

ПНЕВМОНИЯ В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Кузнецова Н.Б.¹, Байда А.В.¹, Полянская А.В.²

¹*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Республика Беларусь*

²*ГУО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Одной из особенностей пожилого пациента является полиморбидность, т.е. наличие двух и более заболеваний, которые имеют свои специфические проявления, особенности течения, осложнения, различный прогноз, влияющий на качество жизни. Также важной клинической проблемой являются трудности диагностики у пожилых.

Часто такие острые заболевания как пневмония, и другие инфекционные заболевания протекают под разными масками, с различными проявлениями и неспецифическими симптомами.

Для всех возрастных групп характерны такие заболевания, как артериальная гипертония, желудочно-кишечные заболевания, пневмонии, болезни опорно-двигательного аппарата. Высокая частота инфекционной патологии у лиц старших возрастных групп, наряду с тяжелым прогнозом, оправдывает широкое назначение антибактериальных препаратов, вызывающих тяжелые побочные явления. Однако, в силу различных объективных причин, есть значительная группа пациентов, « не отвечающих» на проводимую антибактериальную терапию, и что напрямую связано с тяжелым прогнозом и исходом пневмонии. Увеличиваются сроки госпитализации, диагностического обследования пациентов, смены проводимой антимикробной терапии.

Внебольничная пневмония является одной из наиболее частых инфекций у пожилых пациентов и остается ведущей причиной смерти лиц пожилого и старческого возраста, отвечая за каждый третий летальный исход в этой возрастной группе. Число случаев заболеваемости пневмонией у пожилых в 5 – 10 раз выше, чем у более молодых пациентов. И на сегодняшний момент проблема пневмонии у пожилых людей действительно является актуальной, особенно если это «трудноразрешаемая» пневмония, т.е. не отвечающая на лечение.

Наиболее частые клинические симптомы: повышение температуры тела, кашель, мокрота, ознобы встречаются у пожилых нечасто. Острое начало бывает примерно у 50% пациентов, постепенное, чаще всего протекает на фоне сопутствующей патологии: хронической бронхолегочной патологии либо хронической сердечной недостаточности, сахарного диабета, онкологии. Одной из особенностей заболеваний нижних дыхательных путей является полное отсутствие лихорадки, кашля, одышки в силу малоподвижности пожилых, но присутствуют когнитивные нарушения, сосудистые заболевания головного мозга, спутанность сознания, обмороки, нарушение ритма сердца, астенизация.

Сложность постановки верифицированного этиологического диагноза инфекций нижних дыхательных путей связана с недостаточной информативностью и продолжительностью микробиологических исследований, трудностью идентификации внутриклеточных возбудителей, в 2/3 случаев смешанной микрофлорой приемом антибактериальных препаратов, предшествующему данному заболеванию. Трудности диагностики внебольничной пневмонии у пожилых и старых людей, большей частью связаны с сопутствующей патологией, создающей различные клинические маски, которые маскируют и искажают клинику

пневмонии. Клинической маской пневмонии у пожилых может быть обострение или ухудшение течения любого фонового заболевания.

К факторам, затрудняющим постановку диагноза и создающим фон, на котором течет пневмония, прежде всего относят нарастание дыхательной недостаточности при хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), ишемическую болезнь сердца (ИБС), нарастание хронической сердечной недостаточности (ХСН), заболевания печени, почек, злокачественные новообразования, декомпенсация сахарного диабета (СД). Особенно трудна диагностика при сочетании внебольничной пневмонии и ХСН. Эти фоновые заболевания могут предрасполагать и утяжелять течение этих заболеваний. К развитию пневмоний также предрасполагают острые нарушения мозгового кровообращения, необъяснимые падения у пожилых, когнитивные расстройства, сенильная деменция, аспирация желудочного содержимого за счет нарушения глотания и угнетение кашлевого рефлекса, гастроэзофагальная рефлюксная болезнь. Нередко больные получают длительную терапию глюкокортикоидами, цитостатиками, антибиотиками по поводу других соматических тяжелых заболеваний, а также прием седативных, миорелаксантов, наркоз, эндотрахеальная интубация могут являться предрасполагающими факторами.

Риск аспирационной пневмонии у лиц старше 75 лет в 6 раз выше, чем у лиц моложе 60 лет. Частые госпитализации пожилых повышают риск микробной колонизации нижних дыхательных путей. Дополнительными факторами инфицирования нижних дыхательных путей является аспирация из полости рта измененного видового состава микробной флоры при заболеваниях пародонта, кариозных зубах. У этих пациентов начинают преобладать аэробные грамотрицательные энтеробактерии, золотистый стафилококк. В постановке диагноза пневмонии помогает рентгенологическое обследование. Однако здесь имеются также трудности в диагностике из-за обезвоживания пациентов, возрастных изменений грудной клетки и легких, так называемое «сенильное легкое».

Снижение физической активности у пожилых, вследствие заболеваний опорно-двигательного аппарата, нарушения зрения, тяжелой сердечной недостаточности и других отягощающих заболеваний, предрасполагают к нарушению легочной вентиляции и развитию гипостатической пневмонии.

Также к факторам риска развития пневмоний располагают морфофункциональные инволютивные изменения бронхолегочной системы: с возрастом снижается объем и сила сокращения дыхательной мускулатуры, снижается эластичность легочной ткани, кальцифицируются

ребра и позвоночник, что существенно влияет на функцию внешнего дыхания.

В клиническом плане течение пневмонии у пожилых пациентов и пациентов престарелого возраста имеют свои особенности. Определяют три признака, ассоциированных с тяжелым течением пневмонии. Это декомпенсация сопутствующей патологии, частота дыхания до 25 в 1 мин. и выше, высокий уровень С-реактивного протеина, прокальцитонина. Часто пневмония принимает затяжное, волнообразное течение. Ухудшение состояния больных внебольничной пневмонией после 72 часов лечения связывают с присоединением нозокомиальной инфекции, либо присоединением или обострением сопутствующих заболеваний, генетической предрасположенностью к воспалительному ответу при пневмонии, «персистирующую» пневмонию не отвечающую на антибиотикотерапию.

Причинами неэффективности терапии могут быть инфекционные причины, лекарственноустойчивые штаммы возбудителей, нозокомиальная суперинфекция. Также затрудняет постановку диагноза при рентгенологическом обследовании обезвоживание пациента, ранний период заболевания, фоновые изменения легочной ткани от сопутствующей патологии. И если пневмония не достигла рентгенологического выздоровления в течение определенного времени (с учетом клиники, сопутствующей патологии) говорят о неразрешающейся или затяжной пневмонии. Устанавливая факторы риска неэффективности лечения ВП пересматривают тактику антибиотикотерапии, что является независимым фактором, не соответствующим клиническим рекомендациям. Необходимо также учитывать низкую комплаентность пациентов, находящихся на амбулаторном лечении.

Диагноз внебольничной пневмонии является определенным при наличии рентгенологически подтвержденной очаговой инфильтрации в легких, и не менее двух клинических признаков из вышеперечисленных.

Поэтому важным моментом является решение важного вопроса, где лечить пациента, с учетом состояния и прогноза заболевания. В плане выбора места лечения является стационарное лечение для лиц старше 60 лет, наличие сопутствующих заболеваний, по социальным показаниям, желанием родственников и самого больного.

Таким образом, подозрение на пневмонию у пожилых должно возникать не только при наличии типичных симптомов пневмонии, но и при прогрессировании сопутствующей фоновой патологии. При медленно разрешающейся либо неразрешающейся ВП необходимо проводить поиск альтернативного заболевания, что порой имеет решающее значение.