Содержание

Введение

. Особенности течения пневмонии у лиц пожилого и старческого возраста

. Методы лечения пневмонии у лиц пожилого и старческого возраста

Заключение

Список использованной литературы

Введение

Пневмония продолжает оставаться одной из важнейших патологий в клинике внутренних болезней, а качество диагностики данного заболевания и эффективность лечения больного пневмонией без преувеличения является мерилом врачебного рейтинга. В классических случаях течения заболевания диагностика пневмонии не представляет особых трудностей, а назначение адекватной антибактериальной терапии (АТ) способствует разрешению пневмонии у большинства пациентов через 3-4 недели.

Вместе с тем в клинической практике нередки ситуации, при которых встречаются трудности диагностики заболевания, пневмония принимает тяжёлое и затяжное течение, по разным причинам не достигается ожидаемый эффект от первоначального, а порой и последующего антибиотика, возникают трудности выбора препарата. Вышеуказанные ситуации представляются нестандартными, а подобные пациенты могут быть условно отнесены к категории «сложных» больных», к которым относятся и больные пожилого и старческого возраста. Условность такого понятия очевидна, поскольку в каждом пациенте, в том числе и пневмонией, заложены особенности течения заболевания и ответа на лечение. А если учесть, что эффективность диагностики и лечения пневмонии это результат взаимодействия нескольких, по крайней мере, четырёх «составляющих» (пациент, микроорганизм, врач, антибиотик), то термин «сложный» больной приобретает более реальные очертания. В дидактических целях целесообразно и оправдано выделить наиболее часто встречающиеся сложные ситуации среди больных пневмонией. Это поможет обращать более пристальное внимание в процессе диагностического поиска и построении программы ведения данной категории пациентов.

Уровень летальности от пневмонии у пациентов старше 60 лет достигает 40%. Несмотря на активное внедрение отечественных и зарубежных рекомендаций по ведению пациентов с пневмонией, Американского торакального общества, их использование предусматривает проведение комплексного обследования больного, включающего, в том числе и дорогостоящие методы, например, компьютерную томографию легких, что делает их не всегда доступными в лечебных учреждениях нашей страны. В этом контексте особый интерес представляет рентгенодиагностика пневмоний и их сопоставление с клинико-лабораторной картиной пневмонии у больных старше 60 лет.

1. Особенности течения пневмонии у лиц пожилого и старческого возраста

Первым, кто наиболее полно описал своеобразие клинического течения пневмонии у пожилых, был Уильям Ослер. Именно ему принадлежит не лишенная сарказма характеристика пневмонии как «друга стариков». Проблемы диагностики, лечения и профилактики пневмонии у пожилых и сейчас не утратили своей актуальности, поскольку в этой возрастной группе заболевание нередко протекает более тяжело, чем у лиц молодого и среднего возраста, чаще требует госпитализации, сопровождается большей продолжительностью пребывания пациента в стационаре и, наконец, характеризуется высокой летальностью. С учетом условий, в которых произошло инфицирование легочной ткани, у пожилых принято выделять:

внебольничную пневмонию (ВП);

пневмонию у лиц, находящихся в домах престарелых;

нозокомиальную пневмонию.

Ведение больных пневмонией пожилого и старческого возраста почти во всех случаях имеет свои особенности, в связи, с чем этих больных оправдано относить к категории сложных пациентов. Основные сложности ведения данной категории пациентов возникают уже на этапе диагностики (атипичное течение, внелёгочная симптоматика и др.) и сохраняются при лечении (выбор антибиотика, оценка эффективности, коррекция коморбидных состояний) (рис. 1). Основные проблемы лечения пневмонии у пожилых:

поздняя диагностика, осложнения;

повышенный риск лекарственного взаимодействия;

повышенный риск антибиотикорезистентности;

низкая комплаентность больных;

наклонность к затяжному течению.



Рис.1. Особенности течения пневмонии у лиц пожилого и старческого возраста.

Доказано, что при ведении пожилых больных пневмонией особенно важным считается максимально раннее начало антибактериальной терапии (АТ). Именно у данного возрастного контингента пациентов была выявлена зависимость между эффективностью лечения и сроками начала АТ. Так, установлено, что начало АТ в течение 8 часов от момента госпитализации и получение культуры для бактериологического анализа способствовало снижению летальности в течение 30 дней на 15% и 10% соответственно. Ещё более раннее начало АТ (в течение 4 часов от госпитализации) способствовало снижению госпитальной летальности, снижению летальности в течение 30 дней, а также сокращению сроков пребывания больных в стационаре.

