

Г. С. Зиманова
**ПНЕВМОНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА:
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

*Центральная клиническая больница Медицинского центра
Управления делами
Президента Республики Казахстан, Алматы*

Вопросам клинического течения, дифференциально-диагноза пневмонии с синдромосходными заболеваниями у больных инволютивного возраста не уделяется достаточного внимания. На сайте NLM приводится лишь обширная информация об этиологии и этиотропном лечении пневмонии[9].

Целью исследования явилась разработка модулей дифференциального диагноза пневмонии в пожилом и старческом возрасте, что имеет значение в своевременном установлении окончательного диагноза и определении мер адекватного лечения.

Материалы и методы

Проведен анализ клинического течения, окончательного диагноза внебольничных пневмоний (ВБП) по 513 медицинским картам больных, получивших лечение в терапевтических отделениях больницы.

Пациентов пожилого возраста (60–74 лет) было 188; за 5 лет наблюдения в 15 случаях отмечалась повторная госпитализация из-за ухудшения общего состояния, нарастания синдрома интоксикации, отрицательной динамики рентгенологической картины. Больных старческого возраста (75 лет и старше) — 99; 5 случаев повторной госпитализации. Для сравнения изучены аналогичные данные у 44 больных (1 случай повторной госпитализации) молодого (16–34 лет) и 154 больных (7 случаев повторной госпитализации) зрелого (35–59 лет) возраста.

Все больные поступали в терапевтические отделения с предварительным диагнозом "Пневмония", который ставился на основании общепринятых клинических, лабораторных, рентгенологических данных.

Инфильтративная тень в легких обнаружена при проведении флюорографии, рентгенографии, а также рентгенологической и компьютерной томографии. В сложных случаях проводился ретроспективный анализ флюорограмм, рентгенограмм больных, в течение многих лет наблюдавшихся в поликлинике больницы.

Стандартная терапия ВБП начиналась с назначения щадящего режима, рационального питания, учитывающего возрастные особенности и сопутствующие заболевания. Больные получали лечение: антибактериальные, нестероидные противовоспалительные препараты, дезинтоксикационную, сердечно-сосудистую, рассасывающую терапию, по показаниям — биостимуляторы, физиолечение, коррекцию нарушенных функций других органов и систем.

Всем больным проводились исследования мокроты для обнаружения возбудителя туберкулеза (ВК-бактерии Коха) методом бактериоскопии окрашенных мазков по стратегии DOTS. В некоторых случаях исследовались промывные воды бронхов, плевральная жидкость методом ПЦР (полимеразной цепной реакции).

Всем больным с вероятным диагнозом опухоли легких и плевры проведены необходимые бронхологические

исследования, компьютерная томография, неоднократные цитологические (мокрота, промывные воды бронхов, плевральная жидкость) и гистологические исследования биопсийного материала для верификации диагноза. На амбулаторном этапе осуществлялись дальнейшие динамические наблюдения участковым терапевтом, фтизиатром, онкологом.

Материал обработан статистически. Вычислены стандартизованные показатели в пересчете на 100 случаев.

Результаты и обсуждение

Стандартизованные показатели частоты окончательного "непневмонического" диагноза приведены в таблице.

По нашим наблюдениям и данным литературы [2, 6], наибольшие трудности возникают при диагностике рака легких, осложнившегося пневмонитом и бактериальной пневмонией. Пневмониеподобный вариант клинической манифестации рака легких отмечается у 45 % больных [5].

Заподозрить опухоль позволили следующие признаки:

- повторные пневмонии в одном и том же участке легких;
- нарастание интоксикации, кровохарканья (не смотря на проводимое лечение);
- длительно сохраняющиеся рентгенологические признаки;
- стабильность сдвигов гемограммы, особенно увеличенная СОЭ.

Следует отметить, что диагностическая бронхоскопия в группе больных пожилого возраста проведена в 11 случаях из 16, а в группе больных старческого возраста никому не проводилась из-за тяжести соматического состояния, недостаточности функции сердца и легких. Верификация диагноза опухоли легких и плевры у больных пожилого и старческого возраста проводилась путем цитологического исследования плевральной жидкости, мокроты, промывных вод бронхов, а также путем динамического рентгенологического наблюдения за тенью в легких.

Из таблицы видно, что частота обнаружения опухоли легких у больных, поступивших в стационар с диагнозом "Пневмония", увеличивалась по мере увеличения возраста, и составила 3,9 у больных зрелого возраста, 6,9 — в III, 13,1 — в IV возрастной группе.

Современные особенности клиники туберкулеза характеризуются постепенно нарастающим, длительным интоксикационным синдромом, температурная реакция часто носит преходящий характер, легочные жалобы предшествуют интоксикации, клинические проявления не коррелируют с протяженностью легочного процесса.

