

КЛИНИКА

Диагноз пневмонии является клинико-рентгенологическим. В типичных случаях заболевание характеризуется совокупностью субъективных, объективных, лабораторных и инструментальных признаков, имеющих различное доказательное значение. Самыми характерными жалобами являются кашель, отхождение мокроты, боли в грудной клетке, одышка и лихорадка. Ни один из симптомов, взятый по отдельности или в каком-либо сочетании, не позволяет диагностировать пневмонию. Из объективных симптомов на это заболевание определенно указывают только усиление голосового дрожания на стороне поражения и крепитация. Ценность других признаков (укорочение перкуторного тона, бронхиальное дыхание, влажные хрипы и т.д.) ограничивается тем, что они либо не являются патогномичными для пневмонии, либо встречаются достаточно редко. Типичные лабораторные изменения (лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличенная СОЭ) указывают на наличие воспаления в организме больного, но не дают возможности диагностировать его локализацию. Рентгенологическое исследование позволяет верифицировать диагноз.

Внебольничная пневмония чаще возникает остро, развернутая клиническая картина заболевания обычно видна спустя 2–5 сут. от появления первых симптомов. Сравнительная характеристика клинических особенностей ВП, вызванных типичными и атипичными патогенами, представлена в табл. 5.

Ознобы и чувство дрожи чаще отмечаются у больных молодого и зрелого возраста, нежели у лиц старшей возрастной группы. Кроме того, они более характерны для ВП пневмококковой этиологии и реже отмечаются при заболеваниях, вызванных атипичными патогенами.

Возникновение одышки объясняется несколькими причинами. Во-первых, она может быть обусловлена гипоксемией, вызванной шунтированием крови и/или рассогласованием перфузии и вентиляции. Во-вторых, к одышке может привести стимуляция рецепторов, реагирующих на растяжение и расположенных в участках легких со сниженной податливостью, — самостоятельно, либо в сочетании с ограничением подвижности легких вследствие плевральных болей.

Кашель — один из наиболее частых симптомов ВП, который несколько реже регистрируется у лиц старшей возрастной группы. Обычно, хотя далеко не всегда, он сопровождается отхождением мокроты. Продуктивный кашель чаще отмечается при пневмококковых (69 %) и микоплазменных (73 %), чем при легионеллезных пневмониях (41 %) [36].

Таблица 5. Сравнение клинических особенностей ВП, вызванных классическими и атипичными возбудителями [35, с изменениями]

Клинические особенности	ВП, вызванные классическими патогенами	ВП, вызванные атипичными возбудителями
Длительность симптомов до наступления развернутой клиники заболевания, дни	2–5	5–13
Ознобы, %	16–58	4–94
Чувство дрожи, %	31–62	14–40
Одышка, %	54–83	33–65
Кашель, %	62–100	50–100
Выделение мокроты, %	30–82	40–75
Мокрота ржавого цвета, %	7–17	10–20
Плевральные боли, %	18–72	4–48
Диарея, %	4–23	11–29
Лихорадка, %	71–84	35–100
Спутанность сознания, %	0–44	0–50
Крепитация, %	63–73	27–86
Уплотнение легочной ткани (консолидация), %	15–37	22–33
Гипотензия, %	11–18	13–18

Выделение гнойной мокроты у больных без сопутствующих заболеваний обычно указывает на наличие в ней отшелушившихся клеток трахеобронхиального эпителия и воспалительных клеток. Позитивная предсказательная ценность выделения гнойной мокроты (то есть указывающая на вероятность пневмонии) невысока и составляет порядка 10 % [37]. Больные с долевыми ВП пневмококковой этиологии нередко откашливают вязкую мокроту ржавого цвета. Тем не менее ржавая мокрота обнаруживалась и у больных с ВП другой этиологии, а также у пациентов с ВП, принимавших антикоагулянты [35].

Боли в грудной клетке при дыхании (плевральные боли) обусловлены раздражением нервных окончаний в париетальной плевре. Чаще всего жалобы на боли при дыхании предъявляют больные с пневмококковыми ВП; с возрастом этот признак встречается реже.

Хотя симптомы поражения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (отсутствие аппетита, тошнота, рвота, боли в животе, диарея) чаще регистрируются при ВП, вызванной атипичными патогенами, статисти-

ческих различий с частотой их обнаружения при пневмококковых ВП выявлено не было [35, 36].

Типичным признаком ВП является лихорадка. Ее отсутствие затрудняет раннюю диагностику заболевания. Тем не менее описаны случаи ВП с бактериемией, протекавшие без лихорадки [38]. Лихорадка может отсутствовать у пожилых людей (ее эквивалентом в таких случаях нередко оказывается одышка).

Спутанность сознания не является патогенспецифичным симптомом, хотя с наибольшей частотой регистрируется у больных с ВП, вызванными легионеллами (22–27 %) [36].

