

35. Хорошилов И.Е. Киническая нутрициология / И.Е. Хорошилов. - ЛБИ-СПб, 2009. - 284 с.

36. Янушевич О.О. Общая нутрициология: учебное пособие для вузов / О.О. Янушевич, А.Н. Мартничик, И.В. Маев. - М: МЕДпресс-информ, 2005. - 392 с.

Резюме

Кравченко І.М. Лікувальне голодування: особливості клінічного супроводу пацієнтів та перспективні напрямки застосування.

У статті викладені методичні підходи і практичні рекомендації щодо застосування розвантажувально-дієтичної терапії (РДТ) в клінічній практиці і відновній медицині. Приведені наукові основи розділення РДТ на клінічні періоди, кожен з яких відіграє важливу роль в підвищенні ефективності застосування РДТ. Застосування цього методу в комплексній терапії низки захворювань дозволяє понизити дози лікарських препаратів, скоротити терміни лікування. РДТ допомагає оптимізувати схеми профілактики і реабілітації.

Ключові слова: лікувальне голодування, метод розвантажувально-дієтичної терапії, розвантажувальний етап, реаліментация.

Резюме

Кравченко И.М. Лечебное голодание: особенности клинического сопровождения пациентов и перспективные направления применения.

В статье изложены методические подходы и практические рекомендации по применению разгрузочно-диетической терапии (РДТ) в клинической практике и восстановительной медицине. Приведены научные основы разделения РДТ на клинические периоды, каждый из которых играет важную роль в повышении эффективности применения разгрузочно-диетической терапии. Применение данного метода в комплексной терапии ряда заболеваний позволяет снизить дозы лекарственных препаратов, сократить сроки лечения. РДТ помогает оптимизировать схемы профилактики и реабилитации.

Ключевые слова: лечебное голодание, метод разгрузочно-диетической терапии, разгрузочный этап, реалиментация.

Summary

Kravchenko I.M. Fasting-diet: features of clinical accompaniment of patients and perspective directions of application.

The article describes the methodological approaches and practices for the use of fasting-diet therapy in clinical practice, and restoring medicine. It is provided the scientific basis for the division of fasting to clinical periods, each of which plays an important role in enhancing the effectiveness of fasting-diet therapy. Application of this method in the treatment of several diseases can reduce the doses of drugs, time of treatment. Fasting-diet therapy helps optimize the prevention and rehabilitation.

Key words: fasting, method of fasting, dietary therapy, fasting stage realimentation.

Рецензент: д.мед.н., проф. С.П. Шкляр

УДК 616.24-002-06:616.12-008.46-036.1

ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ: ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ

М.Н. Лебединская, В.И. Березняков

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Отличительной особенностью современной клиники внутренних болезней является наличие у одного больного двух и более заболеваний внутренних органов. Особую актуальность коморбидная патология приобретает в случаях сочетания болезней, имеющих важное медико-социальное значение. Под ними понимают распространенные заболевания, сопровождающиеся высокими заболеваемостью, инвалидизацией и смертностью, лечение и профилактика которых влечет за собой высокие экономические затраты. К таким заболеваниям с полным основанием можно отнести внебольничную пневмонию (ВП) и хроническую сердечную недостаточность (ХСН).

Заболеваемость ВП составляет 3–11 случаев на 1000 взрослых человек в год [1–3] и наибольшая среди пациентов старшей возрастной группы [2–4]. Мужчины болеют чаще женщин [4]. Наличие таких заболеваний, как хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ), хроническая сердечная недостаточность (ХСН), хроническая почечная недостаточность (ХПН), болезни печени, иммунодефицитные состояния, предрасполагает к возникновению ВП [5]. Исходы заболевания хуже у больных старшего возраста и при наличии сопутствующих заболеваний [2, 6].

Среди больных с ВП, получавших лечение в стационаре, смертность колеблется в пределах 5%–20%, а у госпитализированных в отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) может достигать 50% [7, 8]. Смертность при ВП не связана с резистентностью возбудителей заболевания к антибиотикам [4]. Пневмония может быть суррогатным маркером тяжелого основного заболевания, либо что она инициирует те или другие нежелательные последствия для пациента, которые могут в конечном итоге привести к его смерти [9].

Распространенность ХСН увеличилась за последние 40 лет (у мужчин превосходит 2,1%, а у женщин приближается к 1,8%) [10,11].

Согласно одному из недавних популяционных исследований, заболеваемость ХСН в популяции мужчин старше 18 лет составляет 4,24 (95%-ный доверительный интервал (ДИ) 4,05 – 4,43) на 1000 человеко-лет наблюдения, в популяции женщин – 3,68 (95% ДИ 3,52 – 3,84) на 1000 человеко-лет наблюдения. Заболеваемость значительно увеличивается с возрастом (в возрастных категориях 65–74 г. и ≥ 75 лет она в десятки раз превышает таковую в возрасте 18–54 г.).

У 30%–35% больных с ХСН имеется как минимум 1 сопутствующее заболевание, у 30%–33% – 2, еще у 14%–18% – 3 и более сопутствующих заболеваний. Наиболее частыми среди них являются артериальная гипертензия, сахарный диабет (СД) и ишемическая болезнь сердца (ИБС) [11].

Острая декомпенсация ХСН по многим характеристикам отличается от стабильной ХСН, является частой причиной обращения за медицинской помощью и – нередко – госпитализации [13]. В клинической практике частыми причинами декомпенсации ХСН оказываются пневмония и другие воспалительные заболевания легких [14].

