

ГЛАВА IV

НОВЕ В ДІАГНОСТИЦІ І ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ

УДК: 616.24-002: 616-053.9

Сравнительная клинко-рентгенологическая характеристика внебольничных пневмоний у лиц пожилого и молодого возраста по материалам Главного военно-медицинского клинического центра «ГВКГ»

И.К. АСАУЛЮК

Резюме. В статье анализируются основные клинко-рентгенологические проявления внебольничных пневмоний, их частота и выраженность у 446 больных пожилого возраста и у 110 больных в возрасте 25–40 лет. Полученные данные свидетельствуют о том, что в пожилом возрасте (основная группа) пациенты болеют пневмонией в четыре раза чаще и продолжительнее, чем пациенты в молодом возрасте (сравнительная группа). У пожилых лиц пневмония, особенно на фоне хронических заболеваний, в 1/3 случаев на догоспитальном этапе, поздно диагностировалась, в стационаре часто принимала затяжное течение и в 35–40% случаев возникали различные осложнения, которые в сочетании с обострениями фоновых заболеваний в 8–10% случаев приводили к летальному исходу.

Ключевые слова: внебольничные пневмонии у пожилых, основная и сравнительная группы больных с пневмонией, клинческие и рентгенологические особенности их проявлений, осложнения, диагностические ошибки и их причины.

Пневмонии – одна из важных клинческих проблем современной медицины в различных странах мира, не зависящая от их экономического и социального развития. Она представляет одну из важных клинческих проблем в гериатрической практике, приобретающей целый ряд клинческих, социальных и экономических аспектов.

Пневмонии у лиц пожилого и старческого возраста представляют серьезную проблему в медицине в связи с их широкой распространенностью, трудностями диагностики, лечения и часто неблагоприятным исходом. Заболеваемость пневмонией у пожилых людей составляет 15–20 случаев на 1 000 человек. Летальность от пневмоний среди больных старше 60 лет в несколько раз выше, чем в других возрастных группах. Пневмония занимает четвертое место среди причин смерти больных старше 65 лет [3, 7].

Течение пневмоний у лиц пожилого возраста за последние 15–20 лет претерпело существенные изменения. Они стали более разнообразны по виду и свойствам возбудителя, по патогенезу и структурным изменениям легочной ткани [2, 3, 4, 6, 7]. Своеобразие клинического течения ВП у пожилых лиц во многом связано с функциональной недостаточностью клеточного и гуморального иммунитета и наличием целого ряда фоновых и сопутствующих заболеваний.

Существенным фактором влияния на проявление заболевания является наличие и степень компенсации, особенно фоновых заболеваний (ХОЗЛ, сердца, почек, сахарного диабета и др.) [1, 3, 4, 6, 7]. Несомненно, что на характер течения пневмонии у пожилых, существенно влияет и своевременность госпитализации [1]. Вследствие воздействия приведенных выше и других причин летальность у данной категории больных значительно возрастает и достигает 10–30% [2, 3].

Целью сообщения является краткое изложение клинико-рентгенологических особенностей различных форм внебольничных пневмоний у лиц пожилого и молодого возраста, лечившихся в Главном военно-медицинском клиническом центре «ГВКГ» за последние пять (2005–2009 гг.) лет.

Материалы и методы

Нами проведен ретроспективный анализ данных годовых отчетов за 2005–2009 годы с изучением 556 историй болезни военнослужащих (офицеров и прапорщиков) в возрасте 25–40 лет, переболевших внебольничной пневмонией и пациентов пожилого возраста – офицеров в отставке, возраст которых составляет 65 и более лет (табл. 1).

Обследование больных проводилось согласно современных стандартов диагностического алгоритма и приказа № 128 от 19.03.2007 г. МЗ Украины, а при наличии фоновых заболеваний, на фоне которых протекала пневмония, дополнительно проводились исследования с целью выявления и определения степени нарушения функции органов и систем, выраженности их суб- и декомпенсации, а также сопутствующих заболеваний, с целью коррекции проводимой комплексной терапии основного заболевания (пневмонии) на фоне других заболеваний.