Некоторые подсказки о возможной этиологии заболевания можно получить при тщательном анализе сведений о пациенте и анамнестических указаний (табл. 6).

В отличие от термина «атипичные бактерии» термин «атипичные пневмонии» в последние годы практически вышел из употребления. В свое время его появлению способствовали три обстоятельства. Первым из них было недостаточно четко очерченное клиническое наблюдение, что у ряда больных заболевание протекало более легко по сравнению с типичными долевыми пневмококковыми поражениями легких. Второе — невозможность выделить возбудителя заболевания с помощью традиционного бактериологического исследования мокроты. И третье — отсутствие какого-либо эффекта от назначения пенициллина и сульфаниламидов. В последующем было установлено, что полусинтетические пенициллины, цефалоспорины и аминогликозиды также не оказывают лечебного эффекта в подобных случаях.

Таблица 6. Клинические особенности ВП, ассоциирующиеся со специфическими возбудителями заболевания [39, с изменениями]

Характеристики	Возможные возбудители
Возраст \geq 65 лет	<i>Streptococcus pneumoniae</i>
Факторы окружающей среды	
Пребывание в домах длительного ухода	<i>S. pneumoniae</i> , грамотрицательные бактерии, <i>Staphylococcus aureus</i> , анаэробы
Ингаляция или употребление внутрь загрязненной воды (пребывание в гостинице (душ, сауна), в помещениях с системами кондиционирования воздуха, в местах распыления аэрозолей и др.)	<i>Legionella pneumophila</i>
Вспышки пневмонии в убежищах для бездомных или в тюрьмах	<i>S. pneumoniae</i> , <i>Mycobacterium tuberculosis</i>

Продолжение табл. 6

Вспышки пневмонии в лагерях	<i>S.pneumoniae</i> , <i>Chlamydophila pneumoniae</i> , <i>Mycoplasma pneumoniae</i>
Семейные вспышки	<i>M.pneumoniae</i>
Контакты с животными	
Домашняя птица (куры, утки) и попугаи	<i>Chlamydia psittaci</i>
Пещеры с летучими мышами, земляные работы в эндемичных областях	<i>Histoplasma capsulatum</i>
Кролики, кошки, грызуны	<i>Francisella tularensis</i>
Путешествия	
Средиземноморские страны	<i>L.pneumophila</i>
Юго-Восточная Азия	<i>Pseudomonas pseudomallei</i> (melioidоз), <i>M.tuberculosis</i>
Эндемичные области (юго-запад США)	<i>Coccidioides immitis</i>
Сопутствующие заболевания	
Сахарный диабет	<i>S.pneumoniae</i> , <i>S.aureus</i>
Алкоголизм	<i>S.pneumoniae</i> , <i>S.aureus</i> , грамотрицательные бактерии, анаэробы
Наркомания (с внутривенным введением наркотиков)	<i>S.aureus</i> , анаэробы, <i>M.tuberculosis</i>
Хроническое обструктивное заболевание легких	<i>S.pneumoniae</i> , <i>Haemophilus influenzae</i> , <i>Moraxella catarrhalis</i> , <i>Pseudomonas aeruginosa</i>
Серповидно-клеточная анемия	<i>S.pneumoniae</i> , анаэробы
Перенесенный грипп	<i>S.pneumoniae</i> , <i>S.aureus</i>
Объективные данные	
Заболевания периодонта и/или мокрота со зловонным запахом	Анаэробные и аэробные бактерии, <i>Actinomyces</i> spp.
Буллезный мирингит (воспаление барабанной перепонки)	<i>M.pneumoniae</i>
Синусит	<i>S.pneumoniae</i> , <i>H.influenzae</i> , <i>S.aureus</i> , <i>C.pneumoniae</i>
Отсутствие рвотного рефлекса, нарушение сознания или недавние судороги (микро- или макроаспирация)	Полимикробная флора (аэробные и/или анаэробные бактерии полости рта)
Энцефалит	<i>M.pneumoniae</i> , <i>L.pneumophila</i>
Мозжечковая атаксия	<i>M.pneumoniae</i> , <i>L.pneumophila</i>
Макулопапулезная и везикулезная сыпь с зудом	Вирус ветряной оспы
Многоформная эритема	<i>M.pneumoniae</i>
Узловатая эритема	<i>C.pneumoniae</i> , <i>M.tuberculosis</i>
Гангренозная эритема	<i>P.aeruginosa</i> , <i>Serratia marcescens</i>
Артрит	<i>S.pneumoniae</i> , <i>S.aureus</i> , <i>M.pneumoniae</i>

С течением времени этиология атипичных пневмоний была расшифрована. В ходе клинических исследований были выделены признаки, характерные для заболеваний различной этиологии (табл. 7). К сожалению, ни взятые по отдельности, ни в различных сочетаниях они не позволяют уверенно диагностировать атипичную пневмонию при первом обращении больного за медицинской помощью. Поскольку методы быстрой идентификации атипичных патогенов отсутствуют (единственное исключение — определение антигена легионеллы в моче; в настоящее время этот тест недоступен большинству лечебно-профилактических учреждений Украины), дальнейшее использование термина «атипичные пневмонии» не представляется разумным.