1. Влияние ХСН на прогноз у больных с ВП

Наличие ХСН увеличивает риск неблагоприятного исхода у больных с ВП [15]. Негативное влияние ХСН на прогноз у больных с ВП [12] нашло отражение во многих прогностических шкалах. Например, ХСН является одним из компонентов прогностической шкалы PSI (Pneumonia Severity Index, Индекс тяжести пневмонии) [16], которая используется как для решения вопроса о месте лечения пациента с ВП, так и для оценки риска неблагоприятного исхода [17].

2. Трудности клинической диагностики ВП у больных с ХСН

Дестабилизация ХСН может быть одним из первых проявлений ВП, что затрудняет клиническую диагностику обоих заболеваний. Так, острая дестабилизация ХСН и воспалительные заболевания легких (пневмония, а также ХОЗЛ, острый бронхит, обострение бронхиальной астмы и др.) являются наиболее частыми причинами остро возникшей одышки в приемных покоях стационаров [18], причем примерно у одной трети пациентов одышка обусловлена двумя и более сопутствующими заболеваниями [18–20].

Известные трудности возникают при определении функционального класса ХСН у больных с ВП. Одним из простых, воспроизводимых и доступных методов оценки функциональной способности сердца является тест с 6-минутной ходьбой [21]. В соответствии с рекомендациями Американского общества по изу-

чению сердечной недостаточности [22], для оценки тяжести заболевания и функционального состояния сердца следует использовать критерии Нью-Йоркской ассоциации сердца (НУНА) [23] или тест с 6-минутной ходьбой. Эта точка зрения поддерживается и экспертами Американского колледжа кардиологов и Американской ассоциации сердца [24], которые подтвердили значение теста для оценки прогноза и выраженности функциональных нарушений у больных с ХСН, хотя и отметили, что результаты повторных измерений пройденного пути могут не коррелировать с изменениями в клиническом состоянии пациента. Однако данный тест непригоден для использования у больных с ХСН и ВП.

Пациенты с ХСН – это, главным образом, лица пожилого и старческого возраста. С другой стороны, более 80% всех случаев ВП приходится на возрастную категорию лиц старше 60 лет [25]. Возраст является важнейшим прогностическим фактором в предсказании смертности в течение 30 дней после госпитализации у больных с ВП [16]. Лица старшей возрастной группы более подвержены заболеванию пневмониями вследствие анатомических и физиологических изменений, которые происходят в легких с течением времени [26, 27]. Старение ассоциируется с прогрессирующим снижением функции легких, включая уменьшение эластической отдачи легких, податливости стенки грудной клетки и силы дыхательных мышц [27]. Кроме того, с возрастом постепенно увеличиваются альвеолы, что ведет к возрастанию остаточного объема и дальнейшему повышению нагрузки на дыхательные мышцы. Все эти изменения вносят свой вклад в снижение кашлевого рефлекса у лиц пожилого и старческого возраста. Снижение рвотного рефлекса вкупе с изменением кашлевого рефлекса ведет к неэффективному мукоцилиарному клиренсу выделений дыхательных путей [26,27].

Для лиц старшей возрастной группы характерна повышенная колонизация ротоглотки респираторными патогенами, что обуславливает уменьшение клиренса слюны и нарушения глотания [28]. Прогрессирующее ослабление защитных сил организма также вносит свой вклад в повышение бактериальной колонизации. Изменения в иммунной системе, связанные со старением, включают в себя, в частности, снижение антиген-специфичной функции Т- и В-лимфоцитов. Функции натуральных киллерных клеток, макрофагов и нейтрофилов также снижаются с возрастом [29]. Кроме того, для лиц старшей возрастной группы характерна физиологическая или ассоциированная с употреблением лекарств ахлор-

гидрия, в результате чего бактерии, которые в противном случае были бы уничтожены в желудке, выживают и размножаются [30].

Микроаспирация содержимого желудка или ротоглотки в дыхательные пути – важный механизм патогенеза пневмонии у лиц пожилого и старческого возраста [26, 31, 32]. Высокую частоту аспирации у людей этой возрастной группы связывают с повышенной частотой дисфагии вследствие инсультов и других дегенеративных неврологических заболеваний [26].

ХСН является одним из независимых факторов возникновения ВП у лиц старшей возрастной группы (табл. 2) [33, 34]. Среди других факторов риска ВП следует упомянуть контакты с детьми, внезапное изменение температуры на рабочем месте, ингаляционную терапию, кислородотерапию, бронхиальную астму, хронический бронхит, прием медикаментов, угнетающих секрецию соляной кислоты в желудке [35–37]. С другой стороны, прием статинов и (иАПФ)ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента, которые входят в стандарты лечения больных с ХСН, снижают риск возникновения ВП (отношение шансов (ОШ) 0,78, 95% ДИ 0,65 – 0,94, $p < 0,05$ и ОШ 0,75, 95% ДИ 0,65 – 0,86, $p < 0,05$, соответственно) [37].

Клинические проявления ВП у лиц старшей возрастной группы могут быть стертыми, а симптомы, типичные для острого заболевания у взрослых молодого и зрелого возраста, – отсутствовать. Так, в исследовании, проведенном в Испании [38], при анализе начальных клинических проявлений ВП у 101 пациента старшей возрастной группы (средний возраст 78 лет, 66,3% – мужчины), самыми частыми симптомами оказались: одышка (72,3%), кашель (66,3%), лихорадка (63,4%), астения (57,4%), выделение гнойной мокроты (51,5%), анорексия (49,5%), нарушение психического статуса (44,6%) и плевральные боли в грудной клетке (33,7%). Классическая триада симптомов пневмонии – кашель, одышка и лихорадка – отмечались только у 30,7% пациентов пожилого и старческого возраста. У 18,8% больных отсутствовали кашель, гнойная мокрота или плевральные боли в грудной клетке.

