

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

CLINICAL EFFICACY OF PHYTOREMEDIES IN COMPLEX TREATMENT OF CHILDREN WITH ACUTE INTESTINAL INFECTIONS

O.P. Moshchych

SUMMARY. It has been researched the efficacy of phytoremedies «Renorm», «Dzhereło», «Svitanok»

in complex treatment of children with acute intestinal infections of different etiology with expressed signs of distal colitis. It was established that the application of mentioned remedies promotes the significant shortening of diarrhea duration, faster reparation of large intestinal mucosa.

Key words: acute intestinal infections, therapy, phytoremedies, «Renorm», «Dzhereło», «Svitanok».

© Савула М.М., Єрмак І.З., Лопушанська Н.М., 2008
УДК 616.24-002.53-079.4/-073.96

М.М. Савула, І.З. Єрмак, Н.М. Лопушанська

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ІНФІЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ТА ІНФІЛЬТРАТИВНОЇ ЕТІОЛОГІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

Серед 133 пацієнтів з рентгенологічним синдромом легеневого інфільтрату, в яких стандартні обстеження (в т.ч. мікроскопічне, цитологічне дослідження харкотиння) не дали позитивного результату, в подальшому діагноз туберкульозу легень встановлено у 36, неспецифічних запальних процесів у 46, пухлин у 51. Проаналізовано клінічні симптоми, результати попереднього лікування антибіотиками, аналізів крові, туберкулінодіагностики, бронхоскопії. Особлива увага звернена на рентгенологічне обстеження, в т.ч. комп'ютерну томографію КТ, та додаткові можливості порівняно з традиційними методами.

Ключові слова: легеневий інфільтрат, диференційна діагностика, комп'ютерна томографія.

Рентгенологічний синдром легеневого інфільтрату є проявом низки захворювань, диференційна діагностика між якими не завжди проста [1, 2]. Для верифікації туберкульозу має значення виявлення мікобактерій туберкульозу, пухлин – цитологічне, бронхологічне обстеження, пневмоній – дані клініко-лабораторних досліджень, результати лікування антибіотиками. При всіх захворюваннях першорядне значення мають дані рентгенологічного обстеження, зокрема з використанням комп'ютерної томографії [3]. Особ-

ливого значення цей метод набуває в осіб із супутніми захворюваннями і старечого віку, коли є певні обмеження до проведення бронхоскопії. Вагома його роль при підозрі на рак легень [4, 5]. Але й КТ не завжди дозволяє відрізнити морфологічний субстрат процесу [3]. Підвищити її ефективність допомагає дослідження до і після внутрішньовенного контрастування [6].

Метою дослідження є порівняння значення різних методів обстеження у хворих з рентгенологічним синдромом легеневого інфільтрату, в яких після виконання стандарту обстежень не вдалося верифікувати діагноз.

Матеріали і методи

Серед 265 хворих, які поступали в диференційно-діагностичне відділення у зв'язку з утрудненнями при встановленні діагнозу, у 133 був рентгенологічний синдром легеневого інфільтрату, в яких після проведення обов'язкового стандарту обстежень не отримано позитивних результатів мікроскопічного і цитологічного досліджень харкотиння. В результаті подальшого обстеження, а у низки хворих пробної терапії, діагноз туберкульозу легень встановлено у 36 хворих, неспецифічного запального захворювання легень (НЗЗЛ) у 46 і пухлин легень – у 51.

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Результати досліджень та їх обговорення

Найчастіше хворі ушпиталювалися з двома можливими діагнозами (туберкульоз і рак легень, туберкульоз і пневмонія, пневмонія і рак легень), рідше з трьома попередніми діагнозами. В окремих випадках запідозрено еозинофільний інфільтрат або саркоїдоз. У деяких скеровувальних документах названі лише певні синдроми – кулястий утвір у легенях, синдром середньої частки. Не запідозрено взагалі захворювання, що відповідало встановленому в подальшому

клінічному діагнозу, у 2 (5,5 %) пацієнтів з туберкульозом, 5 (10,8 %) з НЗЗЛ і у 27 (52,9 %) хворих з пухлинами. Отже, найбільше помилок було при онкологічних захворюваннях легень. Найчастіше серед можливих діагнозів названий туберкульоз – у 113 із 133 (84,9 %), хоча клінічний діагноз туберкульозу легень встановлений лише у 36 осіб. Очевидно, це зумовлене тим, що хворих госпіталізували у відділення протитуберкульозного диспансеру. Загальна характеристика пацієнтів наведена в таблиці 1.