У пациентов с хроническими заболеваниями органов кровообращения (ИБС) в пожилом возрасте развивается преимущественно очаговая пневмония. В более старшей возрастной группе чаще развивается крупноочаговая пневмония. У пациентов с хроническими заболеваниями органов дыхания (ХОБЛ) характерно развитие сегментарной, полисегментарной, а также двухсторонней полисегментарной пневмонии (при этом развитие сегментарной пневмонии характерно для пациентов пожилого возраста, в то время как для более старшей возрастной группы пациентов характерно полисегментарное поражение легочной ткани). У пациентов, как пожилого, так и старческого возраста, имеющих сочетание ХОБЛ и ИБС, наиболее характерным поражением легочной ткани является двухсторонняя очаговая, крупноочаговая пневмония, а также долевое поражение легочной ткани.

При сравнении частоты проявления симптомов эндогенной интоксикации обращает на себя внимание, что пневмония у людей старческой возрастной группы не имеет выраженного начала, и стертость клинических проявлений у этих больных приводит к тому, что пневмония остается нераспознанной на ранних сроках. Характер мокроты изменяется также в зависимости от сопутствующей патологии. У пациентов с сопутствующей ИБС преимущественно встречается выделение слизистой мокроты, в то время как при сопутствующей ХОБЛ в этой же группе преобладает слизисто-гнойная и гнойная мокрота. У пациентов при сопутствующей ИБС слизистый характер мокроты встречается в подавляющем числе случаев. При сопутствующей ХОБЛ встречается преимущественно гнойная мокрота. При сочетанной патологии ХОБЛ и ИБС чаще всего встречается слизисто-гнойная мокрота. Ранняя диагностика бронхообструктивного синдрома позволит вполне обоснованно приступать не только к этиотропной, но и к адекватной степени нарушений вентиляционной проводимости патогенетической терапии.

С учётом частой коморбидности важным является своевременное выявление и адекватная коррекция декомпенсации сопутствующей патологии (сердечная недостаточность, нарушения ритма сердца, декомпенсация сахарного диабета), поскольку летальность у данной категории пациентов нередко обусловлена именно декомпенсацией коморбидных состояний (смерть больных «с пневмонией»). Показанием для госпитализации пожилых больных следует считать не столько сам поздний возраст пациентов, а тяжесть заболевания, декомпенсацию (или высокий её риск) коморбидных состояний. Вместе с тем сроки пребывания пожилого больного в стационаре должны быть сведены к минимуму с учётом риска развития у пожилых госпитальных ятрогений (спутанность, внутрибольничные инфекции, падения и др.).

Антибактериальными препаратами (АП) выбора при тяжёлых пневмониях являются комбинация бета-лактамов (защищённые пенициллины, цефалоспорины III поколения) с макролидами или монотерапия респираторными фторхинолонами. Целесообразно использование режима ступенчатой терапии. Возрастное снижение показателей клубочковой фильтрации наряду с высокой частотой нефроангиосклероза у пожилых со сниженной почечной функцией должны быть одним из факторов, влияющих на выбор АП, что, к сожалению, не всегда учитывается в клинической практике.

В силу известных объективных и субъективных ограничений клинической микробиологии этиология пневмонии устанавливается не более чем в 50% случаев. У пожилых людей частота этиологической диагностики оказывается еще меньшей, что объясняется нередким отсутствием эффективного кашля, а также контаминацией получаемых образцов мокроты микроорганизмами, колонизирующими ротоглотку. В ходе многочисленных исследований этиологии пневмония у больных пожилого и старческого возраста установлен спектр наиболее вероятных возбудителей, к числу которых, прежде всего, относятся Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, грамотрицательные энтеробактерии и Staphylococcus aureus. Напротив, «атипичные» возбудители пневмонии (Mycoplasma pneumoniae и Chlamydophila pneumoniae) у пожилых людей встречаются относительно редко по сравнению с пациентами молодого и среднего возраста.

