієнтів діагностовано затяжний перебіг пневмонії, що зумовлено наявністю і/або поєднанням таких факторів ризику як вік понад 50 років (6), хронічний бронхіт (2), бронхіальна астма (1), оперативні втручання на грудній клітці в анамнезі (1), серцева недостатність (2), гепатит (1), виразкова хвороба (1).

**Висновки**

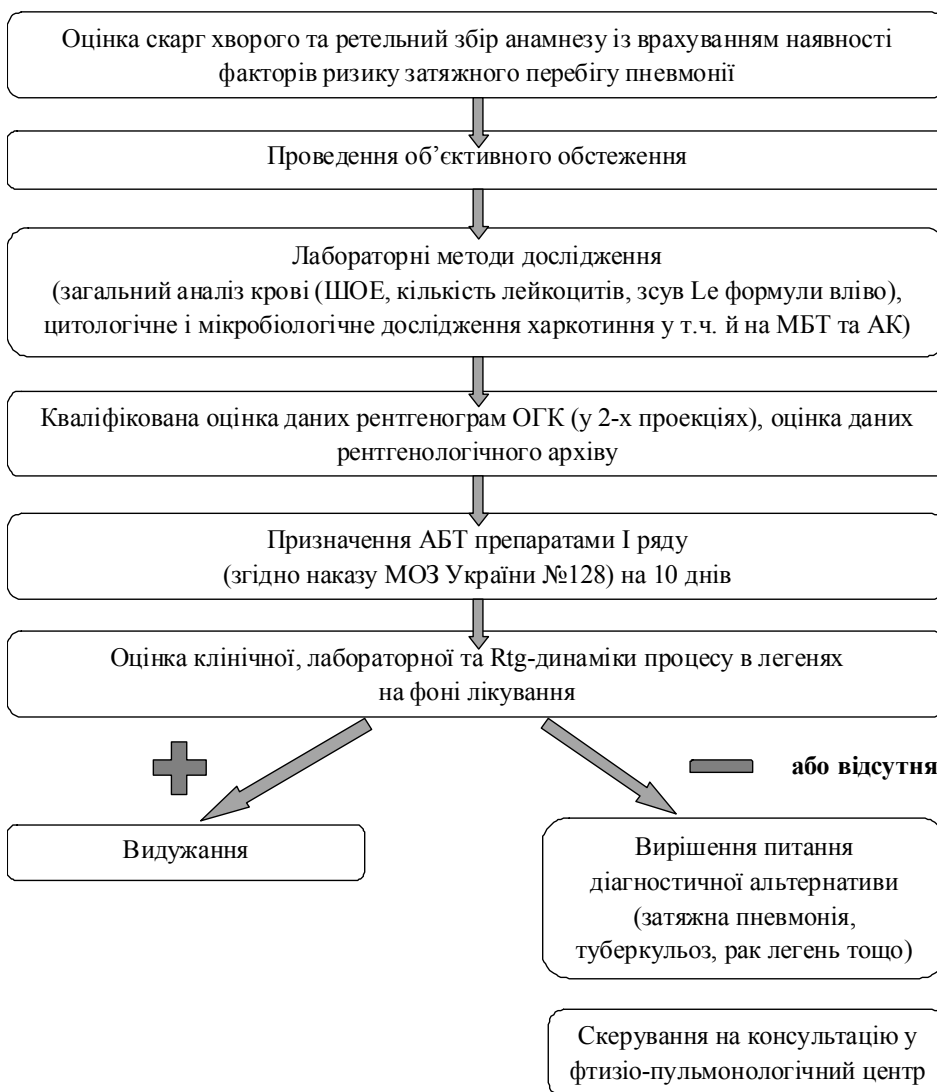
1. Більше 30% верхньо- та середньо-часткових пневмоній характеризувалися поступовим початком та бідністю об'єктивної клінічної симптоматики захворювання.

2. Такі показники загального аналізу крові як кількість лейкоцитів та зсув лейкоцитарної формули впливо, мали достовірно ( $p < 0,001$ ) низьку діагностичну цінність. Натомість більш інформативним був показник ШОЕ.

