

ЗАМІТКИ З ПРАКТИКИ

УДК: 616.112+616.24-002+616.12+579.882

Гайова І.М., Зубань А.Б., Кулинич-Міськів М.О., Корж Г.З., Кострицька І.М., Бондаренко Т.Я., Островський М.М.

Діагностика негоспітальної пневмонії в молодих пацієнтів на догоспітальному етапіКафедра внутрішньої медицини №3 з курсом професійних захворювань (зав. каф. - проф. М.М.Островський)
ДВНЗ «Івано-Франківській національний медичний університет»

Резюме. Узагальнюючи практичний досвід та дані літератури, у статті наведені особливості опитування, збору анамнезу та об'єктивного обстеження молодих пацієнтів, в тому числі іноземних, при діагностиці негоспітальної, бактеріальної, вогнищової пневмонії.

Ключові слова: негоспітальна пневмонія, методи діагностики.

Прозорість сучасних кордонів сприяє масовим міграційним процесам, особливо в середовищі студентської молоді. У 2010 році тільки Україна прийняла 47 000 іноземних студентів. Мікробіологічний світ отримав пільгу на максимум швидке переміщення в будь-яку точку планети. Літній період у країнах, розташованих вище екватора, відповідає зимовій порі року для нижче розміщених територій південної півкулі. Так ознака сезонності стосовно ГРЗ, які часто передують вогнищевій пневмонії, поступово втрачає своє первинне значення.

Ретельно зібраний анамнез та фізикальне обстеження пацієнта є передумовою точної діагностики в кожному випадку, а з огляду на прибуття у країну молодих людей з різних куточків планети цей робочий момент стає особливо важливим у практиці лікаря.

Пневмонія – це гостре інфекційне захворювання, переважно бактеріальної етіології, з ураженням респіраторних відділів легень та внутрішньоальвеолярною ексудацією [1].

Труднощі в діагностиці негоспітальної пневмонії виникають тому, що вона розвивається поступово, на фоні гострого бронхіту або гострої респіраторної інфекції, хоча в молодих пацієнтів можливий і гострий початок.

Типовими для негоспітальної пневмонії є скарги на кашель, сухий або з невеликою кількістю слизисто-гнійного (світло – жовтого) харкотиння, підвищення температури тіла до 38-38,5°C, рідко вищу, та на відчутну загальну слабкість. Критерієм верифікації симптому загальної слабкості для молоді особи може бути зменшена толерантність до звичайних фізичних навантажень на занятті з фізичного виховання або у фітнес-залі напередодні. Якщо єдиним проявом дихального дискомфорту виявляється закладеність носа, діагноз пневмонії малоімовірний.

Варто звернути увагу молодого пацієнта на необхідність щоденного самостійного контролю кольору та добової кількості харкотиння, вимірювання температури тіла, запис інформації у щоденник здоров'я.

Можливим симптомом пневмонії є також біль у грудній клітці при кашлі та на висоті вдиху.

Важливо встановити дату виникнення перших симптомів захворювання. Найчастіше період, протягом яких спроби лікувати "простуду" самостійно виявляються марними, становить 3-5 днів.

Сприяючими факторами для виникнення пневмонії вважаються супутні легеневої хвороби, паління тютюну, зловживання алкоголем, імуносупресивні стани (СНІД, лімфома, лейкемія, прийом цитотоксичних ліків та кортикостероїдів), інші хронічні захворювання.

До запитань, які варто задати пацієнтові при збиранні анамнезу хвороби, належать: контакт із птахами (ймовірний пситтакоз), контакт із сільськогосподарськими тваринами (*Coxiellaburnetti*, що спричиняє Q-лихоманку), недавнє перебування у великих готелях чи закладах (*Legionellapneumo-*

phila), хронічне зловживання алкоголем (*Mycobacteriumtuberculosis*, анаероби), довенне застосування наркотичних засобів (*Staphylococcus aureus*, *Mycobacteriumtuberculosis*) та контакт з іншими хворими на пневмонію.

Інформація, що стосується анамнезу життя, дозволяє виключити загострення бронхоектастичної хвороби (запитання про часті бронхіти, пневмонії в ранньому дитинстві, дошкільному та шкільному віці).

Ретельний огляд дозволяє виключити хронічні захворювання легень і серця. Серед класичних ознак хронічної гіпоксії та видимих причин їхнього виникнення важливо не пропустити акроціаноз, задишку, задуху, холодні руки і стопи (серцева недостатність), теплі кінцівки та акроціаноз (хронічна легенева недостатність), нігтеві пластинки у вигляді годинникових скелець, барабанні палички (змінені нігтеві фаланги), вроджені деформації грудної клітки.