Пожилой возраст и снижение бронхиальной проходимости являются важнейшими факторами риска тяжелой пневмонии. Помимо преклонного возраста (старше 70 лет) к пневмонии предрасполагают алкоголизм, бронхиальная астма, другие хронические заболевания органов дыхания, сердечно-сосудистые заболевания, проводимая иммуносупрессивная терапия и пр. Хотя пожилой возраст традиционно рассматривается как фактор, предрасполагающий к развитию инфекций нижних дыхательных путей, их патогенез остается не вполне установленным, равно как неполны и сведения о влиянии процесса старения на механизмы неспецифической противоинфекционной защиты человека.

Клинические проявления пневмонии у пожилых людей бывают нетипичными, порой существенно отличаясь от таковых у пациентов молодого и среднего возраста. Нередко на первый план в клинической картине выходят симптомы обострения или декомпенсации сопутствующих заболеваний и патологических состояний. Так, было показано, что классическая клиническая триада, на которую полагаются при диагностике пневмонии, кашель, лихорадка, одышка отсутствовала у 56% больных пневмонией пожилого и старческого возраста, хотя бессимптомное течение заболевания наблюдалось только в 10% случаев. Установлено, что хотя бы один из возможных респираторных симптомов (кашель, одышка, боли в груди, отделение мокроты) обнаруживался у 96% пациентов с пневмонией в возрасте старше 65 лет, при этом самым частым признаком пневмонии у пожилых служил лейкоцитоз. Лихорадка при развитии пневмонии у пожилых встречается с различной частотой - от 33 до 76%. Подобные различия могут быть обусловлены вариабельностью состояния иммунной системы, частотой и тяжестью сопутствующих заболеваний и др. Неадекватный «лихорадочный ответ», связываемый со снижением выброса интерлейкина, может быть объяснен и низкой сывороточной концентрацией альбуминов, что нередко наблюдается у пожилых лиц со сниженным питанием. Учитывая то обстоятельство, что нередко у пожилых больных пневмонией отсутствуют «типичные» симптомы, необходимо с особым вниманием относиться к таким возможным проявлениям пневмонии, как расстройства сознания (заторможенность, дезориентация, делирий, сопор и др.), слабость и недомогание. Пренебрежение этим правилом ведет к поздней диагностике, задержке лечения и ухудшает прогноз.

Поздняя диагностика пневмонии (спустя 72 ч и более от момента появления симптомов) у пациентов в возрасте старше 65 лет имела место в 62% случаев. Определенную помощь в диагностике пневмонии у пожилых может оказать формализованная оценка симптомов заболевания и степени их выраженности. Практически всегда для диагностики пневмонии требуется рентгенологическая визуализация очагово-инфильтративных изменений в легких в сочетании с соответствующей симптоматикой инфекции нижних дыхательных путей. И хотя распространено мнение, что стетоакустические признаки очаговой инфильтрации в большинстве случаев совпадают с данными рентгенографии, в многочисленных исследованиях показана невысокая чувствительность и специфичность в диагностике пневмонии выслушиваемой инспираторной крепитации и перкуторно определяемого уплотнения легочной ткани.

Учитывая, что примерно у 25% пожилых больных пневмонией отсутствует лихорадка, лейкоцитоз регистрируется лишь в 50-70% случаев, а клиническая картина нередко представлена неспецифичными симптомами (утомляемость, слабость, тошнота, анорексия, боли в животе, интеллектуально-мнестические расстройства), значение полноценного рентгенологического обследования еще более возрастает. Важно подчеркнуть, что у части пациентов на начальном этапе развития заболевания рентгенография может не обнаружить патологии в легких, и тогда при сохраняющемся подозрении на пневмонию целесообразно повторить рентгенологическое исследование через 24-48 ч. Порой затруднена визуализация очагово-инфильтративных изменений в легких у пациентов с сопутствующим хроническим бронхитом/хронической обструктивной болезнью легких, а также в случаях дифференциации пневмонической инфильтрации с очаговым пневмоплеврофиброзом, тромбоэмболией ветвей легочной артерии, бронхогенной карциномой, туберкулезом легких.