Таблица 7. Клинические особенности пневмоний, вызванных атипичными патогенами

Характеристики	Микоплазменная пневмония	Легионеллезная пневмония	Хламидофильная пневмония
Угрожаемый контингент	<ul style="list-style-type: none"> — Лица детского, юношеского и молодого возраста; — эпидемические вспышки в тесно взаимодействующих коллективах (школьники, военнослужащие и т.д.) 	<ul style="list-style-type: none"> — Лица, занятые на земляных работах и в строительстве; — проживание вблизи открытых водоемов; — заграничные поездки, особенно в страны с жарким климатом; — пребывание в помещениях, снабженных кондиционерами, увлажнителями воздуха (особенно в крупных гостиницах) 	<ul style="list-style-type: none"> — Семейные или групповые вспышки острых лихорадочных заболеваний
Симптоматика	<ul style="list-style-type: none"> — Начало с фарингита, трахеобронхита; — диссоциация жалоб: проливные поты и сильная слабость при невысокой лихорадке; — отсутствие мокроты на ранних стадиях заболевания 	<ul style="list-style-type: none"> — В первые часы и дни заболевания — желудочно-кишечные проявления (тошнота, рвота, боли и вздутие в животе, легкая диарея); — сильная головная боль; — боли в мышцах шеи, спины, конечностей; — спутанность сознания; — фебрильная лихорадка; — расстройство координации движений и другие признаки поражения центральной нервной системы 	<ul style="list-style-type: none"> — Острое начало; — лихорадка и интоксикация в отсутствие признаков поражения верхних дыхательных путей; — отсутствие мокроты на ранних стадиях заболевания

Продолжение табл. 7

Объективные данные	<ul style="list-style-type: none"> — Стойкая тахикардия; — тенденция к артериальной гипотензии; — мелкопузырчатые влажные хрипы и незвучная крепитация над зоной поражения легких в отсутствие притупления перкуторного звука и усиления голосового дрожания (бронхофонии); — кожная сыпь (до 25 % больных); чаще других высыпаний обнаруживают многоформную эритему и синдром Стивенса — Джонсона; — шейная, реже генерализованная лимфаденопатия; — гепатоспленомегалия 	<ul style="list-style-type: none"> — Относительная брадикардия; — длительно сохраняющаяся инспираторная крепитация; — влажные хрипы над зоной поражения легких; — шум трения плевры 	<ul style="list-style-type: none"> — «Скудность» стетоакустической картины над пораженными участками легочной ткани; — относительная брадикардия
Рентгенологическая картина	<ul style="list-style-type: none"> — Преимущественно мелкоочаговый характер инфильтрации в легких; — лимфаденопатия корней легких; — медленный (до 2 месяцев) регресс очагово-инфильтративных изменений в легких; — чрезвычайная редкость массивного очагово-сливного поражения легочной ткани и плеврального выпота 	<ul style="list-style-type: none"> — Слабо отграниченные закругленные очаги инфильтрации легочной ткани; — прогрессирование процесса в начальном периоде лечения с распространением на соседние доли легкого или на второе легкое; — длительное (до 6 мес.) разрешение рентгенологических изменений после клинического выздоровления 	<ul style="list-style-type: none"> — Мелкоочаговая, крупноочаговая или очагово-сливная инфильтрация легочной ткани; — нередко — реакция плевры
Лабораторные данные	<ul style="list-style-type: none"> — Нормальное число лейкоцитов в периферической крови, редко — небольшой лейкоцитоз; — иногда — признаки гемолиза: положительная проба Кумбса, умеренный ретикулоцитоз 	<ul style="list-style-type: none"> — Невысокий лейкоцитоз (до $10-15 \times 10^9/\text{л}$) в сочетании с абсолютной лимфопенией (менее $1 \times 10^9/\text{л}$); — нередко — увеличение СОЭ до 50–60 мм/ч; — нарушение функциональных проб печени — у каждого второго больного; — гипонатриемия (< 130 ммоль/л); — гипокальциемия ($< 1,9$ ммоль/л) 	<ul style="list-style-type: none"> — Нормальное число лейкоцитов в периферической крови — возможна лейкопения с выраженным палочко-ядерным сдвигом

Типичны жалобы на кашель, отхождение мокроты, боли в грудной клетке, одышку и лихорадку. Из объективных симптомов на ВП определено указывают усиление голосового дрожания на стороне поражения и крепитация. Рентгенологическое исследование позволяет верифицировать диагноз.

Этиологический диагноз верифицируется с помощью микробиологических исследований. Предсказать этиологию заболевания по результатам клинико-лабораторного и инструментального исследования, как правило, невозможно.