В обсервационном исследовании, в которое включили 1474 госпитализированных взрослых больных с ВП, среди лиц ≥ 80 лет по сравнению с пациентами < 80 лет чаще отмечалось нарушение психического статуса (21,0% vs 10,7%; $p < 0,001$) и отсутствие лихорадки (32,1% vs 21,9%; $p < 0,001$) и реже – плевральные боли в грудной клетке (36,4% vs 45,2%; $p = 0,007$), миалгия (7,9% vs 22,5%; $p < 0,001$) и головная боль (6,6% vs 21,0%; $p < 0,001$) [39]. Эти данные сопоставимы

с результатами исследования у 59 больных с ВП > 65 лет и 21 пациента с ВП < 65 лет [40]. В нем было установлено, что нарушения сознания у лиц старшего возраста с ВП встречаются чаще (27,1% vs 4,8%; $p = 0,03$), а плевральные боли в грудной клетке – реже, чем у пациентов более молодого возраста (23,7% vs 66,7%; $p < 0,001$). В другом исследовании у 64 больных старшей возрастной группы, госпитализированных с ВП (средний возраст 72,1 л.) в 26,6% случаев зарегистрировано отсутствие лихорадки или лейкоцитоза [41].

Таким образом, ВП у лиц старшей возрастной группы клинически проявляется атипично. Классические симптомы заболевания (кашель, гнойная мокрота, лихорадка) могут отсутствовать. Предполагается, что местная воспалительная реакция на инфекцию в легких у больных пожилого и старческого возраста снижается, что проявляется уменьшением кашля и продукции мокроты [41]. Системный воспалительный ответ (т.е. лихорадка, лейкоцитоз) также снижаются – вторично по отношению к сниженной выработке цитокинов, в частности интерлейкина-6 (ИЛ-6), наиболее распространенного медиатора лихорадки. Напротив, одышка (учащенное дыхание без его углубления) остается чувствительным индикатором инфекции нижних дыхательных путей у лиц старшей возрастной группы [42]. Нарушение психического статуса, спутанность сознания, внезапное ухудшение функциональной физической способности и декомпенсация сопутствующего заболевания могут быть единственными симптомами инфекции (включая пневмонию) у людей пожилого и старческого возраста.

С другой стороны, многие симптомы, характерные для ВП, могут встречаться и у больных с ХСН. Так, в соответствии с определением Европейского общества кардиологов, сердечная недостаточность представляет собой клинический синдром, при котором у пациентов имеются следующие особенности:

- жалобы, типичные для сердечной недостаточности: одышка в покое или при физической нагрузке, усталость, утомляемость, отеки лодыжек

- симптомы, типичные для сердечной недостаточности: тахикардия, учащенное дыхание, хрипы в легких, плевральный выпот, повышение давления в яремных венах, периферические отеки, гепатомегалия

- объективные доказательства структурных или функциональных отклонений в сердце в условиях покоя: кардиомегалия, третий тон сердца, сердечные шумы, отклонения на эхокардиограмме, повышение концентрации натриуретического пептида [36].

Характерные клинические проявления ХСН

Доминирующая клиническая особенность	Жалобы	Симптомы
Периферические отеки/застой	Одышка Утомляемость, усталость Анорексия	Периферические отеки Повышение давления в яремных венах Отек легких Гепатомегалия, асцит Перегрузка жидкостью (застой) Кахексия
Отек легких	Выраженная одышка в покое	Хрипы в легких, выпот Тахикардия, учащенное дыхание
Кардиогенный шок (синдромы с низким сердечным выбросом)	Спутанность сознания Слабость Холодные конечности	Снижение периферической перфузии Систолическое артериальное давление (АД) < 90 мм рт. ст. Анурия или олигурия
Высокое АД (гипертензивная сердечная недостаточность)	Одышка	Обычно повышенное АД, гипертрофия левого желудочка и сохраненная фракция выброса
Правожелудочковая недостаточность	Одышка Усталость	Доказательства дисфункции правого желудочка Повышение давления в яремных венах, периферические отеки, гепатомегалия, застой в кишечнике

В свою очередь, эксперты Американского общества по изучению сердечной недостаточности составили следующий перечень симптомов, совместимых с диагнозом ХСН: одышка в покое или при физической нагрузке, снижение толерантности к физической нагрузке, ортопноэ, пароксизмальное ночное диспноэ или кашель по ночам, отеки, асцит или отек мошонки. И менее специфичные проявления ХСН: свистящее дыхание или кашель и раннее насыщение, тошнота или рвота, дискомфорт в животе, необъяснимая усталость, депрессия/слабость [22]. В мета-анализе 18 клинических исследований (КИ), где оценивали значимость анамнестических данных, результатов объективного исследования и некоторых основных тестов, получены следующие результаты (табл. 2) [43, 44].

