

**ВОПРОСЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПНЕВМОНИЙ У ЛИЦ
ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА (ПО МАТЕРИАЛАМ
ТИЗИОГЕРИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГБУЗ « ОРЕНБУРГСКИЙ ОБЛАСТНОЙ
КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ДИСПАНСЕР»)**

Чуркин С.А., Долгополов В.Б., Темников А.А.

ГБУЗ «Оренбургский областной клинический противотуберкулезный диспансер», г.
Оренбург

**PROBLEMS OF THE DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF PNEUMONIA OF THE
ELDERLY AND SENILITY AGED PERSONS (ON MATERIALS OF FTIZIOGERIATRIC
DEPARTMENT ORENBURG STATE FINANCED HEALTH INSTITUTION
«TUBERCULOSIS DISPENSARY»)**

Churkin S.A., Dolgoplov V.B., Temnikov A.A.

Orenburg State Financed Health Institution «Tuberculosis Dispensary», Orenburg

Резюме. Цель исследования: выявление причин сложной дифференциальной диагностики внебольничной пневмонии у лиц пожилого и старческого возраста.

Материалы исследования: в ретроспективное исследование включены 33 пациента с внебольничной пневмонией, госпитализированных в фтизиогериатрическое отделение ГБУЗ «ООКПТД» за период с 2010 по 2012 годы. Средний срок госпитализации составил 34 дня. Гендерные различия: мужчин - 23, женщин – 10. Сложности дифференциальной диагностики изучались на основании данных рутинных, лучевых методов исследования и анализа проведенной терапии.

Результаты: после проведенного лечения основными исходами внебольничных пневмоний стали: в 46 % случаев - неполное рассасывание воспалительной инфильтрации; в 39 % - локальный пневмосклероз и в 15 % случаев – полное рассасывание инфильтрата.

На основании полученных результатов были сделаны следующие выводы: у 25 % больных наблюдалось отсутствие клиники внебольничной пневмонией. У 60 % до госпитализации в ГБУЗ «ООКПТД» - не наблюдалась положительная рентгенологическая динамика, несмотря на лечение. У 39,1 % больных отмечалась положительная проба «Диаскинтест». У 91 % больных имелась сложность в дифференциальной диагностике туберкулеза и внебольничной пневмонией.

Ключевые слова: дифференциальная диагностика, внебольничная пневмония, туберкулез, пожилой и старческий возраст.

Summary. Objective: the identification of the reasons of difficult differential diagnostics of community-acquired pneumonia of the elderly and senile-aged persons.

Research materials: in retrospective research were included 33 patients with the community-acquired pneumonia, hospitalized in ftiziogeriatric department Orenburg State Financed Health Institution «Tuberculosis Dispensary» during the period from 2010 to 2012. The average period of hospitalization - 34 days. Gender differences: men - 23, women – 10. Difficulties of differential diagnostics were studied on the basis of the routine, radial methods of research and the analysis of the carried-out therapy.

Results: after the carried-out treatment the main outcomes of community-acquired pneumonia became: in 46 % of cases - an incomplete resorption of inflammatory infiltration; 39 % - a local pneumosclerosis and 15 % – the full resorption of the infiltrate.

On the basis of the received results the following conclusions were done: the absence of clinic was observed by community-acquired pneumonia -25 % of patients; 60 % - have no positive radiological dynamics (despite the treatment was observed) before hospitalization to the Orenburg State Financed Health Institution «Tuberculosis Dispensary». 39,1 % of patients had positive assay "Diaskintest". The most part of patients (91 %) had a complexity in differential diagnostics of

tuberculosis and the community-acquired pneumonia.

Key words: differential diagnostics, community-acquired pneumonia, tuberculosis, elderly and senile- aged persons.

Первым ученым, наиболее полно описавшим своеобразие клинического течения пневмонии у пожилых людей, был William Osler. Именно ему принадлежит философская характеристика пневмонии как «друга стариков» [1].

В настоящее время особенности демографических процессов ведут к росту численности населения старших возрастов. Согласно расчетам экспертов Центра демографии и экологии человека Института народно- хозяйственного прогнозирования РАН, доля пожилых людей населения России к 2050 году предположительно превысит 26%. Для сравнения, в 1959 год эта доля не достигала 6%, а в 1999 году составляла 12,5% [2]. По данным Министерства труда и социальной защиты РФ только в период с 2012 по 2013 годы численность пожилых людей возросла на 667 тысяч человек и уже составила 23,1% в общей численности населения [3]. В Оренбургской области на 01.01.2011 год число лиц, достигших пенсионного возраста - 436,7 тыс. человек (20,7 %) [4].

Следует отметить, что по статистике основной причиной смерти лиц пожилого и старческого возраста являются именно инфекционные заболевания, среди которых ведущая роль принадлежит инфекциям нижних дыхательных путей, а именно пневмониям.

