

Д.Л. Бабенко, заступник начальника клінічного госпіталю ДПС України (м. Одеса) з медичної частини, підполковник медичної служби, І.Г. Холодов, начальник клініки хірургії, полковник медичної служби, О.В. Кальчук, начальник клініки терапії, майор медичної служби

Клінічний випадок: позалікарняна двобічна пневмонія та позаочеревинний абсцес

Пневмонія – гостре запальне захворювання, переважно бактеріальної етіології, яке характеризується осередковим (вогнищевим) ураженням респіраторних відділів легенів з обов'язковою наявністю внутрішньоальвеолярної інфільтрації.

Історія вивчення пневмонії нараховує не одне тисячоліття. Один з перших її дослідників – Гіппократ, роботи якого дійшли до наших днів, описав основні симптоми пневмонії та її лікування. Античні лікарі відзначали, що пневмонія – це комплексне та багатовіковий захворювання, що вимагає особливої уваги лікарів.

Перше нагадування (Цельс, друга пол. II ст.) про запалення в респіраторних відділах органів дихання не вкладається у звичні для сучасних лікарів нозологічні рамки. Віллс у 1684 році детально описав симптоми гострої лихоманки, кашлю та утрудненого дихання. Лаеннек у 1830 р. описав аускультативну картину пневмонії. В 1895 р. Рентген відкрив можливість променевої діагностики. Ці знахідки заклали основи для класифікації та діагностики пневмонії, якими користуються і сучасні клініцисти. Наступний історичний етап у вченні про пневмонію був пов'язаний з розвитком мікробіології та можливостями етіологічної діагностики захворювання. Наприкінці XIX століття були відкриті пневмоки, клебсієлла і гемофільна паличка та інші мікроорганізми, що дало початок етіологічній частині класифікації пневмонії. Розробка цього напрямлення дозволила Рейману (1938) виділити групу «атипових пневмоній», а в подальшому і верифікувати збудників: *Mycoplasma pneumoniae* (1965), *Legionella pneumophila* (1977) і *Chlamydia pneumoniae* (1989).

Пневмонія – одне з найпоширеніших захворювань органів дихання, яке зустрічається у 3-15 чоловік на 1000 населення. Академік РАНН О.Г. Чучалін наводить цифру в 1,5 мільйона людей, які захворіли в Росії протягом року. У США щорічно хворіють близько 4 мільйонів людей, з яких 1 мільйон потребує госпіталізації, а у пацієнтів віком понад 65 років госпіталізація необхідна у 3,5 рази частіше, ніж у середньому в популяції. Найчастіше хворіють особи віком до 5 років та понад 75. Смертність від негоспітальних пневмоній становить 5%, але у пацієнтів, які потребують госпіталізації, цей показник зростає до 21,9%, госпіталізованих – 20%, у пацієнтів похилого віку – 46%.

Згідно з даними ВООЗ в 40% випадків тривалість життя людей у світі скорочується внаслідок інфекційних захворювань, а пневмонія посідає четверте місце серед причин смертності в загальній популяції.

До вашої уваги ми представляємо **клінічний випадок** перебігу поєднаної патології – негоспітальної двобічної пневмонії та позаочеревинного абсцесу. Цей випадок демонструє, з якими труднощами

може стикатися лікар у повсякденній діяльності.

Пацієнт П. 1979 року народження звернувся в клініку 17.09.08 зі скаргами на виражений біль у правому підбер'язі, правій клубовій ділянці, який збільшується в горизонтальному положенні, нудоту, сухість у роті, задишку при незначному фізичному навантаженні, біль у грудній клітці, який посилюється під час вдиху, підвищення температури тіла до 38°C, виражену загальну слабкість.

При об'єктивному обстеженні виявлено: зріст 176 см, вага 81 кг, загальний стан важкий, хворий притомний, у просторі та часі орієнтований, шкірні покриви блідо-сірі, акроціаноз, риси обличчя загострені, температура тіла 38,8°C, периферичні лімфовузли не збільшені. АТ 150/80 мм рт. ст., пульс 115 за хв, ритмічний. Тони серця ослаблені. Частота дихання 30 за хв; перкуторно: притуплення легеневого звуку в нижніх відділах обох легенів; аускультативно: дихання ослаблене, вологі крепитуючі хрипи з обох боків. Язик вологий, обкладений білуватим нальотом. Живіт округлої форми, дещо збільшений за рахунок здуття, при пальпації м'який, болісний у правій боковій ділянці, перистальтика квола, постукування по правій реберній дузі болісне. Фізіологічні відправлення в нормі.

