

## **ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА КАК ОБЩЕВРАЧЕБНАЯ ПРОБЛЕМА**

**Макаревич А.Э.**

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»*

*Минск, Беларусь*

*makae.bsmtu@gmail.com*

*Внебольничная пневмония (ВБП) у пожилых является важной проблемой для курирующих их врачей разного профиля. Ее развитию способствуют: возрастные изменения в иммунной системе, наличие хронической патологии, резко сниженный питательный статус, курение и злоупотребление алкоголем. В ходе обследования этих пациентов часто выявляют не типичные: симптоматику ВБП, изменения рентгенологических и лабораторных данных. Все это затрудняет своевременную постановку правильного диагноза и повышает в последующем летальность.*

**Ключевые слова:** *внебольничная пневмония, полиморбидность, факторы риска, пожилой возраст.*

## **COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS AS A GENERAL MEDICAL PROBLEM**

**Makarevich A.E.,**

*Belorussian State Medical University*

*Minsk, Belarus*

*Community-acquired pneumonia (CAP) in the elderly patients is an important clinical problem for various physicians who supervise them. The following factors are predisposed to CAP development: age-related changes in the immune system, a presence of chronic pathology, reduced nutritional status, smoking and alcohol abuse. Often, not typical symptoms, changes in radiological and laboratory data of CAP are detected. All it complicates the timely establishment of a correct CAP diagnosis and subsequently increases mortality.*

**Key words:** *community-acquired pneumonia, polymorbidity, risk factors, advanced age.*

С увеличением продолжительности жизни проблема ВБП приобрела важное медико-социальное значение. Так, госпитализация пожилого с ВБП обычно связана с высокими затратами вследствие: развития осложнений, декомпенсации сопутствующей патологии, необходимости консультаций смежных специалистов и интенсивной терапии (1). Учитывая постарение населения, врачи разного профиля должны иметь необходимые знания по особенностям ее ведения у этого контингента пациентов (2-4) Так, нетипичная клиника ВБП может вызывать затруднения в ее диагностики у 25% дееспособных пациентов и в 2 раза выше - у недееспособных больных.

К факторам, влияющим на заболеваемость ВБП, относят (3-4): возраст (у пациентов >65 лет ее частота >25/1000); место проживания - свой дом, длительное пребывание в стационаре или в доме престарелых (пребывание в нем в 4 раза повышает риск развития ВБП; причем она чаще возникает у лежащих или плохо передвигающихся лиц); полиморбидность (особенно

наличие хронических болезней органов дыхания, повышающих риск развития ВБП в 3 раза), проводимое лечение, питательный и психический статус пациента. Смертность от ВБП у пожилых в 10 раз выше, чем в других возрастных группах. Частые причины летальности у лиц пожилого возраста, страдающих ВБП – наличие сопутствующих заболеваний: кардиальная и мозговая патология, онкологические болезни, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), грипп, сахарный диабет (СД), хроническая болезнь почек (ХБП) и алкогольная интоксикация.

Частые факторы риска (ФР) развития ВБП у пожилых:

– нарушения иммунного ответа. Особенно у пациентов, леченных глюкокортикоидами (ГК), НПВС или цитостатиками;

- длительный прием ряда лекарственных средств: снижающих иммунный ответ, а также  $\beta$ -адреномиметиков и теофиллина, - уменьшающих тонус нижнепищеводного сфинктера (благоприятствуя появлению немой аспирации). Хроническое лечение ГК способствует развитию остеопороза у пожилых, приводящего к переломам ребер (чаще) и шейки бедра. Боль, которая им сопутствует, может нарушать нормальную вентиляцию и затруднять отделение мокроты. Антациды, блокаторы протонной помпы и  $H_2$ -гистамина, - уменьшают кислотность желудочного сока (уже исходно пониженную у пожилых), - благоприятствуя колонизации верхних дыхательных путей  $Gp^{(-)}$  флорой. Этому же способствует частая терапия антибиотиками широкого спектра действия;

- наличие выраженной системной патологии способной модифицировать течение ВБП и влиять на проводимое лечение: лимфомы, лейкоз, онкологические болезни, тяжелые бронхиальная астма или ХОБЛ, СД, ХБП, кардиологические болезни, инфекция мочевых путей (источник системной инфекции), патология ЦНС, нарушение глотания (вследствие ЛОР или неврологической патологии) и алиментарное истощение.

– гиподинамия (особенно длительный постельный режим в послеоперационном периоде) создает локальные условия для появления госпитальной пневмонии в стационаре; длительная госпитализация;

– плохая гигиена полости рта, наличие зубных протезов, патология зубов (не леченый кариес, пародонтоз) и их потеря, нарушение чувствительности ротоглотки и орофарингеальной координации, - благоприятствуют дисфагии и колонизации болезнетворными микробами полости рта;

– плохое питание (и связанные с этим - гипоальбуминемия, гиповитаминоз и обезвоживание), курение и злоупотребление алкоголем.

У пожилых лиц выявляется высокое число вирусных респираторных инфекций, в том числе и COVID-19. Обычная микрофлора, вызывающая нетяжелую ВБП у пожилых – пневмококк и гемофильная палочка (среди пребывающих в домах престарелых дополнительно и  $Gp^{(-)}$  бактерии), а внутрибольничную пневмонию - кишечная и сине-гнойная палочки, золотистый стафилококк, ацинетобактер и энтеробактер (5). Аспирационная пневмония в амбулаторных условиях (в результате нарушения механизмов глотания и защиты бронхов) обычно вызвана бактериями, живущими в полости рта у пожилых пациентов, длительно страдающих кариесом и пародонтозом.

