

Клинико-рентгенологическая семиотика внебольничных пневмоний у больных пожилого и старческого возраста

☞ Д.Б. Утешев¹, А.К. Чуганова²

¹ Кафедра госпитальной терапии Московского факультета
Российского государственного медицинского университета им. Н.И. Пирогова

² Городская клиническая больница № 79, Москва

В статье обсуждаются особенности рентгенологической диагностики и клинического течения внебольничной пневмонии у пациентов пожилого и старческого возраста с сопутствующей сердечно-легочной патологией. Показана взаимосвязь между соматическим хроническим заболеванием и выраженностью изменений в рентгенологической и клинической картине внебольничной пневмонии. Стертость клинических проявлений внебольничной пневмонии у больных старшей возрастной группы зачастую трактуется как декомпенсация основного заболевания, что приводит к гиподиагностике пневмонии и поздней госпитализации.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, пациенты пожилого возраста, сопутствующая сердечно-легочная патология.

Проблемы диагностики и лечения **внебольничной пневмонии** (ВП) не потеряли своей актуальности. Несмотря на совершенствование методов диагностики и появление новых антибактериальных препаратов отмечается увеличение летальности от ВП, особенно при тяжелом ее течении. Уровень летальности от ВП колеблется от 2 до 25%, а у пациентов старше 60 лет он достигает 40%. С целью оптимизировать диагностические мероприятия и подходы к антибактериальной терапии ВП с начала 1990-х годов стали создаваться и внедряться рекомендации по ведению пациентов с ВП: Американского торакального общества (1993), Британского торакального общества (1993), Американского общества инфекционных болезней (1998), Европейской рабочей группы по изучению внебольничной пневмонии (1998) и др. В свя-

зи с ростом устойчивости к антимикробным препаратам некоторые из них стали обновляться каждые 2–3 года.

Эти рекомендации предусматривают проведение комплексного обследования больного ВП, которое включает в том числе и дорогостоящие методы (например, компьютерную томографию легких), что не всегда доступно в лечебных учреждениях России. В этом контексте особый интерес представляет **рентгенодиагностика ВП**. Несмотря на разработанность рентгеносемиотики ВП, у большого числа больных ВП своевременно не распознается — частота гиподиагностики ВП составляет 10,5%. При этом около четверти случаев диагностических ошибок связаны с наличием сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой или бронхолегочной системы, изменяющих рентгенологическую картину ВП.

Контактная информация: Утешев Даниил Борисович, dbyteshev@mail.ru

Нами проведен **ретроспективный анализ** историй болезни 126 больных в возрасте от 60 до 94 лет, поступавших в терапевтические отделения городской клинической больницы № 79 г. Москвы в 2006–2007 годах. Пациенты были распределены на две группы: I группа – 58 пациентов пожилого возраста (60–74 года), II группа – 68 человек старческого возраста (75 лет и старше). Все больные поступали в терапевтическое отделение с предварительным диагнозом ВП среднего или тяжелого течения, который устанавливался на основании общепринятых клинических, рентгенологических и лабораторных данных согласно медико-экономическим стандартам оказания медицинской помощи взрослому населению г. Москвы.

В абсолютном большинстве случаев (95,2%) внебольничная пневмония протекала на фоне **сопутствующих заболеваний**, в том числе **хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ)** и **ишемической болезни сердца (ИБС)**. При этом если у больных пожилого возраста преобладала патология дыхательной системы (ХОБЛ) – 84,4% случаев, то в старческом возрасте – заболевания сердечно-сосудистой системы (ИБС) – 88,2% случаев. Сочетание двух и более сопутствующих заболеваний (преимущественно в стадии декомпенсации или обострения) имело место у 56,8% пациентов I группы и у 79,4% – II группы.

Характерны были **поздние сроки госпитализации**: в среднем на 7-й день заболевания в I группе и на 5-й день – во II группе (тогда как в контрольной группе – на 2-й день). Поздняя госпитализация обусловлена как субъективными, так и объективными причинами (одинокие пожилые больные, позднее обращение к врачу, попытки самолечения с использованием жаропонижающих средств, несвоевременная диагностика из-за стертости клинической картины). Острые респираторные заболевания предшествовали развитию пневмонии у 45% больных I группы и 39% –

II группы. Несмотря на поздние сроки госпитализации, большинство больных не получали антибактериальную терапию на догоспитальном этапе (72 и 76%). Эти данные свидетельствуют о существовании серьезных проблем в диагностике и лечении ВП у людей пожилого и старческого возраста в амбулаторных условиях.