На обличчі представника негроїдної раси фіолетовий відтінок губ існує при повному здоров'ї через підвищене відкладання пігменту у товщі шкіри. На відміну від акроціанозу, при натисканні прозорим скельцем фіолетовий колір шкіри, зумовлений пігментом, не зникає. Синюшне забарвлення губ обличчя, яке зникає при надавлюванні прозорим склом або відразу після інтенсивного їх розтирання, вважається акроціанотичним. Останній феномен пояснюється витисканням склом відновленого, або редукованого гемоглобіну Нb-H, якому властивий синій колір, з поверхневих капілярів шкіри і пришвидшене надходження оксигемоглобіну.

У пацієнта з негоспітальною пневмонією при об'єктивному обстеженні голосове тремтіння виявиться локально підсиленим тільки за умови достатньо великого об'єму ураження легеневої паренхіми. Масивного притуплення перкуторного звуку на боці ураження, як при частковій пневмонії, не спостерігається.

При обстеженні здорових молодих людей з тонкою грудною кліткою, слабкорозвинутими м'язами та підшкірним жировим прошарком (астенічний тип) везикулярне дихання виявляється підсиленим фізіологічно над обома легенями, що пояснюється тоншою грудною кліткою, доброю еластичністю альвеол та міжальвеолярних перетинок. У зв'язку з тим, що правий бронх порівняно з лівим є коротшим і ширшим, везикулярне дихання над здоровою правою легенею часто виявляється посиленним більше, ніж над лівою.

При аускультатії над легенями хворого на негоспітальну пневмонію можна вислухати патологічні види везикулярного дихання: жорстке з подовженим видихом, з бронхіальним відтінком, послаблене, невизначене. Дифузний бронхіт, на тлі якого виникає вогнище інфільтрації, обов'язково створює фон – один із різновидів патологічного везикулярного дихання, яке прослуховується над обома легенями. Тихе, низького тембру бронхіальне дихання може проявитись локально над зоною ураження, коли при вогнищевій пневмонії декілька дрібних вогнищ розташовані близько одне до одного.

Характерні додаткові дихальні шуми над зоною інфільтрації - локальні вологі, дрібно-міхурцеві, звучні хрипи - звукові явища, подібні до крепітації (яка нагадує дуже тихе потріскування дрібних міхурців), але їх інтенсивність і локалізація змінюється (посилюється або зникає) при покашлюванні, вони вислуховуються і на вдиху, і на видиху, вони непостійні, мінливі, чим і відрізняються від крепітації. При

порівнянні аускультативної картини легень пацієнта в сидячому положенні, в положенні лежачи на правому і на лівому боках, місцево почуті вологі хрипи змінюють свою локалізацію або зникають, підтверджуючи свою непостійність.

Феномен звучних дрібно-міхурцевих вологих хрипів нагадує звуки при згинанні тонкої поліетиленової плівки. Середньо-міхурцеві вологі хрипи можна порівняти із шумами при згинанні грубого поліетилену.

Крепітація – класична ознака часткової (крупозної) пневмонії, нагадує тихий шум від тертя волосин біля вуха, появляється виключно на висоті глибокого вдиху, не змінює локалізацію після кашлю, зміни положення тіла хворого – сидячи, лежачи на правому і лівому боці.

Діагноз негоспітальної пневмонії підтверджується рентгенологічним обстеженням, яке виявляє вогнищеві затемнення, реактивний корінь легень. Для диференційної діагностики має значення швидкий зворотний розвиток процесу під впливом антибактеріальної терапії при негоспітальній пневмонії.

Висновки

1. При збиранні анамнезу потрібно встановити клімато-географічні, сезонні та епідеміологічні характеристики країни прибулого.

2. Знижена толерантність до фізичних навантажень, поява дихального дискомфорту під час звичних занять спортом – один із критеріїв розвитку негоспітальної пневмонії в молодих пацієнтів.

3. Посилене везикулярне дихання над правою легенею в молодій особі астеничної конституції є фізіологічним. Особливості будови грудної клітки молодого пацієнта сприяють доброму проведенню звуків на поверхню. При порівняльній аускультативній над симетричними ділянками легень важливо знайти різницю у силі звучання вологих хрипів з метою виключення появи пневмонічного вогнища на фоні бронхіту.

4. Локальні звучні дрібно-міхурцеві вологі хрипи, патогномічний симптом негоспітальної пневмонії – подібні до акустичного феномену від згинання тонкого поліетилену; вони непостійні, змінюють локалізацію після кашлю, зміни положення тіла.

