УДК 616.24-002-08-06

О. С. Амосова

Научный руководитель: ассистент кафедры Е. А. Акулова

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНОГО ФОНА НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ

Введение

Внебольничная пневмония занимает ведущее место в структуре воспалительных заболеваний органов дыхания. Особую значимость эта патология приобретает в периоды эпидемических подъемов острых респираторных инфекций, когда доля вирусных пневмоний может достигать 30% [1]. Согласно современным представлениям, пневмония определяется как острое инфекционное заболевание, характеризующееся очаговым поражением легких с внутриальвеолярной экссудацией, что клинически проявляется интоксикацией, респираторными нарушениями и наличием инфильтративной тени на рентгенограмме [2]. Наибольшую сложность для клинической практики представляет внегоспитальная пневмония у лиц старших возрастных групп. В данной группе пациентов она сохраняет статус одной из наиболее актуальных проблем современной медицины в силу высокой заболеваемости, стертости диагностических критериев и высокого риска неблагоприятных исходов. Ситуация усугубляется тем, что с возрастом закономерно нарастает количество хронических заболеваний: сегодня подавляющее большинство пожилых пациентов имеют не одну, а несколько коморбидных патологий. Сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, хронические болезни легких и почек, а также онкологические процессы формируют тот преморбидный фон, на который наслаивается острая инфекция. В связи с этим, взаимодействие пневмонии с хроническими заболеваниями существенно трансформирует классическую клиническую картину. Симптомы становятся стертыми, течение – более тяжелым и затяжным, а частота осложнений неуклонно возрастает.

Цель

Изучить влияние коморбидного фона на клиническое течение внегоспитальной пневмонии.

Материал и методы исследования

В основе исследования лежит ретроспективный анализ 40 медицинских карт стационарных пациентов с подтвержденным диагнозом «Внегоспитальная пневмония». Статистическая обработка проводилась с использование программы Microsoft Excel.

Результаты исследования и их обсуждение

В исследование были включены 40 пациентов в возрасте от 31 года до 92 лет, госпитализированных с внегоспитальной пневмонией в период с декабря 2025 по январь 2026 года. Мужчины составили 55%, женщины – 45%. Анализ сопутствующей патологии выявил крайне высокую распространенность коморбидных состояний: лишь у четырех пациентов, что составляет 10%, отсутствовали хронические заболевания, тогда как у остальных 36 человек, что составило 90% регистрировалось от двух до восьми различных нозологий. Доминирующее положение занимали сердечнососудистые заболевания: атеросклеротический кардиосклероз в рамках ишемической болезни сердца диагностирован у 28 пациентов (70%), артериальная гипертензия различной степени тяжести – у 26 пациентов, что составило 65%.

У пяти пациентов (12,5%) имелись клинические признаки хронической сердечной недостаточности, проявлявшиеся отеками голеней или гидроперикардом, а у троих – нарушения ритма сердца по типу фибрилляции предсердий. Эндокринная патология была представлена преимущественно сахарным диабетом 2 типа, который выявлен у 12 пациентов (30%). Хронические бронхолегочные заболевания, включая хронический бронхит и хроническую обструктивную болезнь легких, отмечались у семи пациентов (17,5%), а у пяти из них пневмония протекала с выраженным бронхообструктивным синдромом. Цереброваскулярная патология в виде перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения зафиксирована у трех пациентов. Особого внимания заслуживает группа пациентов с иммуносупрессивными состояниями: четверо пациентов (10%) имели активные онкологические заболевания (рак предстательной железы, яичников, легкого) либо находились на химиотерапии, двое страдали хроническими инфекциями – ВИЧ и вирусным гепатитом С. Хроническая болезнь почек различного генеза, включая состояние после нефроэктомии и кистозные поражения, диагностирована у четырех пациентов. Столь высокая распространенность и разнообразие коморбидной патологии не могли не сказаться на клинической картине пневмонии у пациентов с отягощенным фоном существенно отличалась от классических представлений. Жалобы на кашель предъявляли 95% пациентов, однако его характер варьировал в зависимости от фоновой патологии. У пациентов с хроническими обструктивными заболеваниями легких кашель носил преимущественно малопродуктивный или непродуктивный характер с трудноотделяемой мокротой. У лиц с сопутствующей сердечной недостаточностью кашель неразрывно сочетался с одышкой при минимальной физической нагрузке, что создавало диагностические трудности в разграничении инфекционного процесса и кардиогенного застоя. Аускультативная картина также претерпевала значительные изменения под влиянием коморбидности. У пациентов с бронхообструктивным синдромом на первый план выступали сухие свистящие хрипы, распространявшиеся на все легочные поля, что нередко маскировало локальные влажные хрипы – патогномоничный признак пневмонии. И напротив, у пациентов с выраженным кардиосклерозом и хронической сердечной недостаточностью на фоне ослабленного везикулярного дыхания выслушивались влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах, которые могли быть обусловлены как собственно пневмонической инфильтрацией, так и интерстициальным отеком легких. Шум трения плевры, свидетельствующий о вовлечении плевры в воспалительный процесс, был зафиксирован у пяти пациентов. Примечательно, что все эти пациенты имели либо тяжелые метаболические нарушения на фоне сахарного диабета, либо системные заболевания, включая онкологическую патологию и системную красную волчанку. Данное наблюдение позволяет предположить, что коморбидный фон способствует развитию парапневмонических осложнений за счет нарушения местных и системных иммунных механизмов. Уровень сатурации кислорода четко коррелировал с тяжестью состояния и объемом коморбидной патологии. Наиболее низкие показатели – в диапазоне 92–95% – зафиксированы у пациентов с сочетанием кардиальной патологии и сахарного диабета, особенно при наличии ожирения, а также у лиц с распространенным двусторонним поражением легких на фоне хронической обструктивной болезни легких и постинсультных изменений. У онкологических пациентов, несмотря на тяжесть фонового состояния, сатурация оставалась в пределах 95–97%, что, вероятно, объясняется меньшим объемом поражения легочной ткани на момент госпитализации либо сохранностью компенсаторных механизмов. Для сравнения: пациенты без сопутствующей патологии демонстрировали нормальные показатели сатурации (98%) даже на фоне фебрильной лихорадки, что подчеркивает сохранность резервов оксигенации у данной категории. Не менее показательной в контексте оценки реактивности организма оказалась и температурная реакция. Вы-