Летальность в I группе составила 6,8% от общего числа больных (4 пациента), во II группе – 23,5% (16 человек). В I группе причиной смерти в половине случаев стала полисегментарная пневмония, осложненная плевритом, на фоне сопутствующей ХОБЛ, а еще в 50% случаев – долевая пневмония на фоне сочетания ХОБЛ и ИБС. Во II группе наиболее частой причиной смерти являлась крупноочаговая пневмония на фоне сочетания ХОБЛ и ИБС (13,2% от общего числа больных – 9 человек). Сегментарная и полисегментарная пневмония на фоне ХОБЛ привела к летальному исходу у 4 пациентов (у одного из них двусторонняя полисегментарная пневмония была осложнена плевритом). У 2 пациентов причиной смерти послужила долевая пневмония с развитием плеврита на фоне сочетания ХОБЛ и ИБС, у одного человека – полисегментарная пневмония на фоне ХОБЛ с развитием абсцесса. Следовательно, более тяжелые осложнения, ведущие к летальному исходу, встречаются чаще среди больных старческого возраста.

Анализ **рентгенологической картины** (табл. 1) продемонстрировал, что на фоне ИБС у больных пожилого возраста развивается преимущественно очаговая пневмония в одной из нижних долей легкого, а в старческом возрасте чаще возникает крупноочаговая двусторонняя пневмония. На фоне ХОБЛ характерно возникновение сегментарной (у лиц пожилого возраста) и полисегментарной (у пациентов старческого возраста), в том числе двусторонней, пневмонии. При сочетании ХОБЛ и ИБС преобладают двусторонняя очаговая и

Таблица 1. Частота различных рентгенологических вариантов ВП в зависимости от возраста больных

Тип поражения	Локализация	Возраст	
		пожилой	старческий
Очаговое	Одностороннее	22,4%	11,7%
	Двустороннее	6,9%	2,3%
Крупноочаговое	Одностороннее	10,3%	29,4%
	Двустороннее	3,4%	11,7%
Сегментарное	Одностороннее	15,2%	1,5%
	Полисегментарное	15,5%	23,5%
Долевое	Одностороннее	12,0%	4,4%
	Двустороннее	8,5%	2,9%
Плевриты	Одностороннее	2,9%	2,3%
	Двустороннее	2,9%	10,3%

крупноочаговая пневмония, а также доле-вое поражение легочной ткани.

Изучение **клинической картины** ВП позволяет понять особенности развития синдрома эндогенной интоксикации у пожилых людей. Лихорадка в дебюте заболевания имела место лишь у 66 пациентов (52,4%), при этом в I группе она встречалась вдвое чаще, чем во II группе (табл. 2). Озноб наблюдался еще реже – у 43 (34,1%) пациентов. Более характерно было постепенное начало болезни, проявлявшееся общей слабостью, потливостью, одышкой и кашлем с мокротой. Общая слабость отмечалась у всех пациентов, а потливость – у 75,4% (в I группе – в 2 раза чаще). Респираторные симптомы отмечались у подавляю-

Таблица 2. Частота клинических симптомов ВП в зависимости от возраста больных

Симптомы	Возраст	
	пожилой	старческий
Лихорадка	70,7%	36,7%
Озноб	44,8%	25,0%
Общая слабость	100,0%	100,0%
Кашель с мокротой	87,9%	98,5%
Потливость	100,0%	54,4%
Одышка	86,2%	100,0%
Кровохарканье	3,4%	0

щего большинства пациентов (чаще во II группе): одышка – у 93,6%, кашель с мокротой – у 94,4%. Кровохарканье как симптом острого начала ВП встречалось редко (только в I группе).

Таким образом, ВП у пациентов старше 75 лет не имеет отчетливого острого начала и чаще всего проявляется кашлем с мокротой, одышкой и потливостью (93,5% случаев). Более частая манифестная клиническая картина ВП у пациентов в возрасте 60–75 лет свидетельствует об их более высокой реактивности.

На основании проведенного исследования можно сделать следующие выводы об **особенностях течения ВП у больных пожилого и старческого возраста** на фоне сопутствующей патологии сердечно-сосудистой и дыхательной системы.

- ВП чаще всего развивается у пациентов пожилого возраста на фоне ХОБЛ, в старческом возрасте – на фоне ИБС. Сочетание этих фоновых заболеваний способствует поздней госпитализации и развитию серьезных осложнений, приводящих к высокой летальности (особенно в старческом возрасте).
- Клиническая картина ВП у пациентов старческого возраста носит стертый характер и не имеет четко очерченного начала, в то время как более выраженные

Таблица 3. Особенности течения ВП на фоне сопутствующей патологии сердечно-сосудистой и дыхательной системы у больных пожилого и старческого возраста

Особенности	Возраст	
	пожилой (60–75 лет)	старческий (>75 лет)
Характерная рентгенологическая картина	Очаговая пневмония Сегментарная пневмония	Крупноочаговая пневмония Полисегментарная пневмония
Клиническая картина	Манифестная	Стертая
Причины смерти	Полисегментарная пневмония с плевритом на фоне ХОБЛ Долевая пневмония на фоне ХОБЛ и ИБС	Крупноочаговая пневмония на фоне ХОБЛ и ИБС Полисегментарная пневмония с плевритом на фоне ХОБЛ

симптомы заболевания у пожилых людей свидетельствует об их более высоком уровне реактивности.