Резюме диагностической точности анамнестических сведений и находок при объективном исследовании больных с одышкой, поступающих в приемные покои стационаров, для постановки диагноза ХСН

Находки	Объединенные		Суммарная вероятность (95%ДИ)	
	Чувствительность	Специфичность	Позитивная	Негативная
Первоначальное клиническое суждение	0,61	0,86	4,4 (1,8–10,0)	0,45 (0,28–0,73)
ХСН	0,60	0,90	5,8 (4,1–8,0)	0,45 (0,38–0,53)
Инфаркт миокарда	0,40	0,87	3,1 (2,0–4,9)	0,69 (0,58–0,82)
Ишемическая болезнь сердца	0,52	0,70	1,8 (1,1–2,8)	0,68 (0,48–0,96)
Дислипидемия	0,23	0,87	1,7 (0,43–6,9)	0,89 (0,69–1,1)
Сахарный диабет	0,28	0,83	1,7 (1,0–2,7)	0,86 (0,73–1,0)
Артериальная гипертензия	0,60	0,56	1,4 (1,1–1,7)	0,71 (0,55–0,93)
Курение	0,62	0,27	0,84 (0,58–1,2)	1,4 (0,58–3,8)
ХОЗЛ	0,34	0,57	0,81 (0,60–1,1)	1,1 (0,95–1,4)
Жалобы				
Пароксизмальное ночное диспноэ	0,41	0,84	2,6 (1,5–4,5)	0,70 (0,54–0,91)
Ортопноэ	0,50	0,77	2,2 (1,2–3,9)	0,65 (0,45–0,92)
Отеки	0,51	0,76	2,1 (0,92–5,0)	0,64 (0,39–1,1)
Одышка при физической нагрузке	0,84	0,34	1,3 (1,2–1,4)	0,48 (0,35–0,67)
Усталость и прибавка в весе	0,31	0,70	1,0 (0,74–1,4)	0,99 (0,85–1,3)
Кашель	0,36	0,61	0,93 (0,70–1,2)	1,0 (0,87–1,3)
Третий тон сердца	0,13	0,99	11 (4,9–25,0)	0,88 (0,83–0,94)
Абдоминально-яремный рефлюкс	0,24	0,96	6,4 (0,81–51,0)	0,79 (0,62–1,0)
Растяжение яремных вен	0,39	0,92	5,1 (3,2–7,9)	0,66 (0,57–0,77)
Хрипы в легких	0,60	0,78	2,8 (1,9–4,1)	0,51 (0,37–0,70)
Шум при аускультации сердца (любой)	0,27	0,90	2,6 (1,7–4,1)	0,81 (0,73–0,90)
Отеки нижних конечностей	0,50	0,78	2,3 (1,5–3,7)	0,64 (0,47–0,87)
Проба Вальсальвы	0,73	0,65	2,1 (1,0–4,2)	0,41 (0,17–1,0)
Систолическое АД < 100 мм рт.ст.	0,06	0,97	2,0 (0,60–6,6)	0,97 (0,91–1,0)
Четвертый тон сердца	0,05	0,97	1,6 (0,47–5,5)	0,98 (0,93–1,0)
Систолическое АД > 150 мм рт.ст.	0,28	0,73	1,0 (0,69–1,6)	0,99 (0,84–1,2)
Свистящее дыхание	0,22	0,58	0,52 (0,38–0,71)	1,3 (1,1–1,7)
Асцит	0,01	0,97	0,33 (0,04–2,9)	1,0 (0,99–1,1)

Из анамнестических сведений наиболее ценными были указания на наличие ХСН. Заслуживают внимания и такие факторы риска ХСН, как артериальная гипертензия, сахарный диабет, поражение клапанов сердца, пожилой и старческий возраст, мужской пол и ожирение [45–48]. Среди жалоб наибольшей чувствительностью для постановки диагноза ХСН характеризовалась одышка при физической нагрузке, а наиболее специфичными были пароксизмальная ночная одышка, ортопноэ и отеки, которые повышают вероятность ХСН [43, 44]. Обнаружение при физикальном исследовании третьего тона сердца обладает наибольшей предсказательной силой в отношении ХСН, но бесполезно в качестве негативного предиктора. Однако межиндивидуальные расхождения в выявлении третьего тона могут быть весьма существенными [49–51]. При аускультации многих больных с сопутствующими заболеваниями могут возникнуть затруднения в выявлении третьего тона сердца, например, у пациентов с ХОЗЛ или с ожирением. Для диагностики ХСН полезными находками будут растяжение яремных вен, хрипы в легких и отеки на нижних конечностях. Таким образом, атипичное течение ВП у больных старшей возрастной группы (скудость клинической симптоматики; отсутствие температурной реакции; преобладание одышки и пр.), наличие многих причин одышки, с которой нередко обращаются за медицинской помощью больные с ХСН и/или ВП: кардиальных (ИБС, перикардит, аритмии и др.), легочных (ХОЗЛ, бронхиальная астма, пневмоторакс и т.д.), смешанных (легочное сердце, рецидивирующая тромбоэмболия легочной артерии), а также некардиальных и внелегочных (например, нейромышечные расстройства, панические атаки и др.) затрудняют своевременную постановку правильного диагноза.

3. Трудности рентгенологической диагностики ВП у больных с ХСН

В клинических условиях никакая комбинация жалоб и симптомов не позволяет точно диагностировать ВП и для верификации диагноза необходимо рентгенологическое исследование органов грудной клетки (ОГК). Чувствительность клинического диагноза ВП колеблется в пределах 70%–90%, специфичность – 40%–70%. Следовательно, при подозрении на ВП следует произвести рентгенографию ОГК для подтверждения клинических данных [1].

Выявление в легких инфильтратов (участков локального уплотнения (затенения)) на рентгенограммах является чувствительным,

но не специфичным подтверждением ВП. На рентгенограммах могут обнаруживаться участки уплотнения, плевральный выпот, абсцесс легкого, некротизирующая пневмония, либо многодолевое поражение [5]. При отсутствии симптома уплотнения легочной ткани рентгенологическое заключение о наличии пневмонии неправомерно. Изменения легочного рисунка без инфильтрации легочной ткани возникают при других заболеваниях, чаще в результате нарушения легочного кровообращения, но сами по себе являются признаком пневмонии, в том числе интерстициальной [52].