Большие трудности представляла дифференциация рецидивов туберкулеза и пневмонии на фоне метатуберкулезных изменений, особенно у больных пожилого возраста, из-за имевшегося до заболевания пневмонией очагового и диффузного пневмофиброза и эмфиземы, и в связи с замедленным обратным развитием неспецифического воспаления.

Дифференциальный диагноз пневмонии и туберкулеза легких проводился на основании комплексного клинико-анамнестического обследования, неспецифической тест-терапии противотуберкулезными средствами, тщательного анализа мокроты, промывных вод бронхов на ВК, ретроспективного анализа флюоро- и рентгенограмм грудной клетки, учета темпов инволюции рентгенологических изменений при химиотерапии первые 2 недели.

Из таблицы видно, что туберкулез легких "маскировался" под пневмонию наиболее часто в I группе (2,2), реже в других группах (II — 1,3; III — 0,5; IV — 1,0).

Саркоидоз установлен у 1 больного зрелого возраста. 2 недели активной антибактериальной, дезинтоксикационной терапии облегчения больному не принесли — сохранялись кашель, слабость, потливость, субфебрилитет. Рентгенологическая картина — без динамики. Произведена бронхоскопия. В мазках со слизистой бронхов обнаружены саркоидные гранулемы, состоящие из эпителиоидных и отдельных гигантских клеток. Для исключения туберкулеза легких мокрота, промывные воды бронхов неоднократно исследовались на ВК методом бактериоскопии окрашенных мазков. Положительная клинико-рентгенологическая и лабораторная динамика у больного саркоидозом достигнута после применения кортикостероидных препаратов.

Абсцедирование пневмонического фокуса отмечалось у больных зрелого (стандартизованный показатель 1,3–2 чел.), и пожилого (0,5–1 чел.) возраста. Диагноз установлен по характерной клинической, рентгенологической и лабораторной картине.

Диагноз "Тромбоэмболия ветвей легочной артерии" (ТЭЛА) не верифицирован методом ангиопульмонографии и радиоизотопной перфузионной сцинтиграфии. Предположительный диагноз установлен у 3 больных пожилого возраста (стандартизованный показатель — 1,6) на основании анализа данных клиники, анамнеза — усиление одышки, цианоза, кратковременного падения артериального давления, кровохарканья алой кровью [3]. У всех больных ранее отмечались эпизоды острой окклюзии других сосудов — подвздошной, конечных разветвлений артерий стопы.

Вероятный диагноз "Фиброзирующий альвеолит" установлен у больного пожилого возраста. Стандартная антибактериальная, дезинтоксикационная терапия улучшения не вызвала. Сохранялись и постепенно нарастали одышка, цианоз, признаки декомпенсации сердечной деятельности по правожелудочковому типу (отеки ног, асцит, увеличение печени). В легких выслушивалась звучная крепитация. Рентгенологическая картина оставалась без динамики — сохранялись усиление и ячеистость легочного рисунка, множественные очаги пневмофиброза в нижних отделах легких. Неоднократные анализы мокроты, промывных вод бронхов для обнаружения атипичных клеток, микобактерий туберкулеза были безрезультатными. После выписки из стационара больным проводились динамические наблюдения участковым врачом, фтизиатром, онкологом. Для верификации диагноза диссеминированного процесса биопсия легких путем трансбронхиальной или трансторакальной пункции, диагностическая торакотомия и открытая биопсия легких [4], не проводились, учитывая возраст больного, состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем (выраженные рестриктивные изменения при исследовании функции внешнего дыхания). Улучшения в состоянии больно-

Таблица

Стандартизованные показатели частоты некоторых окончательных диагнозов и осложнений

Окончательный диагноз Осложнения	Группы больных по возрасту			
	молодой I n*=44	зрелый II n=154	пожилой III n=188	старческий IV n=99
1. Опухоль	—	3,9	6,9	13,1
2. Туберкулез	2,2	1,3	0,5	1,0
3. Саркоидоз	—	0,6	—	—
4. Абсцедирование	—	1,3	0,5	—
5. ТЭЛА-инфарктная пневмония	—	—	1,6(?)**	—
6. Фиброзирующий альвеолит	—	—	0,5 (?)	—
Итого:	2,2	7,1	10,0	14,1

Примечания:

* n — количество больных

**? — диагноз не верифицирован

го не отмечалось и после пробной терапии кортикостероидными препаратами.

По таблице 1 видно, что частота установления окончательного "непневмонического" диагноза увеличивалась по мере увеличения возраста больных — от 2,2, в I группе до 14,1 в группе больных старческого возраста.

Полученные нами сведения о частоте обнаружения опухоли легких среди больных пневмонией, направленных на лечение в терапевтические отделения стационара, значительно меньше данных литературы — 45–65 % [5].