3. У понад 50% випадків, коли на первинному і вторинному рівнях надання медичної допомоги основна увага приділялася рентгенологічній картині, а саме верхньо- та середньо-частковому розташуванню вогнищево-інфільтративних змін у легеневої тканині, що і зумовлювало підозру на туберкульоз, діагноз останнього не підтверджено. Тому слід пам'ятати, що локалізація процесу в легенях є тільки опосередкованою діагностичною ознакою.

4. Очевидною є цінність рентгенографії ОГК не лише в факті візуалізації пневмонічної інфільтрації, але і в оцінці динаміки патологічного процесу та підтвердженні видування.

5. За доцільне вважаємо враховувати наявність у пацієнтів факторів ризику можливого затяжного перебігу пневмонії, оскільки у таких випадках рентгенологічна картина «відстає» від клінічних проявів недуги. Це вимагає від лікаря



**Рис. 1.** Алгоритм діагностично-лікувальної тактики терапевта на випадок виявлення у хворого верхньо- та середньо-часткової інфільтрації легеневої тканини.

Примітка: МБТ – мікобактерія туберкульозу; АК – атипів клітини; ОГК – органи грудної клітки; АБТ – антибактеріальна терапія

динамічного спостереження та висококваліфікованої оцінки клінічних та рентгенологічних даних із подальшою своєчасною корекцією лікування, а також недопущення передчасності та поспішності висновків щодо специфічності процесу.

Пропонуємо алгоритм діагностично-лікувальної тактики терапевта на випадок виявлення у хворого верхньо- та середньо-часткової інфільтрації легеневої тканини у поєднанні хоча б мінімальною клінічною симптоматикою запального процесу в легенях (рис. 1). Мова не йде про виявлення змін у верхній та середній частках легень при профоглядах.

### Перспективи подальших досліджень

У диференційній діагностиці пневмонії і туберкульозу легень допоміжним методом може виступати цитологічне дослідження бронхоальвеолярної рідини. У хворих із затяжним перебігом пневмонії сучасним напрямком вивчення бронхоальвеолярних змивів вважається оцінка сурфактантної системи, інтерлейкінів, визначення імуноглобулінів та лізоциму. Виходячи з даних про бідність клінічної симптоматики пневмоній у частини пацієнтів, є підстави для з'ясування наявності атипичних збудників цього захворювання.

### Література

1. Диференційна діагностика синдрому порожнини у хворих на пневмонію, ускладнену деструкцією / І.В. Євстигнєв, В.І. Чорний, О.В. Базильська, [та ін.] // Український медичний вісник Therapia. – 2009. – №10 (40). – С.44 – 48.
2. Дужий І.Д. Диференціальна діагностика вогнищевих процесів у фізіопульмонології: навч. посіб. / І.Д.Дужий. – Суми: Вид-во СумДУ, 2009. – 260 с.
3. Недлінська Н.М. Диференційна діагностика негоспітальної пневмонії з затяжним перебігом і туберкульозу легень: клінічний випадок / Н.М. Недлінська, В.А. Ячник // Український пульмонологічний журнал. – 2010. – №3. – С. 67 – 70.
4. Христолобова Е.І. Ошибки в диагностике внебольничных пневмоний на догоспитальном этапе / Е.І. Христолобова, Л.І. Волкова // Терапевтический архив. – 2005. – Т. 77, №3. – С. 33 – 36.
5. Черенько С.О. Виділення неспецифічних збудників із мокротиння/лаважної рідини у хворих на туберкульоз легень та негоспітальну пневмонію з диференційно-діагностичною метою / С.О. Черенько, Р.О. Скороходова, Г.І. Барбова // Український пульмонологічний журнал. – 2010. – №1. – С. 47 – 48.
6. Чучалин А.Г. Бактериальные пневмонии / А.Г. Чучалин // Пульмонология: национальное руководство. – 2009. – С. 191-256.

Одержано 03.09.2012 року.