Таблиця 1

Загальна характеристика обстежених хворих

Захворювання	Вік, роки			Тривалість клінічних симптомів до вступу			
	M±m	60 і більше	70 і більше	до 1 міс.	більше 1 міс. до 3 міс.	більше 3 міс.	виявлені при профогляді
Туберкульоз (n=36)	56,3±2,8	$\frac{20}{55,5}$	$\frac{11}{30,5}$	$\frac{12}{33,3}$	$\frac{8}{22,2}$	$\frac{12}{33,3}$	$\frac{4}{11,1}$
НЗЗЛ (n=46)	49,1±2,2	$\frac{12}{26,0}$	$\frac{4}{8,7}$	$\frac{20}{43,5}$	$\frac{12}{26,1}$	$\frac{11}{23,9}$	$\frac{3}{6,5}$
Пухлини (n=51)	61,5±1,4	$\frac{28}{54,9}$	$\frac{10}{19,6}$	$\frac{15}{29,4}$	$\frac{15}{29,4}$	$\frac{13}{25,5}$	$\frac{8}{15,6}$

Примітка. Тут і в табл. 3 та 4 у чисельнику абсолютне число хворих, у знаменнику – відсоток.

В усіх обстежених групах переважали чоловіки. Найбільша їх кількість була серед хворих з НЗЗЛ (76,1 %), що можна пояснити курінням, деколи – працею в запиленних умовах. Осіб похилого віку (зокрема 70 р. і більше) було більше серед хворих на туберкульоз і рак легень, менше серед хворих із НЗЗЛ.

Привертає увагу те, що клінічні прояви недуги були часто задовго до поступлення у діагностичне відділення. В термін до 1 міс. від перших проявів хвороби поступало найбільше хворих з НЗЗЛ (43,5 %) і найменше – з пухлинами легень (29,4 %). Значна кількість пацієнтів прийнята в стаціонар після 1 або навіть 3 міс. від початку хвороби. У 8 осіб з пухлинами (лише в 1 із них була доброякісна пухлина), у 4 з туберкульозом і 3 з НЗЗЛ зміни в легенях виявлені під час профілактичного обстеження. Серед осіб з вираженими клінічними

симптомами лише інтоксикаційний синдром констатовано у хворих на туберкульоз у 13,8 %, при пневмонії у 8,6 % і пухлинах у 3,9 % випадків. Лише бронхо-легеневі прояви були найчастіше при пухлинах (47,0 %). У переважній кількості пацієнтів спостерігали одночасно бронхо-легеневі і інтоксикаційні симптоми (у 63,0 % при НЗЗЛ, 50,0 % при туберкульозі і 45,0 % при новоутворах). На час виявлення змін в легенях не було скарг у 1 (2,1 %) пацієнта з НЗЗЛ, 2 (3,9 %) – при пухлинах і найбільше (4, або 11,1 %) – при туберкульозі.

Значна кількість хворих (86, або 64,6 %) до моменту госпіталізації у диференційно-діагностичне відділення лікувалися антибіотиками широкого спектру дії, 2 – протитуберкульозними препаратами. Аналіз результатів такого лікування в різних групах пацієнтів наведений в таблиці 2.