Полученные данные о более частом выявлении туберкулеза легких в группе больных молодого, зрелого и старческого возраста, соответствуют данным литературы [16]. Деструктивный процесс — абсцедирование у больных пневмонией, по данным ряда исследований отмечается в 4–20,4 % случаев [6].

Относительно низкая частота выявления опухоли, туберкулеза, абсцедирования в нашем исследовании, видимо, объясняется особенностями контингента — это люди, проживающие в удовлетворительных материально-бытовых условиях, в течение многих лет они находились под медицинским наблюдением в поликлинике Медцентра.

Сравнить полученные данные о частоте выявления саркоидоза, тромбоэмболии ветвей легочной артерии, фиброзирующего альвеолита у больных, направленных в стационар с предварительным диагнозом "Пневмония", не представляется возможным. Найти аналогичные данные в литературе не удалось. Полученные нами данные об увеличении частоты расхождения диагнозов по мере увеличения возраста больных соответствуют данным литературы.

Наши данные о частоте диагностических ошибок у больных пневмонией ниже некоторых данных литературы (30 % расхождений при установлении диагноза пневмонии). Это, по-видимому, связано со сложившейся практикой в поликлинике Медцентра, когда при обнаружении инфильтративной тени легких, на догоспитальном этапе проводится ретроспективный анализ рентгенограмм, флюорограмм, компьютерных томограмм с участием фтизиатра и онколога.

Таким образом, установление окончательного диагноза у больных пожилого и старческого возраста необ-

ходимо проводить путем последовательного, в том числе ретроспективного, анализа клинических, рентгенологических, лабораторных данных, при необходимости эндоскопических исследований, а также результатов проведенной стандартной антибактериальной и дезинтоксикационной терапии ВБП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абашев И. М., Щербаткина К. Н. Сложности и возможности диагностики туберкулеза легких нижнедолевой локализации // *Клин. мед.* — 2000. — № 5. — С. 29–30
2. Виноградов А. В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней / 3-е изд., перераб. и доп. — Москва: Медиц. информ. агенство, 1999. — 606 с.
3. Лашина Н. А., Цветкова О. А., Рогова Е. Ф. Трудности постановки диагноза и современные подходы к терапии тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии // *Клин. мед.* — 2000. — № 12. — С. 51–54.
4. Левашов Ю. Н. Открытая биопсия легких // *Диссеминированные процессы в легких* / под ред. Н. В. Путова — Москва: Медицина, 1984. — С. 67–72.
5. Орлов Л. Л., Воробьев Л. П., Маев Н. В. и др. Труднодиагностируемые формы рака легких в практике терапевта // *Клин. мед.* — 1997. — № 1. — С. 50–52.
6. Розенштраух Л. С., Винер М. Г. Дифференциальная диагностика заболеваний органов дыхания и средостения: Руководство для врачей. — Москва: Медицина, 1991. — Т. 1. — 352 с.
7. Салеров В. Н. Дифференциальная диагностика при легочном инфильтрате // *Клин. мед.* — 1999. — № 4. — С. 46–48.
8. Хоменко А. Г. Ранняя диагностика и дифференциальная диагностика туберкулеза легких // *Клин. мед.* — 1995. — № 3. — С. 59–61.
9. *National Library of Medicine (NLM — США); www http: // www.nlm.nih.gov/telnet etnet.nlm.nih.govi.*

ПНЕВМОНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Г. С. Зиманова

Резюме

Проанализированы 513 историй болезни 485 больных пневмонией. Пациентов пожилого (60–74 лет) возраста было 188, старческого (75 лет и старше) — 99. Для сравнения изучена клиническая картина пневмонии у 44 больных молодого (16–34 лет) и зрелого (35–59 лет) возраста. За 5 лет наблюдения было 28 случаев повторной госпитализации. Все пациенты поступали в терапевтические отделения стационара с диагнозом "Пневмония". Полученные результаты позволяют заключить, что установление окончательного диагноза у больных пожилого и старческого возраста необходимо проводить путем последовательного, в том числе ретроспективного, анализа клинических, рентгенологических, лабораторных данных, при необходимости эндоскопических исследований, а также результатов проведенной стандартной антибактериальной и дезинтоксикационной терапии ВБП.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF PNEUMONIA IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS

G. S. Zimanova

Summary

513 case reports of 485 patients with pneumonia were analyzed. 188 elderly (60–74 years old) and 99 senile (75 years old and older) patients were examined. 44 young (16–34 years old) and 161 middle-aged (35–59 years old) patients were included into the group of comparison. There were 28 cases of repeated hospitalization for the 5 years period. All patients were admitted to the hospital with the diagnosis "Pneumonia". The results obtained allow to conclude that the final diagnosis in elderly and senile patients should be established by means of gradual and retrospective analysis of clinical, radiological, laboratory data, the results of endoscopic examination and the outcomes of standard antibacterial and detoxication therapies.