Загальний аналіз крові: гемоглобін – 132 г/л, еритроцити – $4,32 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити – $12,20 \times 10^9$ /л, ШОЕ – 40 мм/год, нейтрофіли паличкоядерні – 22%, сегментоядерні – 65%, юні – 2%, лімфоцити – 7%, моноцити – 4%. Загальний аналіз сечі: питома вага – 1025, білок – сліди, лейкоцити – 4-6 у полі зору.

Біохімічний аналіз крові: білірубін – 18,20 мкмоль/л, тимолова проба – 3,02 МО, АЛТ – 0,63 моль/годхл, АСТ – 0,96 моль/годхл, сечовина – 4,30 моль/л, креатинін – 87 мкмоль/л, глюкоза – 6,99 моль/л, серомукоїди – 0,612 од. оптичної щільності, СРБ – 42 мг/л, ППІ (протромбіновий індекс) – 95%, фібриноген – 7,70 г/л.

17.09.2008
На ЕКГ синусовий ритм, ЧСС 86 за 1 хв, горизонтальне положення електричної осі серця. Часткова блокада правої ніжки пучка Гіса.

УЗД черевної порожнини: печінка виступає на 1,8 см з-під реберної дуги, підвищеної ехогенності, дрібнозерниста; жовчний міхур 81×29 мм, товщина стінки – 3,5 мм, щільна, конкрементів немає; підшлункова залоза 20,5-21,5 мм, контури рівні, ехогенність помірно підвищена; нирки не опущені, розміри нормальні; товщина паренхіми 22-26 мм, неоднорідна, контури рівні; чашково-мискова система не розширена.

Рентгенограма ОГК: ліворуч в S8, S9 виявляється затемнення інфільтративного

характеру неоднорідної структури, корені ліворуч не структурні, лінійний ателектаз у нижньому легеневому полі, праворуч посилені легеневий малюнок у нижніх медіальних відділах, корені структурні, тяжисті, синуси вільні, серце і судини в межах норми (рис. 1).

Рентгенологічне дослідження органів черевної порожнини: патологічні тіні не виявлені, вільного газу немає.

Консультований хірургом, висновок: симптоми гострого апендициту не виявлені.

Поставлений клінічний діагноз: негоспітальна двобічна сегментарна пневмонія, III клінічна група, середньоважкий перебіг, ДН III ст.

Враховуючи важкість загального стану, пацієнта госпіталізовано у відділення реанімації та інтенсивної терапії.

Розпочата терапія за схемою: моксифлоксацин 400 мг в/в, амброксол 2 мл (15 мг) в/в 3 рази на добу, сульфоквамфокаїн 10% 2 мл в/м 2 рази на добу, ліпін 0,5 г 2 рази на добу, інгаляції кисню.

18.09.2008

Загальний стан хворого – без позитивної динаміки. Скарги на біль в правій половині живота, задишку, виражену слабкість. Об'єктивно: АТ 130/80 мм рт. ст., пульс 95 за 1 хв, дихання ослаблене в нижніх відділах, крепитуючі хрипи з обох боків, частота дихання 30 за 1 хв, язик обкладений білуватим нальотом, живіт болісний у правій половині.

Загальний аналіз крові: гемоглобін – 132 г/л, еритроцити – $4,24 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити – $13,3 \times 10^9$ /л, ШОЕ – 45 мм/год, формула крові: нейтрофіли паличкоядерні – 24%, сегментоядерні – 57%, юні – 2%, лімфоцити – 11%, моноцити – 6%. Біохімічний аналіз крові: білірубін – 10,20 мкмоль/л, АЛТ – 51 моль/годхл, АСТ – 70 моль/годхл, сечовина – 4,8 моль/л, креатинін – 91 мкмоль/л, глюкоза – 4,27 моль/л.

Комп'ютерна томографія черевної порожнини: виявлено картину інфільтративного процесу в клубовій ділянці справа (інфільтрація клітковини та лінзоподібне скопчення рідини розміром 47×24 мм), гепатомегалія.

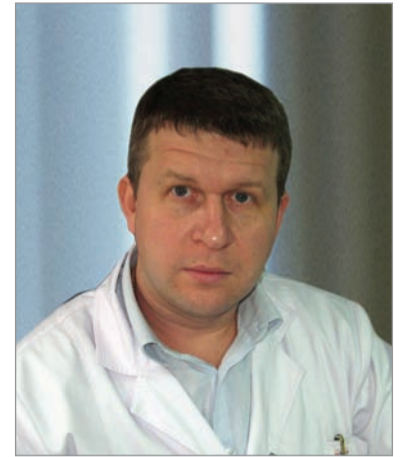
Комп'ютерна томографія заочеревинного простору: ознаки патологічних утворень в нирках не виявлені.