Методом сплошной выборки были отобраны 446 историй болезни пациентов пожилого возраста (старше 65 лет) переболевших ВП, которые составили основную группу, и 110 историй болезни пациентов в возрасте

25–45 лет, перенесших данное заболевание, которые составили сравнительную группу изучаемых (табл. 1).

Результаты и их обсуждение

Пневмонии у больных пожилого и старческого возраста имели целый ряд клинико-рентгенологических особенностей. Наиболее характерными из них были: физикальные, нарушения со стороны ЦНС, внезапное снижение физической активности, потеря аппетита, утрата навыков само обслуживания, обострения и декомпенсации сопутствующих заболеваний (нарастание сердечной недостаточности у больных ИБС или дыхательной у больных ХОЗЛ, декомпенсация сахарного диабета, ухудшение неврологической симптоматики при дисциркуляторной энцефалопатии и т. д.), которые выступали на первый план в клинических проявлениях пневмоний у пожилых пациентов.

Пневмонии у пожилых характеризовались склонностью к затяжному течению и значительно худшим прогнозом по сравнению с пациентами сравнительной группы.

Физикальные признаки пневмоний у пожилых были не всегда отчетливо выражены, у отдельных больных вообще отсутствовали. Феномен уплотнения легочной ткани при пневмонии у стариков не всегда достигал достаточной степени, для формирования физикальных признаков воспаления (притупление, бронхиальное дыхание). Часто имеющаяся у пожилых дегидратация, обусловленная различными причинами, ухудшала образование легочного инфильтрата. Кроме того, у пожилых больных в связи с различной фоновой патологией (сердечная недостаточность, ХОЗЛ, локальные легочные фиброзы и др.) не всегда легко было однозначно трактовать выявляемые признаки при перкуссии и аускультации. Следует помнить о динамичности и изменчивости легочной симптоматики у пожилых, что требует тщательного, неоднократного в течение дня физикального исследования больного.

Кашель (малопродуктивный с отделением мокроты), являющийся частым признаком пневмонии, у ослабленных больных может отсутствовать, при угнетении кашлевого рефлекса (инсульт, болезнь Альцгеймера) и др.

Характерным признаком пневмонии у пожилых является одышка, появление или усиление которой может быть одним из основных проявлений легочного воспаления.

У отдельных больных имели место выраженные проявления дисциркуляторной энцефалопатии, которые, как правило, предшествовали появлению легочной или внелегочной симптоматики пневмонии.

Рентгенологическая картина пневмоний у больных пожилого возраста характеризуется затяжным рассасыванием инфильтрации в легких, частым наличием фоновых изменений в легочной ткани (локальные легочные фиброзы, легочный застой при левожелудочковой недостаточности,

диффузный сетчатый пневмосклероз, в некоторых случаях отсутствие признаков инфильтрации легочной ткани.

Острое начало болезни наблюдалось у 55% больных основной группы и у 75% сравнительной. Стертый, постепенный дебют ВП отмечен у 44% больных основной группы и у 25% сравнительной. Это обусловлено высокой степенью реактивности у молодых пациентов и снижением ее уровня у больных пожилого возраста.

Тяжесть течения ВП у пациентов основной и сравнительной групп не всегда совпадала с тяжестью их общего состояния из-за наличия и воздействия сочетанной висцеральной патологии у больных основной группы. Тогда как в сравнительной группе наблюдалась противоположная картина, т. е. при легком течении пневмонии общее состояние у 60% больных оказалось удовлетворительным. Спектр жалоб у больных ВП сопоставляемых групп характеризующих проявления основных клинических синдромов легочного воспаления был сходным и создавал типичную картину, характерную для очаговой пневмонии (табл. 1).

Вместе с тем, частота и выраженность отдельных симптомов, присущих пневмонии, была различной у пациентов пожилого и молодого возраста, что наглядно видно из приведенной таблицы 1.