5. Крепітація (ознака часткової пневмонії) відрізняється від вологих хрипів тихим звучанням і нагадує звук від тертя

декількох волосків над вухом, вона вислуховується тільки на висоті вдиху, її локалізація не змінюється при форсованому диханні, кашлі чи зміні положення тіла.

6. Розсіяні, двобічні, вологі, середньо-міхурцеві хрипи (нагадують звук від згинання грубого поліетилену) характерні для гострого бронхіту.

Література

1. Наказ МОЗ України №128 від 19.03.2007 “Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю “Пульмонологія”.
2. Сахарчук, І.І. Клінічна пульмонологія [Текст] / І.І. Сахарчук, Р.І. Ільницький, Ю. М. Бондаренко, П. Ф. Дудка, І.П. Тарченко, О. І. Бодарецька // - К.: Книга плус, 2003.” 366 С.
3. Звершхановський, Ф.А., Пульмонологія в практиці сімейного лікаря [Текст] / Ф. А. Звершхановський, С. А. Стародуб, С. С. Шостак, К.О. Калайджан // Тернопіль, ТДМУ, Укрмедкнига, 2008. – 203 С.
4. Фещенко, Ю.І. Негоспітальна пневмонія у дорослих (етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія (проект погодження)) [Текст] / Ю. І. Фещенко, О. Я. Дзюблик, О.О.Мухін // Український пульмонологічний журнал.-№1.-С.21-24.

Гайова І.М., Зубань А.Б., Кулинич-Миськів М.О., Островський Н.Н. Корж Г.З., Кострицька І.Н., Бондаренко Т.Я.

Діагностика негоспітальної пневмонії молодих пацієнтів на догоспітальному етапі

Резюме. Обобщая практический опыт данные литературы, предоставлены особенности опроса, сбора анамнеза и объективного обследования молодых пациентов, в том числе иностранных, при диагностике негоспитальной, пневмонии.

Ключевые слова: негоспитальная пневмония, методы диагностики.

Gayova I.M., Zuban A.B., Kulynych-Miskiv M.O., Ostrovskiy M.M., Korzh G.Z., Kostrytska I.N., Bondarenko T.Y.

Diagnosis of Acquired Bacterial Focal Pneumonia in Young Patients at Prehospital Stage

Summary. Generalized experience and data of literature in the article demonstrate peculiarities of questioning, collecting of anamnesis, objective examination of young patients, the foreign patients including, for making diagnosis of acquired bacterial focal pneumonia.

Key words: Community-acquired pneumonia, methods of before-hospital diagnostic.

Надійшла 06.02.2012 року.

УДК 616.12-008.331.1+616.61+616.13

*Глушко Л.В., Федоров С.В., Вербовська О.С., Мартинів І.В., Насраллах А.Х., Шаламай М.П.**

Симптоматична реноваскулярна артеріальна гіпертензія: клінічний випадок

Кафедра терапії і сімейної медицини факультету післядипломної освіти (зав. каф. – проф. Л.В. Глушко)

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

* Центральна міська клінічна лікарня м. Івано-Франківська

Резюме. Артеріальна гіпертензія – одне з найпоширеніших хронічних захворювань людини. Відповідно до нового рапорту Всесвітньої організації охорони здоров'я артеріальна гіпертензія є лідером серед глобального ризику смертності, складаючи 12,8% (7,5 мільйонів) від загальних летальних випадків у світі. Аналіз показує, що гіпертензія зумовлює вкорочення тривалості життя, в середньому, на 3,8%. У статті наведений клінічний випадок симптоматичної реноваскулярної артеріальної гіпертензії, її діагностика та тактика лікування. Розглянуті питання етіології та клінічної маніфестації реноваскулярних захворювань.

Ключові слова: симптоматична артеріальна гіпертензія, стеноз ниркової артерії.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Артеріальна гіпертензія в сучасних умовах є насправді гло-

бальною епідемією. Як свідчать результати дослідження Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE), 40% населення світу має стійко підвищений артеріальний тиск. Причому, 30% гіпертензії припадає на країни низької економіки, близько 50% - на розвинуті країни [1]. Загалом, нормальні рівні артеріального тиску (АТ) зустрічаються тільки в 30% популяції; рівень АТ інших 30% перебуває в межах «прегіпертензії». 46% хворих на артеріальну гіпертензію знають про власний високий рівень АТ, 40% - лікуються, і тільки 13% вдається контролювати АТ [1]. Центр з контролю та профілактики захворювань США стверджує, що нація програла війну з гіпертензією. Про це свідчать дані Morbidity and Mortality Weekly Report: 30,4% американців страждають на артеріальну гіпертензію; 53,5% з них не досягають цільо-