Известные ограничения в этиологической диагностике пневмонии у пожилых имеют бактериоскопия и посев мокроты, так как у значительного числа пациентов отсутствует продуктивный кашель, а получаемые образцы мокроты контаминированы орофарингеальными микроорганизмами. Однако, несмотря на низкую специфичность и чувствительность бактериологических исследований мокроты, большинство экспертов считают их выполнение весьма желательным у пациентов пожилого и старческого возраста. Это необходимо для выделения определенного или возможного возбудителя пневмонии и назначения целенаправленной антибактериальной терапии, пусть и у ограниченного числа больных. Не менее важно и получение данных о резистентности потенциальных возбудителей заболевания, тем более что пожилой возраст, а также наличие сопутствующих сердечно-сосудистых и бронхолегочных заболеваний рассматриваются как самостоятельные факторы риска лекарственной устойчивости Streptococcus pneumoniae.

Несмотря на очевидный прогресс, достигнутый в последние годы в области терапии пневмонии, профилактика этого заболевания остается весьма актуальной, особенно в группах высокого риска, к которым относятся и лица старшего возраста. В настоящее время с этой целью используются пневмококковая и гриппозная вакцины. Целесообразность применения 23-валентной пневмококковой вакцины объясняется тем, что Streptococcus pneumoniae остается ведущим возбудителем пневмонии у пожилых и, несмотря на доступность эффективной АТ, обусловливает значительную заболеваемость и летальность. Лицам в возрасте старше 65 лет без иммунодефицита рекомендовано применение поливалентной пневмококковой вакцины (вторая доза вводится в тех случаях, если первая доза вводилась более 5 лет назад и в тот период пациенту было менее 65 лет).

Справедливо задаться вопросом о том, заслуживает ли пневмония у пожилых людей особого отношения. Безусловно, положительный ответ аргументируется следующими обстоятельствами:

существует повышенный риск развития пневмонии у лиц пожилого возраста;

при оказании медицинской помощи необходимо учитывать наличие у пациента сопутствующих заболеваний, а также его физическую активность;

исследование мокроты у пожилых пациентов с пневмонией редко оказывается информативным;

среди возбудителей пневмонии в данной возрастной группе крайне редко встречается Mycoplasma pneumoniae;

наличие сопутствующих заболеваний и патологических состояний обусловливает больший риск инфекции Pseudomonas aeruginosa и Enterobacteriaceae;

с возрастом увеличивается вероятность развития нежелательных эффектов антибактериальной терапии;

в целом для больных пожилого и старческого возраста характерно медленное разрешение рентгенологических симптомов пневмонии.

. Методы лечения пневмонии у лиц пожилого и старческого возраста

Непременным условием успешного лечения пневмонии у лиц пожилого и старческого возраста является своевременная (ранняя) диагностика пневмонии. Между тем в первые 3 дня пневмония устанавливается лишь у 35% заболевших. Основными причинами несвоевременной диагностики считаются позднее обращение больного за медицинской помощью и атипичное течение пневмонии. Для успешного лечения необходимо знать этиологию пневмонии. Наиболее частыми возбудителями пневмонии нетяжёлого течения являются: S. pneumoniae, H. influenzae, C. pneumoniae, S. aureus, Enterobacteriaceae. Наиболее частые возбудители пневмонии тяжёлого течения: S. pneumoniae, Legionella pn., S. aureus, Enterobacteriaceae. К энтеробактериям относятся Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae, Proteus, Serratia, Ps. Aeruginosa.

При освещении лечения пневмонии у лиц пожилого и старческого возраста за основу взят российский стандарт медицинской помощи больным пневмонией и основанный на этом стандарте план ведения больных пневмонией. Прежде всего, лечение пневмонии должно быть начато незамедлительно (не более чем через 4 часа) после постановки диагноза. Более позднее начало лечения снижает его эффективность и повышает летальность. Важнейшее значение для результатов лечения имеет адекватный выбор стартового режима антибактериальной терапии (АТ), соответствующего российскому стандарту и рекомендациям. Его коррекция в процессе лечения, например, через 1-2 дня, уже не может благоприятно повлиять на показатели летальности.

Вначале проводится эмпирическая АТ. Эмпирический выбор антибиотика основан на учёте этиологического фактора, о котором судят ориентировочно по среднестатистическим данным, полученным при этиологической расшифровке пневмоний с соответствующими признаками в прошлом. И лишь затем, при отсутствии эффекта от лечения, а также при получении результатов бактериологического исследования мокроты и анализа на чувствительность выделенных микроорганизмов к антибиотикам, проводится смена антибиотиков. При этом следует строго соблюдать дозировку лекарств и интервалы между введениями. Пневмонию в амбулаторных условиях лечат при нетяжёлом течении заболевания.