Таблица 1

**Частота жалоб у больных основной и сравнительной групп
в % соотношении**

Жалобы	Группы	
	основная n = 446	сравнительная n = 110
Боль в грудной клетке	35%	48,5%
Кашель с мокротой	72%	82%
Лихорадка	73%	95%
Общая слабость	96%	85%
Озноб	51%	62,4%
Одышка	97%	62%

Практически все основные симптомы, характеризующие субъективные клинические проявления активности воспалительного процесса в легких оказались более выраженными в сравнительной группе, т. е. у пациентов молодого возраста.

Такие обязательные аускультативные феномены массивного воспалительного поражения легочной паренхимы, как крепитация, бронхиальное дыхание, достоверно чаще выявлялись в сравнительной группе.

В рентгенологической характеристике пневмонии также имелись существенные отличия: в основной группе правосторонняя локализация пневмонии

встречалась достоверно чаще, а распространенность пневмонической инфильтрации была меньшей. Кроме того, у пожилых больных вдвое и более реже, чем в сравнительной группе пациентов диагностировалась верхне- и среднедолевая локализация пневмонии (табл. 2).

Таблица 2

Характеристика распространенности и локализации пневмонической инфильтрации у больных основной и сравнительной групп в % соотношении

Распространенность и локализация пневмонической инфильтрации	Группы	
	Основная n = 446	Сравнительная n = 110
Мелкоочаговая	65	54
Сливная	35	46
В пределах: сегмента	70	56
доли	20	32
2 долей	6	8
Субтотально-тотальная.	4	4
Доли: верхние	3	14
средние	9	20
нижние	88	66
Правосторонняя	66	50
Левосторонняя	22	39
Двусторонняя	12	11

Сроки разрешения легочной инфильтрации у больных основной группы были значительно большими (затяжное течение пневмонии), чем в сравнительной.

Клинические и функциональные проявления бронхитического и бронхо-обструктивного синдромов в острый период ВП оказались более значимыми в основной группе больных. В основной группе больных пневмония сочеталась с фоновой респираторной и нереспираторной патологией у 78,9% больных, что значительно сказывалось на своевременной диагностике на догоспитальном этапе и на сроках госпитализации данной группы больных. Кроме того, синдром эндогенной интоксикации, как и бронхитический синдром, у пациентов пожилого возраста при сочетании с хронической патологией органов дыхания (ХОЗЛ), был более выраженным, что сказывалось на продолжении сроков разрешения легочной инфильтрации и длительности стационарного лечения.

Причины поздней и ошибочной диагностики ВП у пожилых пациентов можно условно разделить на объективные и субъективные. Позднее обращение к врачу и атипичное течение пневмонии, при котором на первый план выступала внелегочная симптоматика, признаки декомпенсации сопут-

ствующей патологии (сердечная недостаточность, почечная недостаточность, сахарный диабет и др.) приводили к неправильной диагностике и непрофильной госпитализации. Такие ситуации нередко встречались у лиц пожилого и старческого возраста, особенно у больных, страдающих различными хроническими заболеваниями. Однако, основной причиной ошибок догоспитальной диагностики ВП, на наш взгляд, являлись несовершенные знания и навыки выявления клинических признаков легочного инфильтрата, неправильная трактовка выявленных симптомов, затянувшееся амбулаторное обследование больного, и самое главное – невыполнение стандартов диагностики пневмонии [2, 5]. Врачи не всегда следуют имеющимся клиническим рекомендациям по диагностике пневмонии (Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007 року), что может быть обусловлено незнанием и игнорированием таковых.

Различные патологические изменения сердечно-сосудистой системы были выявлены практически у каждого пациента пожилого возраста с ВП, т. е. у 98,8% лечившихся – основной группы. В сравнительной группе фоновая кардиологическая патология диагностирована лишь у 10,2% пациентов. Наиболее частой кардиоваскулярной патологией у пожилых с ВП были: гипертоническая болезнь II стадии, диффузный мелкоочаговый кардиосклероз и стенокардия напряжения II функционального класса.