Основными видами пневмонических изменений при рентгенологическом исследовании являются: плевропневмония, бронхопневмония и интерстициальная пневмония. Рентгенологическая картина ВП не коррелирует с этиологией и степенью тяжести заболевания и не позволяет определить прогноз ВП [52]. Рентгенография в положении лежа или компьютерная томография (КТ) позволяют исключить осумкованный выпот.

Польза от рентгенографического исследования ОГК ограничена у больных на самых ранних этапах заболевания, при обезвоживании, выраженной гранулоцитопении, при наличии структурных изменений в легких (например, при буллезной эмфиземе) и у больных с ожирением [5]. У пациентов с клиническими признаками ВП, но с негативными результатами первоначальной рентгенографии ОГК, исследование можно повторить спустя 24–48 ч [6].

Трудности в интерпретации рентгенограмм ОГК возникают и у больных, находящихся в вынужденном (лежачем) положении – например, лиц старческого возраста, пациентов с терминальными стадиями ХСН и др. Чувствительность рентгенографии ОГК для диагностики ВП у лежачих больных составляет 65%, специфичность – 93%, позитивная и негативная предсказательная ценность – соответственно 83% и 65%, в то время как обобщенная точность метода равна 69%.

Для диагностики ВП у таких пациентов недостаточно использовать одни только клинические критерии; даже после рентгенологического исследования сохраняется значительная неопределенность (32%–47%). В подобных случаях оптимальным методом диагностики является КТ высокого разрешения, которая позволяет диагностировать пневмонию даже при нормальных результатах рентгенографии ОГК [53].

Наиболее распространенные рентгенологические отклонения у больных с ХСН

Отклонения	Причины	Клиническое значение
Кардиомегалия	Дилатация ЛЖ, правого желудочка, предсердий Выпот в перикарде	Произвести эхокардиографию (эхоКГ), доплер-эхоКГ
Гипертрофия ЛЖ	Артериальная гипертензия, аортальный стеноз, гипертрофическая кардиомиопатия	Произвести эхокардиографию (эхоКГ), доплер-эхоКГ
Изменения в легких отсутствуют	Застой в легких маловероятен	Пересмотреть диагноз (у нелеченных пациентов) Тяжелое заболевание легких маловероятно
Венозный застой в легких	Повышенное давление наполнения ЛЖ	Подтверждение левожелудочковой недостаточности
Интерстициальный отек	Повышенное давление наполнения ЛЖ	Подтверждение левожелудочковой недостаточности
Плевральный выпот	Повышенное давление наполнения ХСН вероятна, если выпот двусторонний Инфекция легких, хирургический или опухолевый выпот	Если выпот обильный, рассмотреть вопрос о направлении пациента в диагностический или терапевтический центр
Линии Керли В	Повышенное лимфатическое давление	Митральный стеноз или ХСН
Повышение прозрачности полей легких	Эмфизема или эмболия легких	Спиральная КТ, спирометрия, ультразвуковое исследование
Легочная инфекция	Пневмония может быть вторичной по отношению к застою в легких	Лечить и инфекцию, и застой
Легочная инфильтрация	Системное заболевание	Установить диагноз

Рентгенография ОГК в прямой и боковой проекциях рекомендуется всем больным с ХСН для определения размеров сердца, признаков перегрузки жидкостью и выявления заболеваний легких и других сопутствующих болезней [22]. Изменения на рентгенограммах у больных с ХСН и их клиническое значение представлены в табл. 3 [21].

Из рентгенологических признаков чаще всего с окончательным диагнозом ХСН ассоциируются венозный застой в легких, кардиомегалия и интерстициальный отек [43]. С другой стороны, до 20% пациентов, у которых в конечном итоге диагностируется ХСН, не имеют никаких отклонений на рентгенограммах, а у больных с терминальными стадиями ХСН изменения могут быть минимальными.

С учетом изложенного можно сделать выводы, что наличие ХСН усложняет рентгенологическую верификацию ВП.

Выводы

1. Классические признаки ВП у больных с ХСН зачастую отсутствуют, что затрудняет постановку диагноза.

2. Пневмонию следует подозревать у всех пожилых больных с ХСН при наличии лихорадки, нарушениях психического статуса и внезапном ухудшении функционального состояния – вне зависимости от присутствия симптомов поражения нижних дыхательных путей, таких как кашель, одышка, выделение гнойной мокроты.

3. Всем пациентам с ХСН при подозрении на ВП производится рентгенография органов грудной клетки – для верификации диагноза и подтверждения/исключения осложнений (плевральный выпот, абсцедирование и др.).

4. Определение концентраций биомаркеров (прокальцитонина, С-реактивного белка и т.д.) может оказаться полезным для дифференциальной диагностики инфекционного и неинфекционного поражения легких, определения потребности в назначении антибиотиков, длительности антибактериальной терапии и прогноза.

Литература

1. *Протокол надання медичної допомоги хворим на негоспітальну та нозокоміальну (госпітальну) пневмонію у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія. Затверджений наказом МОЗ України від 19.03.2007 р. № 128.*

2. *Study of community-acquired pneumonia: incidence, patterns of care, and outcomes in primary and hospital care / A.Capelastegui, P.P.España, A.Bilbao [et al.] // J. Infect. – 2010. – Vol. 61. – P. 364-371.*