Таблиця 2

Результати лікування антибіотиками

Група хворих	Кількість хворих	Певний клінічний ефект	Деяке зменшення інфільтрату	Разом
Туберкульоз	21	6 (28,6 %)	7 (33,3 %)	13 (61,9 %)
НЗЗЛ	39	6 (15,3 %)	32 (82 %)	38 (97,4 %)
Пухлини	26	9 (34,6 %)	6 (23,1 %)	15 (57,7 %)

Отже, в усіх групах хворих досягнуто певного позитивного ефекту під впливом антибіотиків.

Найчастіше (97,4 %) його спостерігали при НЗЗЛ. Проте розсмоктування інфільтратів було незнач-

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

не, неповне, що стало причиною сумнівів стосовно правильності діагнозу. Недуга набувала затяжного перебігу, що, очевидно, зумовлене супутніми захворюваннями (ХОЗЛ, БА, хронічний бронхіт, цукровий діабет) або структурними змінами в респіраторній системі (бронхоектази, кістозна гіпоплазія), а також не завжди адекватним вибором антибіотиків. Певний позитивний ефект при туберкульозі легень можна пояснити тим, що деякі антибіотики (фторхінолони, макроліди, аміноглікозиди) мають протитуберкульозну активність. При пухлинах зменшення параканкрозної пневмонії, зняття загострення хронічного бронхіту можуть також супроводжуватися клініко-рентгенологічним ефектом. Ці моменти необхідно враховувати при встановленні клінічного діагнозу.

Зміни в загальному аналізі периферичної крові дещо відрізнялися при різних захворюваннях. Прискорення ШОЕ частіше спостерігали при НЗЗЛ (55,5 %) і пухлинах (50,0 %), рідше при туберкульозі (38,2 %). Високі значення цього показника (50 мм/год і більше) спостерігали найчастіше при НЗЗЛ (у 8 хворих, або 17,4 %), рідше при пухлинах (4, або 7,8 %) і туберкульозі (4, або 11,1 %), лімфопенію – найчастіше при пневмоніях (у 42,2 %). Кількість лейкоцитів $10,0 \times 10^9/\text{л}$ і більше встановлено найчастіше при пухлинах (у 42,0 %), але найвищі значення лейкоцитозу відмічені в окремих

хворих на НЗЗЛ ($18,5 \times 10^9/\text{л}$) і при пухлинах ($14,8 \times 10^9/\text{л}$). В одного хворого з раком легень встановлено виражену лейкопенію ($2,1 \times 10^9/\text{л}$). Проте, оцінюючи зміни периферичної крові, необхідно враховувати можливий вплив попередньої антибіотикотерапії.

Невелике значення для встановлення діагнозу мали також результати туберкуліодіагностики. Відсоток осіб з позитивними реакціями на туберкулін становив 83,8 % при туберкульозі, 73,0 % при НЗЗЛ і 87,5 % при пухлинах легень. Негативні і сумнівні реакції були рідше при пухлинах (12,5 %) і туберкульозі (16,2 %) і дещо частіше при НЗЗЛ (26,9 %). Гіперергічні реакції відмічені в одного хворого з НЗЗЛ і одного з раком легень. В одному випадку у хворої була виражена алергічна реакція на медикаменти, в другому – супутня бронхіальна астма. Таким чином, в умовах високої інфікованості туберкульозом населення України, роль туберкулінових проб для встановлення діагнозу у дорослих невисока. Крім того, в кожному конкретному випадку необхідно враховувати неспецифічні чинники, які можуть посилити або знизити чутливість до туберкуліну.

Важливим методом діагностики є бронхоскопія. У зв'язку з серйозними супутніми захворюваннями, старечим віком, категоричною відмовою це обстеження проведено лише 72 пацієнтам (табл. 3).