Сочетание 2 и 3 заболеваний диагностировано у 30% больных основной группы, а комбинация 4 и более патологических состояний – у 10%.

Сердечно-сосудистая патология у пожилых пациентов иногда вызывала дифференциально-диагностические трудности при установлении окончательного диагноза ВП. В ряде случаев при формулировании окончательного клинического диагноза декомпенсированные формы заболеваний, предшествующей фоновой кардиологической патологии, наряду с пневмонией стратифицировались в качестве конкурирующего основного заболевания.

В сравнительной группе больных редко встречающаяся кардиологическая патология на фоне ВП протекала относительно благоприятно и, как правило, не утяжеляла общее состояние больных и не создавала «ургентных» состояний, требующих неотложных лечебных мероприятий, тогда как у пожилых пациентов с пневмонией и фоновой кардиологической патологией картина была иной и во многих случаях требовала проведения неотложных лечебно-диагностических мероприятий в ОРИТ.

Наиболее частыми болезнями мочевыделительной системы, диагностированными у пожилых пациентов ВП были: аденома предстательной железы, хронический пиелонефрит, мочекаменная болезнь и кисты почек.

Сочетание ВП с хронической патологией мочевыделительной системы выявлено у 75% пациентов основной группы. Из них к моменту госпитализации обострение фоновых заболеваний органов мочевого выделения отмечено у 12% больных, и еще у 25% пациентов обострение

диагностировано уже в ходе лечения пневмонии. В сравнительной группе такие сочетания верифицировались значительно реже и наблюдались лишь в единичных случаях.

У пожилых больных сочетание ВП с заболеваниями органов мочевого выделения в большинстве случаев, оставаясь в фазе ремиссии, не создавало предпосылок к усугублению тяжести общего состояния больных и не обуславливало возникновение критических ситуаций. Однако, наличие хронической патологии мочевого выделительной системы у пациентов с ВП требовало расширения диагностического обследования, в т. ч. применения инвазивных методов. В конечном итоге это удлиняло сроки стационарного лечения данной категории больных.

ВП у пожилых пациентов с наличием сахарного диабета, особенно на фоне его декомпенсации, протекала, как правило, тяжело. При этом, воспалительный процесс в легких носил более распространенный и устойчивый характер; пневмония в 40% случаев принимала затяжное, нередко рецидивирующее течение и в 15% случаев сопровождалась плевритом, а в отдельных наблюдениях – абсцедированием, что создавало дополнительные трудности в лечении таких больных, тем более при наличии не только сахарного диабета, но и заболеваний со стороны сердечно-сосудистой системы у данной категории больных.

Наличие у пожилых пациентов ВП в сочетании с патологией выше указанных заболеваний создавало сложности для проведения диагностики и лечения в первую очередь препаратами антибактериальной терапии (АБТ), т. е. использование стартовых антибактериальных препаратов (АБП), их дозировки, методов введения, длительности АБТ и т. д. Поэтому неадекватная оценка ситуации в отдельных случаях у таких больных приводит к ошибкам в АБТ. При этом в основе ошибок может лежать либо невыявление фоновой или сопутствующей патологии, либо ее недооценка в отношении токсического влияния АБП, либо недостаточное знание фармакокинетических особенностей выбранного АБП.

Так, при наличии у больных ВП сочетанной с почечной недостаточностью, следует отдавать предпочтение АБП с преимущественно внепочечным выведением (цефоперазон) или с двойным путем элиминации (ципрофлоксацин).

Особенно важно учитывать наличие сопутствующей, нередко множественной патологии с функциональными нарушениями органов и систем у больных пожилого и старческого возраста. Поэтому необходима оптимизация всестороннего обследования больных ВП в самом начальном периоде их лечения в условиях пульмонологического стационара с целью выявления сочетанных и фоновых заболеваний. Это позволит провести раннюю обоснованную коррекцию этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии.

Основные врачебные ошибки ведения госпитализированных больных с ВП сводятся к следующим: рентгенологическое исследование позже 24 ч. с момента поступления; отсутствие бактериологического исследования мокроты и крови (при тяжелых ВП) до назначения АБП; задержка начала АТ более 8 ч.