Все АМП у амбулаторных пациентов назначаются внутрь. Доказано, что у этих больных парентеральное введение АМП не имеет преимуществ. Они могут применяться парентерально у амбулаторных больных лишь в единичных случаях: при отсутствии комплаенса (приверженности к лечению) к приёму пероральных препаратов или при среднетяжёлом и даже тяжёлом течении пневмонии, когда больной отказывается от госпитализации.

Таблица 1. Антибактериальная терапия пневмонии у лиц пожилого и старческого возраста

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Группа | Препараты | |
|  | выбора | альтернативные |
| Нетяжёлая пневмония у пациентов в возрасте до 60 лет без сопутствующих заболеваний | Амоксициллин внутрь или макролиды внутрь. Макролиды являются препаратами выбора при подозрении на атипичную этиологию пневмонии. | Респираторные фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин, гемифлоксацин) внугр |
| Нетяжёлая пневмония у пациентов в возрасте 60 лет и старше с сопутствующими заболеваниями | Амоксициллин/ клавуланат внутрь | Респираторные фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлок - сацин, гемифлоксацин) внутрь |

В этих случаях предпочтение отдается цефтриаксону внутримышечно (в/м) по 1 г (реже 2 г) 1 раз в сутки. Амоксициллин назначают по 0,5-1 г, амоксиклав и аналогичный ему препарат панклав - по 625 мг 3 раза в сутки в течение 7-10 дней. Из макролидов чаще используют азитромицин (хемомицин, сумамед), который назначают по 0,5 г 1 раз в сутки в течение 3 дней. При неэффективности препаратов первой линии назначают респираторные фторхинолоны, например, левофлоксацин по 0,5 г 1 раз в сутки в течение 7-10 дней. Выбор АМП при неэффективности стартового режима терапии у амбулаторных больных представлен в таблице 2.

Таблица 2. Выбор антибактериальных препаратов при неэффективности стартового режима терапии у лиц пожилого и старческого возраста

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Комментарии | Препараты | |
|  | на 1-м этапе лечения | на 2-м этапе лечения |
| Возможны атипичные микроорганизмы (С. pneumoniae, M. pneumoniae) | Амоксициллин | Макролиды |
| Возможны атипичные микроорганизмы (С. pneumoniae, M. pneumoniae) | Амоксициллин/ клавуланат | Макролиды, респираторные фторхинолоны |
| Возможная причина неэффективности макролидов - резистентные пневмококки или грамотрицательные бактерии | Макролиды | Бензилпенициллин, амоксициллин, амоксициллин / клавуланат, респираторные фторхинолоны |

Рекомендуемые антибиотики при пневмонии у госпитализированных больных (следовательно, у пациентов со среднетяжёлым и тяжёлым течением заболевания) приведены в таблице 3. Согласно российскому стандарту, в схему лечения стационарных больных пневмонией включают макролиды. Это связано с тем, что у 25-30% больных пневмонией этиология связана с внутриклеточными организмами (Legionella pn., C. pneumoniae, M. pneumoniae), в отношении которых наиболее активны макролиды, причём при легионеллёзной и хламидийной пневмониях может наблюдаться очень тяжёлое течение заболевания. При этом предпочтительна ступенчатая терапия: в первые 2-4 дня антибиотик вводится парентерально.

Таблица 3. Антибактериальная терапия пневмонии у госпитализированных лиц пожилого и старческого возраста

|  |  |
| --- | --- |
| Препараты выбора | Альтернативные препараты |
| Амоксициллин/клавуланат внутривенно (в/в) ± макролид внутрь | Респираторные фторхинолоны в/в (лево-флоксацин, моксифлоксацин); |
| Цефуроксим в/в, в/м ± макролид внутрь | Азитромицин в/в (при отсутствии факторов риска антибиотикорезистентных |
| Цефотаксим в/в, в/м ± макролид внутрь | S. pneumoniae, грамотрицательных энтеро-бактерий или синегнойной инфекции) |
| Цефтриаксон в/в, в/м ± макролид внутрь |  |
| Бензилпенициллин в/в, в/м ± макролид внутрь Ампициллин в/в, в/м ± макролид внутрь |  |