Таблиця 3

Основні зміни, виявлені під час бронхоскопії

Група хворих	Норма	Запальні зміни	Туберкульоз бронха	Пухлинний утвір	Деформація і звуження бронха	
					ізолювано	всіх
Туберкульоз (n=14)	$\frac{3}{21,4}$	$\frac{5}{35,7}$	$\frac{3}{21,4}$	0	$\frac{3}{21,4}$	$\frac{4}{28,8}$
НЗЗЛ (n=23)	$\frac{2}{8,7}$	$\frac{18}{78,2}$	$\frac{1}{4,3}$	0	$\frac{2}{8,7}$	$\frac{6}{26,1}$
Пухлини (n=35)	$\frac{4}{11,4}$	$\frac{9}{25,7}$	$\frac{7}{20}$	$\frac{7}{20}$	$\frac{8}{22,8}$	$\frac{15}{42,8}$

Таким чином, найбільш достовірною бронхоскопічною ознакою було знаходження пухлинного утвору в бронхах, який виявляли лише у хворих з новоутворами легень (7, або 20,0 %). Деформацію або звуження бронха, що може бути непрямом ознакою пухлини, а також наслідком туберкульозного або неспецифічного запалення, виявили у 15 (42,8 %) хворих з пухлинами, у 6 (26,1 %) при НЗЗЛ і у 4 (28,5 %) хворих на туберкульоз. Найменш інформативним, на жаль, був висновок бронхолога про наявність туберкульозних змін у бронху, які описували як у хворих на туберкульоз

(3, або 21,4 %) так і при пухлинах (7, або 20 %) і НЗЗЛ (1, або 4,3 %). У пацієнтів з нетуберкульозним процесом в легенях це може бути пов'язане з раніше перенесеним туберкульозом або з невірною інтерпретацією бронхологом виявлених змін. Дифузний запальний процес слизової оболонки бронхів закономірно найчастіше діагностований при НЗЗЛ (18, або 78,2 %). Враховуючи неоднозначність цих даних і негативні результати мікроскопічного і цитологічного досліджень, велику увагу приділяли рентгенологічному обстеженню, в т.ч. КТ, яка проведена всім хворим (табл. 4).

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Таблиця 4

Рентгенологічна характеристика інфільтратів

Група хворих	Кількість інфільтратів		Процес		Контури		Локалізація					
	один	більше	одно-бічний	дво-бічний	чіткі	нечіткі	частка					у декількох частках
							верхня	лише в С ₁₋₂	середня	нижня	лише в С ₆	
Туберкульоз (n=36)	$\frac{30}{83,3}$	$\frac{6}{16,6}$	$\frac{23}{63,8}$	$\frac{13}{36,1}$	$\frac{4}{11,1}$	$\frac{32}{88,9}$	$\frac{20}{55,5}$	$\frac{11}{30,5}$	$\frac{1}{2,8}$	$\frac{7}{19,4}$	$\frac{5}{13,8}$	$\frac{8}{22,2}$
НЗЗЛ (n=46)	$\frac{36}{78,2}$	$\frac{10}{21,7}$	$\frac{38}{82,6}$	$\frac{8}{17,4}$	$\frac{5}{10,8}$	$\frac{41}{89,1}$	$\frac{13}{28,2}$	$\frac{3}{6,5}$	$\frac{3}{6,5}$	$\frac{10}{21,7}$	$\frac{1}{2,2}$	$\frac{20}{43,5}$
Пухлини (n=51)	$\frac{45}{88,2}$	$\frac{6}{11,7}$	$\frac{44}{86,3}$	$\frac{7}{13,7}$	$\frac{17}{33,3}$	$\frac{34}{66,6}$	$\frac{25}{49,0}$	$\frac{8}{15,7}$	$\frac{2}{3,9}$	$\frac{17}{33,3}$	$\frac{6}{11,7}$	$\frac{7}{13,7}$