с момента верификации диагноза; несоответствие режима АТ национальным рекомендациям (Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р.); недостаточное использование режима ступеньчатой терапии; отсутствие профилактики у пациентов из групп риска.

Современная ситуация, свидетельствующая об ошибках диагностики и ведения больных ВП, особенно у пожилых пациентов, обусловлена многими причинами, прежде всего недостаточным выполнением клинических рекомендаций (Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р.), которые способствуют повышению эффективности как диагностики, так и лечения, благоприятному исходу заболевания, уменьшает риск принятия ошибочных решений при ведении больных ВП, а также позволяет снизить долю неэффективной терапии у пациентов пожилого возраста.

Выводы

1. Внебольничные пневмонии у пациентов пожилого и старческого возраста очень часто возникали и развивались (в 75–80%) на фоне ряда сопутствующих заболеваний и в 30–35% случаев протекали малосимптомно, нивелируясь внелегочными симптомами, что значительно затрудняло своевременную диагностику пневмонии на догоспитальном этапе и порождало ряд диагностических и тактико-организационных ошибок.

2. По результатам наших исследований можно констатировать, что среди всех больных с внебольничной пневмонией, находившихся на лечении в клинике пульмонологии за последние пять лет, удельный вес группы пациентов пожилого и старческого возраста (основная группа) составила $\frac{1}{3}$, тогда как число пациентов с пневмонией в возрасте 25–40 лет (сравнительная группа) было в три раза меньшим, чем пожилых пациентов за тот же период.

3. Пожилой возраст, наличие фоновых и сопутствующих заболеваний у пациентов с внебольничной пневмонией являются факторами, которые увеличивают сроки разрешения пневмонии и лечения таких пациентов.

4. Лечение лиц пожилого и старческого возраста с ВП должно быть ранним и комплексным с учетом наличия фоновой и сопутствующей патологии, при этом должны строго соблюдаться требования современных клинических рекомендаций, касающиеся диагностики и лечения различных форм пневмоний, особенно у данной категории пациентов.

5. У пациентов пожилого и старческого возраста в сопоставлении с пациентами в возрасте 25–40 лет в 40–50% случаев пневмония протекала тяжело, с осложнениями, которые возникали значительно чаще, чем у пациентов молодого возраста и привели к летальному исходу в 8–10% случаев.

6. Факторами, влияющими на летальность больных ВП пожилого возраста, являются: поздняя диагностика и позднее назначение адекватного лечения на амбулаторном этапе, недооценка тяжести состояния пациентов при поступлении в стационар и неполноценное обследование.

Литература

1. Асаулюк И.К. Пневмонии у лиц пожилого возраста: клинические особенности, принципы антибактериальной терапии / И.К. Асаулюк // Проблемы військової охорони здоров'я. – Вип. 10. – К., 2002. – С. 59–72.
2. Дворецкий Л.И. Ошибки ведения больных внебольничной пневмонией. Можно ли их избежать / Л.И. Дворецкий // Медична газета «Здоров'я України». – 2010. – № 4. – С. 36–37.
3. Дворецкий Л.И. Внебольничные пневмонии у пожилых. Стратегия и тактика антибактериальной пневмонии / Л.И. Дворецкий // Пульмонология 4. – 2001. – С. 91–97.
4. Дзюблик О.Я. Пневмония у взрослых: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія / О.Я. Дзюблик // Українська медична газета. – К., 2006. – № 5.
5. Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія». – К.: Велес, 2007. – С.
6. Чучалин А.Г. Пневмония / А.Г. Чучалин, А.И. Синопальников, Л.С. Страчинский. – М.: МИА, 2006. – 461 с.
7. Внебольничная пневмония у пожилых: особенности клиники, диагностики и лечения / А.Ф. Шепеленко, Ю.К. Дмитриев, В.А. Иващенко и др. // Воен.-мед. журн. – 2006. – № 6. – С. 17–24.