Внебольничная пневмония (ВП) относится к числу распространенных заболеваний дыхательной системы и занимает 1-е место среди причин смертности от инфекционных болезней, но если среди всех причин летальности у больных всех возрастных групп - 6-е место, то у больных старше 60 лет - уже 4-е [5]. Смертность среди пожилых пациентов от ВП в 10 раз выше, чем в других возрастных группах, и составляет, в среднем, 5 %, в то же время у пациентов, нуждающихся в госпитализации, доходит до 21,9 %, а среди них у пожилых - до 46 % [6]. Летальность при ВП у лиц старших возрастных групп колеблется от 10 % до 26-33 % и выше [7].

Имеются существенные трудности в диагностике ВП, которые объясняются свойственными старческому возрасту стертой клинической картиной и полиморбидностью, когда многочисленные фоновые заболевания размывают клинические ориентиры ВП и уводят клинициста в сторону ложного диагноза, а соответственно, и неправильного лечения.

Поэтому целью исследования явилось выявление причин сложной дифференциальной диагностики ВП у лиц пожилого и старческого возрастов.

Материалы и методы исследования. В ретроспективное исследование были включены 33 пациента с ВП, госпитализированных в фтизиогериатрическое отделение ГБУЗ «ООКПТД» в период с 2010 по 2012 годы с диагностической и лечебной целью. Средний срок госпитализации составил 34 дня. Среди всех пациентов: мужчин было 23 (69,7 %), женщин – 10 (30,3 %). Количество больных до 75 лет составило 48,4 %; старше 70 лет – 51,6 %.

Диагноз направившего учреждения: пневмония – 9 %; туберкулез – 33 %; дифференциальная диагностика между пневмонией и туберкулезом – 58 %

У всех больных изучались клинические особенности начала заболевания, жалобы, срок заболевания и лечение пациентов до госпитализации в ГБУЗ «ООКПТД», анализировались сопутствующие болезни, лабораторные и инструментальные показатели, исход ВП.

Результаты. Клинический диагноз при поступлении пациентов в фтизиогериатрическое отделение отличался от диагноза направившего учреждения: пневмония – 15,2 %; туберкулез – 54,5 %; дифференциальная диагностика между пневмонией и туберкулезом – 30,3 %

Рентгенологами после проведенного рентгенологического исследования (при поступлении) патологические изменения в легких интерпретировались как пневмония – 18,2 %; туберкулез – 33,3 %; дифференциальная диагностика между пневмонией и туберкулезом –

48,5 %

Из анамнеза заболевания отмечено, что в 39,4 % случаев заболевание носило острый характер, в 36,4 % случаев болезнь начиналась подостро, а у четверти пациентов (24,3 %) заболевание носило стертые течение, без клинической симптоматики.

Следует отметить, что до госпитализации в гериатрическое отделение ГБУЗ «ООКПТД» срок заболевания пациентов составлял: 10-20 дней – у 4 больных, около 30 суток – у 11 пациентов, 2 месяца – у 5 обследованных, около 3 месяцев – у 3 человек и у 7 больных факт наличия заболевания был выявлен только при профосмотре. Из 33 поступивших: 18 больных (54,5 %) до госпитализации в ГБУЗ «ООКПТД» находились на стационарном лечении в учреждениях общей медицинской сети, 2 пациента (6 %) лечились амбулаторно и у 13 человек (39,5 %) лечение не проводилось.

При поступлении пациенты предъявляли жалобы на слабость (63,6 %), кашель (57,6 %), одышку (39,4 %), повышение температуры тела (33,3 %), снижение аппетита (18,2 %), боли в грудной клетке (18,2 %).

У госпитализированных больных выявлены следующие сопутствующие заболевания: основной патологией являлась ХОБЛ – в 78,8 % случаев, дыхательная недостаточность – 75,6 %, сердечная недостаточность – 45,5 %, ИБС – 33,3 %, прочие заболевания у всех пациентов, в том числе сахарный диабет – в 6 % случаев.

Проба «Диаскинтест» была проведена у 23 больных. Из них: у 9 пациентов (39,1 %) она оценивалась как положительная, у 1 больного – сомнительный результат, у 13 пациентов (56,5 %) – отрицательная.

В общем анализе крови у преобладающего большинства поступивших больных (87,1 %) количество лейкоцитов было менее $10 \times 10^9/\text{л}$. и у 12,9 % этот показатель не превышал $14 \times 10^9/\text{л}$. СОЭ при поступлении: нормальные показатели – в 29 % случаев; СОЭ 20-29 мм/ч – у 19,4 % больных; СОЭ 30-38 мм/ч – у 22,6 % больных; СОЭ более 40 мм/ч – в 29 % случаев.

При исследовании мокроты у всех больных КУМ не были обнаружены. В дальнейшем получены отрицательные результаты посевов на МБТ и на неспецифическую флору.

Рентгенологические исследования включали обзорные рентгенограммы в прямой и боковых проекциях, линейные томограммы (в том числе и при обследовании в динамике).

Характеристика рентгенологической картины: локализация пневмоний – односторонняя 72 %, двусторонняя – 22 % абсцедирующая – 45,5 %; поражение преимущественно верхней доли – 64 %, нижней доли – 21 %, распространенная полисегментарная – 15 %. Форма пневмонии: фокальная (сегментарная) – 45,5 %, фокальная (долевая) – 30,3 %, очаговая – 15,2 %, смешанная – 9,1 %.