3. Brar N.K. Management of community-acquired pneumonia: a review and update / N.K.Brar, M.S.Niederman // *Ther. Adv. Respir. Dis.* – 2011. – Vol. 5. – P. 61–78.
4. Welte T. Clinical and economic burden of community-acquired pneumonia among adults in Europe / T.Welte, A.Torres, D.Nathwani // *Thorax.* – 2012. – Vol. 67. – P. 71–79.
5. Nair G.B. Community-acquired pneumonia: an unfinished battle / G.B.Nair, M.S. Niederman // *Med. Clin. N. Am.* – 2011. – Vol. 95. – P. 1143–1161.
6. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults / L.A. Mandell, R.G. Wunderink, A. Anzueto [et al.] // *Clin. Infect. Dis.* – 2007. – Vol. 44. – P. S2–27.
7. Prognosis and outcomes of patients with community-acquired pneumonia. A meta-analysis / M.J. Fine, M.A. Smith, C.A. Carson [et al.] // *JAMA.* – 1996. – Vol. 275. – P. 134–141.
8. Welte T. Global and local epidemiology of community-acquired pneumonia: the experience of the CAPNETZ network / T. Welte, T. Köhnlein // *Semin. Respir. Crit. Care Med.* – 2009. – Vol.30. – P. 127–135.
9. Pneumonia: still the old man's friend? / V. Kaplan, G. Clermont, M.F. Griffin [et al.] // *Arch. Intern. Med.* – 2003. – Vol.163. – P. 317–323.
10. Quality of care and outcomes in women hospitalized for heart failure / L.Klein, M.V.Grau-Sepulveda, R.O. [et al.] // *Circ. Heart Fail.* – 2011. – Vol.4. – P. 589–598.
11. Predictors of incident heart failure in a large insured population: a one million person-year follow-up study / A. Goyal, C.R. Norton, T.N. Thomas [et al.] // *Circ. Heart Fail.* – 2010. – Vol.3. – P. 698–705.
12. A systematic assessment of causes of death after heart failure onset in the community: impact of age at death, time period, and left ventricular systolic dysfunction / D.S. Lee, P. Gona, I. Albano [et al.] // *Circ. Heart Fail.* – 2011. – Vol. 4. – P. 36–43.
13. Early deaths in patients with heart failure discharged from the emergency department: a population-based analysis / D.S. Lee, M.J. Schull, D.A. Alter [et al.] // *Circ. Heart Fail.* – 2010. – Vol. 3. – P. 228–235.
14. Prognostic value of established and novel biomarkers in patients with shortness of breath attending an emergency department / B. Dieplinger, A. Gegenhuber, G. Kaar [et al.] // *Clin. Biochemistry.* – 2010. – Vol. 43. – P. 714–719.
15. Butt S. Treatment of community-acquired pneumonia in an ambulatory setting / S. Butt, E. Swiatlo // *Am. J. Med.* – 2011. – Vol. 124 (4). – P. 297–300.
16. A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia / M.J. Fine, T.E. Auble, D.M. Yealy [et al.] // *N. Engl. J. Med.* – 1997. – Vol. 336. – P. 243–250.
17. Defining community-acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study / W.S. Lim, M.M. van der Eerden, R. Laing [et al.] // *Thorax.* – 2003. – Vol. 58. – P. 377.

18. Mulrow C.D. Discriminating causes of dyspnea through clinical examination / C.D. Mulrow, C.R. Lucey, L.E. Farnett // *J. Gen. Intern. Med.* – 1993. – Vol. 8. – P. 383–392.
19. Michelson E. Evaluation of the patient with shortness of breath: an evidence based approach / E. Michelson, S. Hollrah // *Emerg. Med. Clin. North Am.* – 1999. – Vol. 17. – P. 221–237.
20. H.L. Pathophysiology of dyspnea / H.L. Manning, R.M. Schwartzstein // *N. Engl. J. Med.* – 1995. – Vol. 333. – P. 1547–1553.
21. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008 / K. Dickstein, A. Cohen-Solal, G. Filippatos [et al.] // *Eur. Heart J.* – 2008. – Vol. 29. – P. 2388–2442.
22. summary: HFSA 2010 comprehensive heart failure practice guideline / J. Lindenfeld, N.M. Albert, J.P. Boehmer [et al.] // *J. Card. Fail.* – 2010. – Vol.16. – P. 475–539.
23. The criteria committee of the New York heart association. Diseases of the heart and blood vessels: nomenclature and criteria for diagnosis. - [6th edition]. - Boston, MA: Little, Brown, 1964. – 150 p.
24. 2009 focused update: ACCF/AHA guidelines for the diagnosis and management of heart failure in adults: a report of the American College of Cardiology / American heart association task force on practice guidelines. / M. Jessup, W.T. Abraham, D.E. Casey [et al.] // *J. Am. Coll. Cardiol.* – 2009. – Vol.53. – P. 1343– 1382.
25. New perspectives on community-acquired pneumonia in 388 406 patients. Results from a nationwide mandatory performance measurement programme in healthcare quality / S. Ewig, N. Birkner, R. Strauss [et al.] // *Thorax.* – 2009. – Vol.64. – P. 1062–1069.
26. Marik P.E. Aspiration pneumonia and dysphagia in the elderly / P.E. Marik, D. Kaplan // *Chest.* – 2003. – Vol.124. – P. 328–336.
27. Chong C.P. Pneumonia in the elderly: A review of the epidemiology, pathogenesis, microbiology, and clinical features / C.P. Chong, P.R. Street // *South Med. J.* – 2008. – Vol.101. – P. 1141–1145.
28. Oral clearance and pathogenic oropharyngeal colonization in the elderly / L.B. Palmer, K. Albulak, S. Fields [et al.] // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* – 2001. – Vol.164. – P. 464–468.
29. Cutting edge: Impaired toll-like receptor expression and function in aging / M. Renshaw, J. Rockwell, C. Engleman [et al.] // *J. Immunol.* – 2002. – Vol.169. – P. 4697–4701.
30. Fung H.B. Community-acquired pneumonia in the elderly / H.B. Fung, M.O. Monteagudo-Chu // *Am. J. Geriatr. Pharmacother.* – 2010. – Vol. 8. – P. 47–62.
31. High incidence of silent aspiration in elderly patients with community-acquired pneumonia / R. Kikuchi, N. Watabe, T. Konno [et al.] // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* – 1994. – Vol. 150. – P. 251–253.