З урахуванням динаміки захворювання, додаткових обстежень у хворого був запідозрений гострий холецистит. Інфільтрат правої бокової ділянки (?).

Призначено: меропенем – 1 г в/в 3 рази на добу, метронідазол – 100 мг в/в 2 рази на добу, апротинін 50 тис. ОД в/в 2 рази на добу, ліпін 0,5 г 2 рази на добу, фамотидин 20 мг в/в 2 рази на добу, реосорбілакт 200 мл в/в, інгаляції кисню, амброксол в/в, сульфоквамфокаїн в/м.

19.09.2008

Загальний стан хворого без позитивної динаміки. Скарги на біль у правій половині



Д.Л. Бабенко

живота, загальну слабкість, пітливість, задишку, температура тіла в межах 38,5-38,3°C, кашель з відходженням харкотиння.

Загальний аналіз крові: гемоглобін – 122 г/л, еритроцити – $4,16 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити – $12,70 \times 10^9$ /л, ШОЕ – 41 мм/год, формула крові: нейтрофіли паличкоядерні – 25%, сегментоядерні – 45%, лімфоцити – 24%, моноцити – 6%. Загальний аналіз сечі в нормі. Біохімічний аналіз крові в нормі.

УЗД черевної порожнини: у правій боковій ділянці між медіальною поверхнею краю печінки і верхнім полюсом правої нирки виявляється гіпоехогенна структура 71×35 мм напівмісяцевої форми з нерівними контурами, ехошільним включенням 18×9 мм у центрі, можливо інфільтративно-ексудативного характеру.

Було діагностовано правобічний позаочеревинний абсцес. Проведено правобічну люмботомію, розтин та дренивання позаочеревинного абсцесу (рис. 2).

На наступну добу відзначена позитивна динаміка. АТ – 120/80 мм рт. ст. Пульс – 68 за 1 хв, частота дихання – 20 за 1 хв, температура тіла до 37,5°C, зменшилась задишка, загальна слабкість, хворий став себе почувати краще. Була продовжена попередня терапія. Відмічена позитивна динаміка загального стану хворого, загального аналізу крові, сечі.

22.09.2008

Рентгенограма ОГК: ліворуч – позитивна динаміка, але в нижніх відділах легенів – лінійний ателектаз у проекції S5, посилені легеневий малюнок у медіальних відділах, корінь малоструктурний; праворуч у нижніх відділах легенів в S5 виявляється затемнення неоднорідної структури інфільтративного характеру, корінь малоструктурний, синуси вільні (рис. 3).

25.09.2008

УЗД черевної порожнини: печінка виступає на 1 см з-під реберної дуги, середньої ехогенності, дрібнозерниста; жовчний міхур 81×27 мм, його стінка – 2-3 мм, щільна, конкрементів немає; підшлункова залоза 23×21×24 мм, контури рівні, ехогенність помірно підвищена; нирки не опущені, їх розміри нормальні; товщина паренхіми 22-26 мм, неоднорідна, контури рівні; в правій боковій ділянці живота утворення не виявляються.

3.10.2008

Рентгенограма ОГК: посилені легеневий малюнок у S5 з обох боків.

На 10-ту добу пневмонія завершилася, на 20-ту – хворого виписали додому в задовільному стані, загальний аналіз крові, сечі – у нормі. При виписці надано рекомендації.

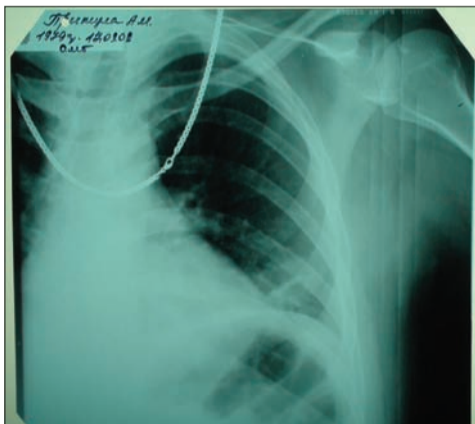


Рис. 1. Рентгенографія ОГК в день госпіталізації



Рис. 2. Правобічна люмботомія: розтин та дренивання позаочеревинного абсцесу



Рис. 3. Рентгенографія ОГК в динаміці (на 6-й день перебування в стаціонарі)