Предпочтительна ступенчатая терапия. При стабильном состоянии пациента допускается сразу назначение АМП внутрь. Примеры АМТ стационарных больных:

амоксиклав по 1,2 г 3-4 раза в сутки в/в или в/м (в зависимости от тяжести течения) + азитромицин по 0,5 г 1 раз в сутки внутрь (в течение 3-5 дней). Через 3 дня амоксиклав парентерально отменяют и назначают амоксиклав или панклав внутрь по 625 мг 3 раза в сутки в течение 4-7 дней.

- цефуроксим по 0,75-1,5 г 3 раза в сутки в/в или в/м + азитромицин по 0,5 г 1 раз в сутки в течение 3-5 дней (доза и путь введения зависят от тяжести состояния). У цефалоспоринов цефуроксима (II поколение), цефотаксима и цефтриаксона (III поколение) нет пероральных форм препарата, поэтому ступенчатая схема лечения этими антибиотиками не применяется.

В российском стандарте не рекомендуются для лечения пневмонии аминогликозиды (например, гентамицин в виде монотерапии), ампициллин внутрь, котримаксозол (бисептол), доксициклин из-за отсутствия у этих препаратов активности против основных возбудителей пневмонии или высокой резистентности к ним этих микробов. Эффективность АМТ должна оцениваться через 48-72 часа после начала терапии, а при тяжелом течении - через сутки и даже через 12-18 часов. При отсутствии тенденции к улучшению необходимо менять антибиотики. Необходимо сразу же выделить пневмонии, связанные с гриппом, пневмонии, вызванные синегнойной палочкой, и аспирационные пневмонии. Указанные пневмонии отличаются тяжёлым течением, дают высокую летальность и требуют особого лечения. Эти вопросы не освещаются в российском стандарте и российских рекомендациях по лечению пневмонии.

Напомним, что при гриппе выделяют первичную (вирусную) пневмонию, вирусно-бактериальную и вторичную (бактериальную) пневмонии. Как известно, неосложнённый грипп длится (клинически) не более 5-6 дней. Но при всех названных выше видах пневмоний, связанных с гриппом, в терминальных бронхиолах и альвеолах длительно (до 30-40 дней) персистирует вирус гриппа. Поэтому при любых пневмониях, связанных с гриппом, и при любой давности пневмонии, кроме антибактериальных препаратов, необходимо принимать противовирусные препараты: озельтамивир (Тамифлю) или отечественный препарат (более дешевый, но не менее эффективный) ингавирин в капсулах по 90 мг 1 раз в сутки в течение 5 дней. Дозы ингавирина при тяжёлой гриппозной пневмонии, сопровождающейся гипоксемией, надо удвоить. Необходимо также помнить, что вирусно-бактериальные и вторичные (бактериальные) пневмонии при гриппе наиболее часто вызываются стафилококковой инфекцией. В этих случаях назначают оксациллин (по 2 г в/в 4-6 раз в сутки), цефазолин, клиндамицин или амоксиклав (панклав). Однако эти препараты эффективны лишь при метициллино-чувствительных штаммах стафилококка. При наиболее часто встречающихся метициллино-резистентных штаммах стафилококков необходимо назначать в/в ванкомицин по 1-2 г 2 раза в сутки или линезолид по 600 мг 2 раза в сутки. Ванкомицин является наиболее эффективным антибиотиком при метициллино-резистентных штаммах стафилококка, устойчивых ко всем беталактамам.

Факторами риска развития пневмонии, вызванной синегнойной палочкой, являются «структурные» заболевания легких (бронхоэктазы, муко-висцидоз), а также системная терапия глюкокортикостероидами (преднизолон > 10 мг/сут.), лечение антибиотиками широкого спектра действия свыше 7 суток в течение последнего месяца, истощение. В этих случаях при тяжёлом течении пневмонии надо всегда думать о возможной инфекции синегнойной палочкой. Наиболее эффективным антибиотиком при синегнойной инфекции многие авторы считают меропенем, который оказался эффективнее имипинема. Для преодоления резистентности к Ps. aeruginosa рекомендуется применение антибиотика в режиме продленной инфузии (по крайней мере, в первые 1-2 дня) по 1 г 3 раза в сутки или по 0,5 г 4 раза в сутки. Однако в последнее время показано, что наибольшая эффективность при лечении пневмонии, вызванной синегнойной палочкой, достигнута при сочетании левофлоксацина (в дозе 0,75 г. в/в) с антисинегнойными беталактамами (цефтазидимом в/в, доза 2 г. 3 раза в сутки или с пиперациллином в/в по 4,5 г. 3-4 раза в сутки). Такая комбинация оказалась эффективнее имипенема в сочетании с аминогликозидами (амикацином или тобрамицином).