продовження табл. 4

Група хворих	Розмір інфільтрату			Інші (крім інфільтрату) зміни в легенях, виявлені лише при КТ					
	2-5 см	частка і >	>5 см і < частки	вогнища	деструкції	були і кісти	збільшені лімфат. вузли	плевральний випіт	бронхоектази
Туберкульоз (n=36)	$\frac{19}{52,7}$	$\frac{7}{19,4}$	$\frac{10}{27,7}$	$\frac{25}{69,4}$	$\frac{14}{38,8}$	$\frac{5}{13,8}$	$\frac{18}{50,0}$	$\frac{2}{5,5}$	$\frac{1}{2,7}$
НЗЗЛ (n=46)	$\frac{6}{13,0}$	$\frac{9}{19,5}$	$\frac{31}{67,4}$	$\frac{20}{43,5}$	$\frac{11}{23,9}$	$\frac{3}{6,5}$	$\frac{15}{32,6}$	$\frac{5}{10,8}$	$\frac{4}{8,6}$
Пухлини (n=51)	$\frac{17}{33,3}$	$\frac{8}{15,6}$	$\frac{26}{50,9}$	$\frac{18}{35,2}$	$\frac{7}{13,7}$	$\frac{2}{3,9}$	$\frac{26}{50,9}$	$\frac{7}{13,7}$	0
Разом				$\frac{63}{18}$	$\frac{32}{14}$	$\frac{10}{10}$	$\frac{59}{36}$	$\frac{14}{10}$	$\frac{5}{4}$

Як впливає з наведених у таблицях даних, у більшості хворих всіх груп виявлено лише одну інфільтративну тінь в легенях, найчастіше у хворих з пухлинами (88,2 %). Два або більше інфільтрати частіше були при НЗЗЛ. Інфільтрати мали переважно нечіткі контури (88,9 % при туберкульозі, 89,1 % при НЗЗЛ, дещо рідше – 66,6 % при пухлинах). У третини хворих (33,3 %) з пухлинами контури тіні були чіткими, деколи поліциклічними або променистими, що виразніше візуалізувалося при КТ. Щодо локалізації процесу, то при туберкульозі і раку найчастіше була уражена верхня частка (55,5 і 49,0 %), при туберкульозі майже третина з них (30,5 %) також в С₁₋₂. Зміни в середній частці були рідкісними у всіх групах хворих, найбільше (6,5 %) їх констатовано при НЗЗЛ. У нижній частці найчастіше розміщувалися пухлини (33,3 %), а інфільтрати, що займали більше однієї частки – при НЗЗЛ (43,5 %). Інфільтрати невеликого розміру (2-5 см) переважали у хворих на туберкульоз (52,7 %), більші 5 см, але такі, що не охоплювали всієї частки – при НЗЗЛ (67,4 %). Поширені інфільтрати у межах частки і більше виявлені у 19,4 % хворих на туберкульоз, 19,5 % при НЗЗЛ і 15,6 % при пухлинах (у пізніх стадіях, ускладнених ателектазом).

Крім основного процесу, представленого інфільтратом, в легенях знаходили інші зміни. Загалом патологічні зміни виявляли переважно в одній легені, рідше – у двох. Особливо частим (36,1 %) двобічне ураження було при туберкульозі легень. Крім інфільтратів найчастіше виявляли вогнища (у 63 із 133 хворих, або 47,3 %), збільшені внутрішньогрудні лімфатичні вузли у 44,3 %, деструкції у 24,0 %, плевральний випіт (10,5 %), кістозно-бульозні тонкостінні порожнини (7,5 %), бронхоектази (3,7 %).

З таблиці 4 видно, що значна кількість цих змін виявлена лише методом КТ. Тому додаткова інформація, отримана при КТ, мала вагоме значення для встановлення клінічного діагнозу. Так, дрібні деструкції поряд з поліморфними вогнищами у верхніх відділах легень допомагали підтвердити діагноз туберкульозу, бронхоектази і кісти – хронічних НЗЗЛ. Найбільше значення мали дані КТ для встановлення або виключення діагнозу пухлин. Враховували щільність утвору, його форму, характер контурів, зв'язок з іншими органами, наявність плеврального випоту, малоінтенсивних метастатичних вогнищ з нетиповою для туберкульозу формою і локалізацією, деструкції ребра (в двох випадках), збільшених внутрішньогрудних

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

лімфатичних вузлів. Що стосується останньої ознаки, то рентгенологи, очевидно, допускали її гіпердіагностику. Так, збільшення лімфатичних вузлів описано не лише у 50,9 % хворих з пухлинами, але й 50,0 % пацієнтів, у яких кінцево був підтверджений діагноз туберкульозу, хоча ця ознака не властива вторинному туберкульозу у дорослих. Крім того, у 2 випадках описаних збільшених лімфатичних вузлів, їх не знайдено під час операції (1) і на розтині (1).