32. High incidence of aspiration pneumonia in community- and hospital-acquired pneumonia in hospitalized patients: A multicenter, prospective, study in Japan / S. Teramoto, Y. Fukuchi, H. Sasaki [et al.] // *J. Am. Geriatr. Soc.* – 2008. – Vol. 56. – P. 577–579.

33. Jackson M.L. Risk factors for community-acquired pneumonia in immunocompetent seniors / M.L. Jackson, J.C. Nelson, L.A. Jackson // *J. Am. Geriatr. Soc.* – 2009. – Vol. 57. – P. 882–888.

34. Environmental risk factors for community-acquired pneumonia hospitalization in older adults / M. Loeb, B. Neupane, S.D. Walter [et al.] // *J. Am. Geriatr. Soc.* – 2009. – Vol. 57. – P. 1036–1040.

35. New evidence of risk factors for community-acquired pneumonia: a population-based study / J. Almirall, I. Bolibar, M. Serra-Prat [et al.] // *Eur. Respir. J.* – 2008. – Vol. 31. – P. 1274–1284.

36. Risk of community-acquired pneumonia and use of gastric acid-suppressive drugs / R.J. Laheij, M.C. Sturkenboom, R.J. Hassing [et al.] // *JAMA.* – 2004. – Vol. 292. – P. 1955–1960.

37. Risk of community-acquired pneumonia and the use of statins, ACE inhibitors and gastric acid suppressants: a population-based case-control study / P.R. Myles, R.B. Hubbard, T.M. McKeever [et al.] // *Pharmacoepidemiol. Drug Saf.* – 2009. – Vol. 18. – P. 269–275.

38. Community-acquired pneumonia in the elderly. Clinical and nutritional aspects. / R. Riquelme, A. Torres, M. el-Ebiary [et al.] // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* – 1997. – Vol. 156. – P. 1908–1914.

39. Community-acquired pneumonia in very elderly patients: causative organisms, clinical characteristics, and outcomes / N. Fernandez-Sabe, J. Carratala, B. Roson [et al.] // *Medicine (Baltimore).* – 2003. – Vol. 82. – P. 159–169.

40. Community-acquired pneumonia in older patients: does age influence systemic cytokine levels in community-acquired pneumonia? / E. Kelly, R.E. MacRedmond, G. Cullen [et al.] // *Respirology.* – 2009. – Vol. 14. – P. 210–216.

41. Ahkee S. Community-acquired pneumonia in the elderly: association of mortality with lack of fever and leukocytosis / S. Ahkee, L. Srinath, J. Ramirez // *South Med. J.* – 1997. – Vol. 90. – P. 296–298.

42. Kaplan V. Community-acquired pneumonia in the elderly / V. Kaplan, D.C. Angus // *Crit. Care Clin.* – 2003. – Vol. 19. – P. 729–748.

43. Does this dyspneic patient in the emergency department have congestive heart failure? / C.S. Wang, J.M. Fitzgerald, M. Schulzer [et al.] // *J. Am. Med. Assoc.* – 2005. – Vol. 294. – P. 1944–1956.

44. Wong G.C. Clinical approaches to the diagnosis of acute heart failure / G.C. Wong, N.T. Ayas // *Curr. Opin. Cardiol.* – 2007. – Vol. 22. – P. 207–213.

45. Acute precipitants of congestive heart failure exacerbations / R.T. Tsuyuki, R.S. McKelvie, J.M. Arnold [et al.] // *Arch. Intern. Med.* – 2001. – Vol. 161. – P. 2337–2342.

46. The progression from hypertension to congestive heart failure / D. Levy, M.G. Larson, R.S. Vasan [et al.] // *J. Am. Med. Assoc.* – 1996. – Vol. 275. – P. 1557–1562.

47. Risk factors for heart failure in the elderly: a prospective community-based study / Y.T. Chen, V. Vaccarino, C.S. Williams [et al.] // *Am. J. Med.* – 1999. – Vol. 106. – P. 605–612.

48. Increased pulse pressure and risk of heart failure in the elderly / C.U. Chae, M.A. Pfeffer, R.J. Glynn [et al.] // *JAMA.* – 1999. – Vol. 28. – P. 634–639.

49. Relationship between accurate auscultation of a clinically useful third heart sound and level of experience / G.M. Marcus, J. Vessey, M.V. Jordan [et al.] // *Arch. Intern. Med.* – 2006. – Vol. 166. – P. 617–622.

50. Usefulness of the third heart sound in predicting an elevated level of B-type natriuretic peptide / G.M. Marcus, A.D. Michaels, T.D. De Marco [et al.] // *Am. J. Cardiol.* – 2004. – Vol. 93. – P. 1312–1323.

51. Interobserver agreement by auscultation in the presence of a third heart sound in patients with congestive heart failure / A.A. Ishmail, S. Wing, J. Ferguson [et al.] // *Chest.* – 1987. – Vol. 91. – P. 870–873.

52. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике / А.Г. Чучалин, А.И. Синопальников, Р.С. Козлов [и др.]. – М., 2010. – 106 с.

53. Diagnostic value of chest radiographs in bedridden patients suspected of having pneumonia / Y. Esayag, I. Nikitin, J. Bar-Ziv [et al.] // *Am. J. Med.* – 2010. – Vol. 9123. – P. 88.e1–88.e6.