Проведено лечение: антибактериальные препараты – в 66,7 %; противовоспалительное лечение – в 3 %; антибактериальные препараты + противовоспалительное лечение – в 30,3 % случаев.

После проведенного лечения наблюдалась отчетливая положительная рентгенологическая динамика. Основными исходами ВП стали: в 46 % случаев отмечалось неполное рассасывание воспалительной инфильтрации и больные направлялись на долечивание в общую лечебную сеть; в 39 % - локальный пневмосклероз и в 15 % случаев – патологический инфильтрат полностью рассосался.

Клинический пример. Больная Н., 74 лет, поступила в ГБУЗ «ООКПТД» 7.02.2012г., выписана 20.03.2012 года. Болела туберкулезом с 2002 года, в 2009 году снята с учета с исходом в посттуберкулезный цирроз верхней доли правого легкого. Ведет асоциальный образ жизни, злоупотребляет алкоголем. Считает себя больной около месяца, когда появилась нарастающая слабость, небольшой сухой кашель. Температура не поднималась. Обратилась к терапевту, рентгенологически выявлена пневмония верхней доли левого легкого, лечилась амбулаторно 10 дней, динамики не отмечено. Направлена и госпитализирована в ГБУЗ «ООКПТД». На обзорном снимке и линейных томограммах от 7.02.2012 года стабильная картина посттуберкулезного цирроза верхней доли правого легкого в сравнении с 2005-2009 годами. Слева отмечено появления неоднородного характера затемнения верхней доли (до IV

ребра), на фоне которого видны просветы бронхов. Рентгенологическое заключение: посттуберкулезный цирроз верхней доли правого легкого, дифференциальная диагностика пневмонии и туберкулеза верхней доли левого легкого. Проба «Диаскинтест» - 8 мм. В анализах крови: СОЭ – 62 мм/ч, лейкоциты – $5,2 \times 10^9$ /л. Результат бактериоскопии мокроты люминесцентным методом (8 анализов): КУМ – отрицательный. В дальнейшем получены и отрицательные посева мокроты на МБТ, в т.ч. и на неспецифическую флору. С учетом отсутствия динамики от противовоспалительного лечения решено начать лечение противотуберкулезными препаратами. На контрольном снимке через 3 недели отмечена положительная динамика в виде частичного рассасывания инфильтрации в верхней доле слева. Принято решение отменить АБП и продолжить лечение неспецифического воспалительного процесса. После очередного контроля через 2 недели – заметное рассасывание патологии в левом легком, больная переведена на долечивание в общую сеть.

Обсуждение. На основании полученных результатов можно сделать следующие выводы и отметить следующие причины госпитализации больных пожилого и старческого возраста с ВП в фтизиогериатрическое отделение туберкулезного диспансера:

1. До поступления в противотуберкулезный диспансер у 60 % больных проводилось неспецифическое противовоспалительное лечение в общей лечебной сети, не приведшее к положительной рентгенологической динамике.
2. В 82 % случаев при первичном рентгенологическом исследовании в стационаре ГБУЗ «ООКПТД» имелись трудности в дифференциальной диагностике туберкулеза и ВП.
3. У 24 % больных отсутствовала клиническая симптоматика внебольничной пневмонии.
4. У 39,1 % больных отмечалась положительная проба «Диаскинтест».

Выявленные особенности течения, рентгенологической картины ВП в пожилом и старческом возрасте необходимо учесть в дифференциальной диагностике с туберкулезом легких.

Литература

1. Синоплыхов А.И. Внебольничная пневмония у лиц старших возрастных групп. Лечащий врач 2003; 8:16-21
2. Институт демографии Национального исследовательского университета "Высшая школа экономики": [Электронный ресурс]. М., 2010. URL: <http://demoscope.ru/> (Дата обращения: 18.02.2014).
3. Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации: [Электронный ресурс]. М., 2013. URL: <http://www.rosmintrud.ru/> (Дата обращения: 18.02.2014).
4. Постановление Правительства Оренбургской области от 30.09.2011 № 958-пп «О внесении изменений в постановление Правительства Оренбургской области от 25 февраля 2011 года № 118-пп».
5. Алексанян Л.А., Шамуилова М.М. Основы антибактериальной терапии внебольничной пневмонии у больных пожилого возраста. Лечащий врач 2001; 2: 21 - 24.
6. Новиков Ю.К. Внебольничные пневмонии. Русский медицинский журнал 1999; 17 (Т.7): 725 - 830.
7. Полунина О.С., Шелепова Т.Н., Шелепов С.Н., Крылов Г.Ф., Кудряшева И.А., Яценко М.К. Трансферрин при внебольничной пневмонии у пожилых пациентов. Успехи современного естествознания 2006; 2: 82-83

Автор, ответственный за переписку:

Темников Антон Александрович

460041, Оренбургская обл, г. Оренбург, ул. Нежинское шоссе, д. 6.

тел. раб.: +7 (3532) 327454,

сот. тел.: +7 (906) 8300780,

e-mail: temn-anton@yandex.ru