раженная фебрильная лихорадка с подъемом температуры до 39–40 градусов наблюдалась преимущественно у пациентов молодого и среднего возраста, не имевших тяжелой коморбидной патологии. В то же время у пожилых пациентов с полиморбидностью температурная реакция была стертой: у многих регистрировался субфебрилитет или даже нормальная температура тела при развернутой клинической симптоматике. Закономерным следствием описанных особенностей клинической картины, а именно стертости симптомов и запоздалого обращения, стали и сроки госпитализации, которые выступили интегральным показателем тяжести заболевания. Анализ продолжительности госпитализации выявил четкую тенденцию к ее увеличению по мере нарастания коморбидной отягощенности. Пациенты с одним – двумя сопутствующими заболеваниями выписывались в среднем на 8–10-й день. При наличии кардиальной патологии сроки госпитализации увеличивались в среднем до 12 дней. Пациенты с полиморбидностью, включавшей четыре и более заболеваний, находились в стационаре в среднем 15–18 дней. Максимальные сроки, достигавшие 41 дня, наблюдались у пациентов с тяжелыми хроническими инфекциями, в частности с вирусным гепатитом С, что позволяет говорить о прямом влиянии данной патологии на продолжительность реконвалесценции.

Выводы

На основании анализа клинического течения внегоспитальной пневмонии у 40 пациентов в возрасте от 31 до 92 лет можно сделать следующие выводы:

1. Влияние на клиническую симптоматику. Коморбидная патология существенно видоизменяет классическую картину пневмонии. Хроническая сердечная недостаточность и ХОБЛ маскируют аускультативные признаки инфильтрации, создавая диагностические трудности. Наличие иммуносупрессивных состояний (онкология, ВИЧ, гепатит С) предрасполагает к развитию парапневмонических осложнений (шум трения плевры).

2. Объективные маркеры тяжести. Уровень сатурации кислорода коррелирует с объемом коморбидности: наиболее низкие показатели (92–95%) зафиксированы у пациентов с сочетанием сердечно-сосудистой патологии, диабета и ожирения. Температурная реакция у пожилых полиморбидных пациентов часто носит стертый характер, что требует особой настороженности.

3. Прогностическое значение. Сроки госпитализации являются интегральным показателем тяжести течения пневмонии. Увеличение продолжительности стационарного лечения напрямую зависит от нарастания коморбидной отягощенности: максимальные сроки (до 41 дня) отмечены у пациентов с тяжелыми хроническими инфекциями.

Таким образом, учет коморбидного статуса является обязательным условием для своевременной диагностики, адекватной оценки тяжести и прогнозирования исходов внегоспитальной пневмонии у лиц пожилого возраста.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Chest CT Findings in Coronavirus Disease-19 (COVID-19) : Relationship to Duration of Infection / A. Bernheim [et al.]. // Radiology. – 2020. – Vol. 295, № 3. – P. 685–691.

2. Сергеева, Е. В. Внебольничная пневмония у детей. Современные особенности / Е. В. Сергеева, С. И. Петрова // Педиатр. – 2016. – № 7. – С. 5–10.