- У пожилых пациентов с ИБС развивается преимущественно очаговая пневмония, а в старческом возрасте – крупноочаговая ВП. Для пациентов с ХОБЛ характерно развитие сегментарной пневмонии в пожилом возрасте и полисегментарной – в старческом возрасте. Сочетание ХОБЛ и ИБС как в пожилом, так и в старческом возрасте чаще приводит к двусторонней очаговой и крупноочаговой ВП, а также к долевым поражению легкого (табл. 3).

Для практического врача важно иметь в виду, что стертость клинических проявлений ВП, возникающей на фоне хронических заболеваний органов дыхания и кровообращения у пациентов пожилого и старческого возраста, приводит к тому, что заболевание остается нераспознанным на ранних сроках. Клиницисты нередко ошибочно объясняют ухудшение состояния больных декомпенсацией основного заболевания – ИБС и/или ХОБЛ. Следствием становятся поздняя госпитализация и гиподиагностика, что отражается на сроках назначения антибактериальной терапии и, в конечном счете, утяжеляет прогноз.

Литература

Зайцев А.А., Романовских А.Г., Синопальников А.И. Новые возможности в лечении внебольничной пневмонии у взрослых //

Справочник поликлинического врача. 2006. № 6. С. 22–30.

Колташиков И.Е. Клинико-рентгенологическая семиотика современных первичных внебольничных бактериальных бронхопневмоний // Пульмонология. 2006. № 8. С. 11–15.

Лазарева Н.Б., Стародубцев А.К., Игонин А.А., Шляхова С.В. Влияние выбора эмпирической антибактериальной терапии на уровень летальности пациентов с внебольничной пневмонией // Врач. 2008. № 1. С. 54–57.

Чучалин А.Г., Цой А.Н., Архипов В.В. Диагностика и лечение пневмоний с позиций медицины доказательств. Часть I // Consilium medicum. 2002. Т. 4. № 12. С. 12–21.

American Thoracic Society. Guidelines for the initial management of adults with community-acquired pneumonia: diagnosis, assessment of severity, and initial antimicrobial therapy // Amer. Rev. Respir. Dis. 1993. V. 148. P. 1418–1426.

American Thoracic Society. Guidelines for the management of adults with community-acquired pneumonia. Diagnosis, assessment of severity, antimicrobial therapy, and prevention // Amer. J. Respir. Crit. Care Med. 2001. V. 163. P. 1730–1754.

Bartlett J.G., Dowell S.F., Mandell L.A. et al. Practice guidelines for the management of community-acquired pneumonia in adults // Clin. Infect. Dis. 2000. V. 31. P. 347–382.

British Thoracic Society. British Thoracic Society guidelines for the management of community-acquired pneumonia in adults // Thorax. 2001. V. 56. № 4. P. 1–64.

Guidelines for management of adult community-acquired lower respiratory tract infections // Eur. Respir. J. 1998. V. 11. № 45. P. 986–991.

Clinical and X-ray Semiotics of Community-acquired Pneumonia in Elderly Patients

D.B. Uteshev and A.K. Chuganova

The article discusses the features of X-ray diagnosis and clinical course of community-acquired pneumonia in elderly patients with concomitant cardiopulmonary diseases. The authors show the relationship between somatic chronic diseases and extent of changes in X-ray and clinical picture of community-acquired pneumonia. The signs of pneumonia in elderly patients often are attributed to main disease decompensation that leads to hypodiagnosics and later hospitalization.

Key words: community-acquired pneumonia, elderly patients, concomitant cardiopulmonary pathology.

Книги Издательского дома “Атмосфера”



Хроническая обструктивная болезнь легких Монография / Под ред. Чучалина А.Г.

В первой монографии фундаментальной серии Российского респираторного общества обобщен накопленный мировой и отечественный опыт по всему кругу проблем, связанных с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Исчерпывающе представлены такие разделы, как эпидемиология, факторы риска, молекулярные основы развития заболевания, его системные эффекты, биологические маркеры, клинические проявления болезни, диагностика и дифференциальная диагностика, исследование респираторной функции и визуализация, эмфизема легких, легочная гипертензия, обострения, качество жизни, лечение, вакцинация, реабилитация и др. Впервые освещаются ранее не исследованные вопросы, касающиеся фенотипов заболевания, а также сопутствующих заболеваний, которые наиболее часто встречаются у больных ХОБЛ, в частности сочетание ХОБЛ с артериальной гипертонией, ишемической болезнью сердца, сахарным диабетом второго типа. Особого внимания заслуживают те разделы монографии, которые посвящены современным лечебным программам, изложенным с позиции медицины доказательств, а также предоперационной подготовки больных ХОБЛ, страдающих многочисленными сопутствующими заболеваниями. 568 с., ил.

Для пульмонологов, терапевтов, врачей общей практики, патофизиологов, клиницистов.

**Информацию по вопросам приобретения книг можно получить
на сайте www.atmosphere-ph.ru или по телефону (499) 973-14-16.**