Перспективною є КТ до і після внутрішньовенного контрастування, але через високу вартість дослідження ми мали можливість застосувати його (з позитивним результатом) лише в однієї хворої, у якої правильність діагнозу підтверджена при подальшому спостереженні.

Висновки

1. Серед 133 пацієнтів з рентгенологічним синдромом легеневого інфільтрату, в яких стандартні обстеження (в т.ч. мікроскопічні та цитологічні аналізи харкотиння) не дали позитивного результату, в подальшому діагноз туберкульозу легень встановлено у 36, НЗЗЛ – у 46 і пухлин – у 51. Найчастішою помилкою при спрямуванні хворих у діагностичне відділення була гіподіагностика новоутворів легень.

2. Необхідно враховувати, що лікування антибіотиками широкого спектру дії на догоспітальному етапі дає у 76,7 % хворих певний ефект, незалежно від природи захворювання (найчастіше при НЗЗЛ).

3. Клінічні симптоми, дані аналізів крові, туберкулінодіагностики часто були малоінформативні. Найбільш достовірною бронхоскопічною ознакою новоутворів було виявлення пухлинного утвору в бронху. Інші ознаки, в т.ч. підозра на туберкульоз бронха, констатовані у частини хворих всіх груп.

4. Детальний аналіз рентгенологічних змін виявив певні особливості при різних захворюваннях. КТ давала можливість отримати додаткову інформацію (частіше виявлення малоінтенсивних

вогнищ, дрібних деструкцій, кіст, збільшених лімфатичних вузлів і інше), корисних для встановлення діагнозу.

Література

1. Перельман М.И., Корякин В.А., Богадельникова И.В. Фтизиатрия. – М.: Медицина, 2004. – 519 с.
2. Савула М.М., Ладний О.Я., Кравченко Н.С., Сливка Ю.І. Диференціальна діагностика захворювань легень і плеври. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 223 с.
3. Шехтер А.И., Лепихин Н.М., Лепихина Д.Н. Компьютерная томография на амбулаторном этапе дифференциальной диагностики деструктивных воспалений и туберкулеза легких // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2005. – № 2. – С. 11-19.
4. Coche E. Screening for lung cancer with low-dose CT // IBR – BRT. – 2008. – V. 91, N 1. – P. 1-5.
5. Impact of computed tomography screening for lung cancer on participants in a randomized controlled trial (NELSON trial) / van den Bergh K.A., Essing-Bot M.L., Bunge E.M. et al. // Cancer. – 2008. – May 16. – P. 21-24.
6. Dynamic computed tomography in solitary pulmonary nodules / Bagraktaroglu S., Savas R., Basoglu O.K. et al. // J. Comput. Assist. Tomogr. – 2008. – V. 32, N 2. – P. 222-227.

DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF INFILTRATIVE TUBERCULOSIS AND INFILTRATES OF ANOTHER ETIOLOGY WITH COMPUTER TOMOGRAPHY APPLICATION

M.M. Savula, I.Z. Yermak, N.M. Lopushanska

SUMMARY. 133 patients with X-ray syndrome of lung infiltrate that were examined on regular basis (including microscopy and cytology of sputum) without definite result were included into the study. In future were established the following diagnoses: lung tuberculosis – 36 cases, COPD – 46 cases, lung tumor – 51 cases. Diagnosis was based on clinical symptoms, results of previous treatment with antibiotics, blood analysis, Mantoux tests, bronchoscopy. The values of X-ray examination, especially CT scan were analyzed comparing with traditional tests.

Key words: lungs infiltrate, differential diagnostics.