Порівняльна клініко-рентгенологічна характеристика позагоспітальних пневмоній у осіб похилого і молодого віку

І.К. АСАУЛЮК

Резюме. В статті аналізуються основні клініко рентгенологічні прояви позагоспітальних пневмоній, їх частота і перебіг у 446 хворих похилого віку і у 110 хворих у віці 25–45 років. Отримані дані свідчать, що в похилому віці (основна група) пацієнти хворіють на пневмонію в чотири рази частіше і триваліше ніж пацієнти в молодому віці (порівнювальна група).

У осіб похилого віку пневмонія, особливо на фоні хронічних захворювань, в 1/3 випадків на догоспітальному етапі діагностувалась пізно, в стаціонарі часто приймала затяжний перебіг і в 35–40% випадків виникали різні ускладнення, котрі в поєднанні з загостренням фонових захворювань в 8–10% випадків приводили до летального наслідку.

Ключові слова: позагоспітальні пневмонії у осіб похилого віку, основна і порівнювальна групи хворих з пневмонією, клінічні і рентгенологічні особливості їх проявів, ускладнення, діагностичні помилки та їх причини.

The comparative clinicoroentgenological characteristics of the out-of-hospital pneumonias among elderly and young people based on the materials of the Main Military Medical Clinical Centre «MMCH»

I.K. ASAULYK

Summary. The basic clinicoroentgenological development of the out-of-hospital pneumonias, their frequency and evidence at 446 elderly patient people and at 110 patient people

at the age of 25–40 are analyzed in this article. The results of research are evidence of disease of pneumonia among elderly people (fundamental group) in four-times often and more long-term than young patient people (comparative group). Pneumonia at 1/3 elderly people before the out-of-hospital period, particularly due to the chronic disease, was identified late, often took lingering clinical course at hospital and arose various complications in 35–40% accidents, which in conjunction with acute condition of background diseases in 8–10% accidents led to decease.

Key words: *Out-of-hospital pneumonias among elderly people, fundamental and comparative groups of pneumonia patients, clinical and roentgenological features of their development, complications, diagnostic mistakes and their causes.*

УДК: 616.24-002:355

Факторы риска и клинико-рентгенологические проявления первично и повторно возникших пневмоний у военнослужащих срочной службы по материалам Главного военно-медицинского клинического центра «ГВКГ»

И.К. АСАУЛЮК

Резюме. *В статье обсуждаются основные клинико-рентгенологические особенности внебольничных пневмоний у военнослужащих срочной службы, развившихся впервые и повторно за короткий период службы (3–6 месяцев) на фоне ряда факторов риска, в том числе дефицита массы тела (ДМТ) отягощающих течение заболевания и способствующих его развитию в 2 с лишним раза чаще.*

Ключевые слова: *Внебольничные пневмонии, факторы риска, клинико-рентгенологические особенности, осложнения, их частота в зависимости от дефицита массы тела.*

Пневмония относится к числу наиболее распространенных инфекционных заболеваний человека. Заболеваемость внебольничной пневмонией (ВП) в странах Европы (среди лиц старше 18 лет) колеблется от 2 до 15 случаев на 1 000 человек в год [2, 6].

Существенно увеличивается заболеваемость ВП в организованных, в т. ч. воинских коллективах, особенно в периоды эпидемий гриппа или вспышек ОРВИ, достигая 50–80 случаев на 1 000 человек [1, 2, 3, 4].

В Вооруженных Силах Украины заболеваемость ВП за последние пять лет (2005–2009 гг.) возросла, особенно в 2009 году. При этом ВП приобрела существенное отличие от классических, наблюдаемых ранее форм, обусловив трудности ее своевременной диагностики, а следовательно и значительное количество (10–15%) диагностических, а также лечебно-тактических ошибок на догоспитальном этапе, т. е. до поступления пациента в лечебное учреждение (госпиталь) [1, 2, 4]. Кроме того, отмечается увеличение количества пневмоний с тяжелым течением (25–30%), ранним возникновением