Пожилой возраст может негативно влиять на: качественный сбор жалоб и данных анамнеза, объективное обследование пациента и на результаты дополнительных исследований (6). Ухудшение общего состояния, заметное снижение физической активности, внезапная утрата навыков самообслуживания и необъяснимые падения – нередко предшествуют развитию ВБП. Ее клиническое течение у пожилых - разное (часто нет классических проявлений), хотя и имеет свои некоторые клинические малоспецифичные особенности. Это - нередкое отсутствие острого начала и болевого синдрома, скудость симптоматики (могут доминировать недомогание, слабость, отсутствие аппетита, сухой язык), слабо выраженные лихорадка и изменения лейкоцитарной формулы, внезапное появление или прогрессирование дыхательной или сердечной недостаточности или обострение сопутствующих болезней, проявления которых могут доминировать в клинической картине. Иногда ВБП протекает атипично и, например, может проявляться симптомами со стороны ЦНС (заторможенность, нарушение сознания, изменения психики и т. д.).

В целом частота симптомов (нередко комбинирующихся) у пожилых, страдающих ВБП - следующая: со стороны системы дыхания – кашель (84%), одышка (66%), плевральная боль (30%); общие неспецифические симптомы - усталость (84%), отсутствие аппетита (64%), лихорадка (53%), дрожь (50%), повышенная потливость (45%), головные (36%) и мышечные боли (25%); нетипичные проявления: психические нарушения, ухудшение психосоматических способностей и сопутствующих хронических заболеваний.

К клиническим особенностям ВБП у пожилых (особенно обезвоженных) следует отнести нередкое отсутствие (или скудость) локальных физикальных и рентгенологических признаков воспаления легочной ткани. ВБП обычно протекает у них на фоне сопутствующих заболеваний (нередко в фазе декомпенсации) и имеет «смазанную» клиническую картину, затрудняющую ее верифицирование и требующую тщательного наблюдения и контроля за пациентом, в том числе и со стороны близких (что иногда невозможно).

Частые диагностические ошибки у пожилых пациентов с ВБП во многом обусловлены наличием у них полиморбидности, которая часто обуславливает нетипичное течение болезни, повышая вероятность осложнений и летальных исходов. На фоне течения ВБП у этого контингента больных часто возникают обострения и декомпенсация имеющихся заболеваний. Так, декомпенсация дисциркуляторной энцефалопатии, заторможенность и дезориентация (из-за тяжелой интоксикации и гипоксемии) могут быть у них первым проявлением ВБП, а иногда привести к ошибочной и трагической диагностике инсульта. В плане дифференциальной диагностики следует учитывать, что ВБП, плохо поддающаяся лечению может, оказаться ТВС легких, маской онкологической или иммунной патологии.

Объективный осмотр пожилого затруднен из-за недостаточной кооперации с ним, наличия других заболеваний или общего тяжелого состояния. При обследовании таких пациентов обычно выявляется выраженное тахипное, тогда как влажные хрипы могут быть обусловлены другой патологией (ХОБЛ) или формироваться после ранее перенесенных заболеваний

легких. Золотой стандарт диагностики ВБП – рентгенография грудной клетки. У пожилого рентгенологического изменения в легких могут появиться с опозданием, а их регрессия также замедленна (по сравнению с симптоматикой). Нередко свежие изменения в легких накладываются на старые, что затрудняет диагностику ВБП. В 25% случаев отмечалась гиподиагностика ВБП (особенно на фоне задержки жидкости как при выраженной ХСН) и большая частота ее деструктивных форм, чем у молодых пациентов. В неясных случаях (когда нет изменений на рентгенограмме легких, но есть подозрение на ВБП) - следует делать КТ легких.

Идентификация этиологического микроба может быть затруднена вследствие сложности с правильным забором мокроты у пожилых, бактериальной колонизацией их полости рта и верхних дыхательных путей. Предположительно судить о возможной этиологии ВБП можно на основе рентгенологических данных. Так, долевая и очаговая инфильтрация характерны для бактериальной ВБП, тогда как сетчатые (интерстициальные) изменения – для вирусной пневмонии или вызванной атипичными микробами. Выраженный рост острофазовых тестов может и не отмечаться у больных этого контингента, а отклонения в биохимических показателях крови могут возникать из-за наложения воспалительного процесса на исходно имеющиеся изменения. Появление лейкоцитоза или лейкопении, анемии, гипоксемии, коагулопатии или рост креатинина, - могут быть маркерами осложнений, связанных с ВБП.

Менеджмент ВБП у пожилых имеет целый ряд особенностей: медико-социальных, экономических и деонтологических. Так, при лечении этих пациентов в домашних условиях необходим тщательный врачебный контроль и активная помощь проживающих вместе родственников (что не всегда возможно). ВБП может способствовать обострению имеющихся заболеваний, которые и сами по себе могут обусловить необходимость стационарного лечения.

### **Список литературы**

1. Юхимец В. и др. Негоспитальная пневмония к у больных пожилого и старческого возраста// *Терапевт.* 2005; 9: 47-51.
2. Rubinsztajn R. Zapalenia płuc w wieku podeszłym// *Terapia.* 2009; 10: 28-33.
3. Prokopowicz D. et al. Kliniczno-społeczne aspekty zakażeń wieku podeszłego// *Med Dydł.* 2007, 16: 96-101.
4. Димов Ф. и др. Пневмония как общеврачебная проблема // *Тер. архив.* 2008, 8: 89-91.
5. Waczuik. L. Urazy u osób w wieku starszym // *Post. Nauk Med.* 2008;12: 793-796.
6. Шепеленко А. Клинико-диагностическая картина внебольничной пневмонии // *Врач.* 2006; 4: 43-46.