Добавление к этой комбинации системных антибиотиков аэрозольного тобрамицина приводит к значительному повышению эффективности лечения. Используется специально созданный для ингаляций тобрамицин, который не вызывает раздражения слизистой оболочки дыхательных путей. Препарат назначают по 300 мг (5 мл) 2 раза в сутки в течение 10 дней. Ингаляционный путь введения позволяет добиться высокой концентрации АМП непосредственно в очаге поражения (в бронхиальном секрете и ткани лёгких), которая в 25 раз превышает минимальную ингибирующую концентрацию для Ps. aeruginosa, в то время как уровень препарата в сыворотке крови ничтожно мал. Особого внимания заслуживает аспирационная пневмония (АП), которая часто развивается у больных, длительное время пребывающих в положении лёжа, особенно при заболеваниях пищевода и желудка, алкогольных эксцессах, инсульте. В этиологии АП основное значение имеет грамотрицательная флора, включая Ps.aeruginosa, но в то же время большую роль играют анаэробные возбудители. Поэтому в схему лечения, помимо карбапенемов, левофлоксацина и цефалоспоринов III поколения с антисинегнойной активностью, включают ингибиторо-защищённые беталактамы (амоксиклав, тикарциллин-клавуланат и др.) и собственно антианаэробные препараты - метронидазол в/м или в/в по 0,5 г 3 раза в сутки или клиндамицин по 0,3-0,9 г (чаще по 0,6 г ) 3 раза в сутки.

Помимо АМП при пневмонии применяются и другие средства. К их числу относятся муколитики и отхаркивающие средства (патогенический метод лечения). При тяжёлом течении пневмония в российском стандарте значится ацетилцистеин (АЦЦ), назначаемый по 200 мг 3 раза в сутки в течение всего срока лечения. АЦЦ является не только сильнейшим муколитиком, но и мощным антиоксидантом и защищает паренхиму лёгких от повреждения. При тяжёлом течении заболевания рекомендуется также пассивная иммунотерапия - внутривенное введение иммуноглобулинов человека по 2 г. 3 введения на курс. Иммуноглобулины особенно рекомендуется больным с иммунодефицитом, ослабленным лицам и пациентам пожилого и старческого возраста, у которых наблюдается угнетение иммунитета, а также больным, получающим иммуносупрессивную терапию. В наиболее тяжёлых случаях, эквивалентных тяжёлому сепсису, рекомендуется плазмаферез с последующим введением иммуноглобулинов.

При пневмонии показана только пассивная иммунотерапия и противопоказано назначение иммуностимуляторов. Альтернативой иммуноглобулинам является введение альбумина и свежезамороженной плазмы в дозе 300-600 мл/сут. С целью дезинтоксикации и коррекции обменных нарушений при тяжёлом течении пневмонии рекомендуются различные растворы, особенно моно - и поликомпонентные электролитные растворы и средства для коррекции кислотно-щелочного равновесия. Можно вводить физиологический раствор или 5% глюкозу из расчёта 20 мл/кг массы тела под контролем центрального венозного давления и диуреза. К обязательным лечебным средствам при тяжёлом течении пневмонии, особенно у пожилых больных, согласно российскому стандарту, относится гепарин. Нефракционированный гепарин применяется в течение 7-10 дней по 5 тыс. ЕД 3 раза в сутки или низкомолекулярный гепарин (фраксипарин и др.) 1 раз в сутки. Необходимо помнить, что гепарин обладает не только антикоагулянтным, но и противовоспалительным действием. У больных с высоким риском венозного тромбоза предпочтителен нефракционированный гепарин.