Резюме

Лебединская М.Н., Березняков В.И. Внебольничная пневмония у больных с хронической сердечной недостаточностью: трудности диагностики.

Дестабилизация ХСН (хронической сердечной недостаточности) может быть одним из первых проявлений ВП (внебольничной пневмонии), это затрудняет клиническую диагностику обоих заболеваний. Пациенты с внебольничной пневмонией и сопутствующей хронической сердечной недостаточностью это главным образом, лица пожилого возраста. Пневмонии следует подозревать у всех пациентов с ХСН при наличии лихорадки, нарушение психического статуса, внезапного ухудшения функционального состояния, если даже отсутствуют симптомы поражения нижних дыхательных путей: кашель, одышка, выделение гнойной мокроты. Всем пациентам с ХСН при подозрении на внебольничную пневмонию производится рентгенография органов грудной клетки для верификации диагноза и подтверждения/исключения осложнений. Определение концентрации биомаркеров (прокальцитонина, С-реактивного белка и т. д.) может оказаться полезным для дифференциальной диагностики инфекционного и неинфекционного поражения легких, лечения и прогноза.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, хроническая сердечная недостаточность, трудности диагностики.

Резюме

Лебединська М.М., Березняков В.І. *Негоспітальна пневмонія у хворих з хронічною серцевою недостатністю: труднощі діагностики.*

Дестабілізація ХСН (хронічної серцевої недостатності) може бути одним з перших проявів НП (негоспітальної пневмонії), це ускладнює клінічну діагностику обох захворювань. Пацієнти з негоспітальною пневмонією і супутньою хронічною серцевою недостатністю це головним чином, особи похилого віку. Пневмонію слід підозрювати у всіх пацієнтів з ХСН при наявності лихоманки, порушення психічного статусу, раптового погіршення функціонального стану, якщо навіть відсутні симптоми ураження нижніх дихальних шляхів: кашель, задишка, виділення гнійного мокротиння. Всім пацієнтам з ХСН при підозрі на негоспітальну пневмонію проводиться рентгенографія органів грудної клітини для верифікації діагнозу і підтвердження/ виключення ускладнень. Визначення концентрації біомаркерів (прокальцітоніна, С-реактивного білка і т. д.) може виявитися корисним для диференціальної діагностики інфекційного та неінфекційного ураження легень, лікування та прогнозу.

Ключові слова: Негоспітальна пневмонія, хронічна серцева недостатність, труднощі діагностики.

Summary

Lebedinska M.N., Bereznaykov V.I. *Community-acquired pneumonia in patients with chronic heart failure: diagnostic difficulties.*

Destabilization of congestive heart failure can be one of the first manifestations of CAP (community-acquired pneumonia), which complicates clinical diagnostics of both diseases. Patients with CAP and concomitant congestive heart failure are mainly, persons of elderly age. Pneumonia should be suspected in all patients with congestive heart failure in the presence of fever, impairment of the mental status, rapid deterioration of general state, even if there are no symptoms the lower respiratory ways: cough, dyspnoea, expectoration of a purulent sputum. In patients with congestive heart failure with suspected CAP, the chest X-ray is made for the verification of diagnosis and confirmation/exception of complications. Determination of concentration of biomarkers (procalcitonin, C-reactive protein et al.) can be useful to differential diagnostics of infectious and noninfectious lung diseases, treatment and the forecast.

Key words: community-acquired pneumonia, chronic heart failure, diagnostic difficulty.

Рецензент: д.мед.н., проф. Ю.Г. Бурмак

УДК 616.1+616.71:618.173]-07-08

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ФАСТ-ФУДА НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

А.С. Липатникова, А.С. Ворошилов, Д.О. Тарасенко
Луганский государственный медицинский университет

Введение

Состояние здоровья человека остаётся одной из важных проблем общества. А одна из составляющих здоровья – это правильное, рациональное питание. Высокий темп современной жизни приводит к тому, что мы всё чаще употребляем еду быстрого приготовления – фаст-фуд. Такое питание не является ни полезным, ни правильным. Фаст-фуд содержит много сахара и соли, но мало витаминов, минеральных веществ, растительных волокон, поэтому большинство любителей такой еды страдают ожирением [1,4]. Однако проблемы с избыточным весом далеко не единственная неприятность, которая может случиться с любителями быстрых перекусов.

Фаст-фуд (от англ. fastfood - быстрое питание), давно стал неотъемлемой частью современного мира, но быстрое питание существовало и в древности. Уже во времена античности фаст-фуд пользовался огромной популярностью. И если в Древней Греции все же предпочитали готовить пищу в своем хозяйстве, то древние римляне нередко вообще отказывались от готовки, в некоторых домах даже не было кухонь. Зато в каждом городе существовала масса закусочных и базаров, где торговали всевозможными кушаньями. Большой популярностью пользовались лепешки из дрожжевого теста, смазанные оливковым маслом, их было очень удобно использовать как съедобные тарелки. Много столетий спустя эти лепешки, покрытые запеченным сыром, колбасами и овощами, стали называть итальянской пиццей. Профессор Филипп Фернандес-Арместо в своей книге "История пищи" утверждает, что среднестатистический древний римлянин употреблял в пищу больше фаст-фуда, чем, скажем, современный житель Нью-Йорка. Разница только в том, что быстрое питание древних римлян было более свежим и полезным, чем современные хот-доги и гамбургеры. Уважали фаст-фуд и, в других странах. В Китае на базарах торговали горячей лапшой быстрого приготовления, в Индии были популярны лепешки чапати с острым