Согласно российскому стандарту, при тяжёлом течении пневмонии обязательна (в 100% случаев) оксигенотерапия - дача увлажненного кислорода в концентрации не более 40-50%; длительность лечения определяется состоянием больного. Однако надо следить за эффективностью лечения. Если острая дыхательная недостаточность (ОДН), несмотря на обычную оксигенотерапию, нарастает, частота дыхания превышает 30 в 1 мин, нарастает цианоз, а сатурация (SaO2) - насыщение крови кислородом, определяемая с помощью пульсоксиметра, падает ниже 90% и особенно ниже 85%, то необходимо переходить к неинвазивной вентиляции лёгких (НВЛ) или к инвазивной вентиляции лёгких (ИВЛ). НВЛ проводится без интубации трахеи, через лицевую маску, под которую подаётся кислород. И НВЛ, и ИВЛ (в отличие от обычной оксигенотерапии, например, через носовые катетеры) обеспечивают повышение давления в дыхательных путях в конце выдоха. Это предупреждает спадение бронхиол в конце выдоха и обеспечивает более эффективную вентиляцию. Если есть возможность, то при тяжёлой ОДН необходимо начинать лечение с НВЛ, что примерно в 30% случаев позволяет избежать интубации трахеи, которая таит в себе возможность развития различных осложнений. Если такой возможности нет, то при наличии показаний необходимо сразу проводить ИВЛ. Для врача важно не упустить тот момент, когда для поддержания нужного для организма газообмена необходимо начать ИВЛ.

При ОДН необходимо всегда иметь в виду возможность закупорки главного бронха вязкой слизистой пробкой. В таких случаях у больного не отходит мокрота, а при аускультации отсутствуют дыхательные шумы или определяется резко ослабленное везикулярное дыхание. В этой ситуации только бронхоскопия с восстановлением бронхиальной проходимости и санацией бронхов может спасти больного. Бронхоскопия проводится также при выделении гнойной мокроты (особенно в большом количестве), подозрении на нарушение бронхиальной проходимости, развитии пневмонии на фоне хронических бронхолегочных заболеваний и при задержке разрешения воспалительного процесса в лёгких. В целом, как следует из российского стандарта, бронхоскопию (иногда дважды) приходится проводить примерно у 50% больных с тяжёлым течением пневмонии. Ненаркотические анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства, такие как парацетамол, ибупрофен и др. не должны применяться в виде курсового лечения. Их можно использовать однократно или несколько раз при температуре тела у больных пожилого и старческого возраста - выше 38-38,5 °С. Дело в том, что повышение температуры тела является защитным фактором, в частности, при повышенной температуре тела активируется иммунная система. Поэтому злоупотребление жаропонижающими средствами ухудшает результаты лечения, увеличивает частоту осложнений и летальность.

Заключение

пневмония старческий болезнь дыхание

Пневмония является одним из наиболее распространённых заболеваний органов дыхания. Распространённость составляет 8-12 случаев на 1000 населения в год, средняя летальность - 5%. Летальность при пневмонии зависит от возраста заболевших: если у молодых лиц она колеблется от 1 до 3%, то у пациентов пожилого и старческого возраста и при тяжёлом течении заболевания достигает 20-25%. Более тяжёлое течение пневмонии и более высокая летальность у пожилых и старых пациентов обусловлены развитием процесса на фоне полиморбидности, то есть на фоне большого количества сопутствующих заболеваний и более частым наличием у этих пациентов резистентности к антибиотикам основных возбудителей пневмонии. Из сопутствующих заболеваний, которые утяжеляют течение пневмонии и увеличивают летальность, как у молодых больных, так и у пациентов преклонного возраста, следует, прежде всего, назвать сердечно-сосудистые заболевания, хроническую обструктивную болезнь лёгких, сахарный диабет, злокачественные новообразования, хронические декомпенсированные заболевания почек и печени, хронический алкоголизм, наркоманию.

Известными факторами риска развития пневмонии являются:

возраст старше 65 лет;

наличие сопутствующих заболеваний;

изменение видового состава микрофлоры, колонизирующей ротоглотку;

макро или микроаспирация;

нарушения мукоцилиарного транспорта;

дефекты неспецифической противоинфекционной защиты;

сниженное питание;

госпитализация;

эндотрахеальная либо назогастральная интубация и др.

Особую тревогу вызывает установленная в последнее время тенденция к увеличению как заболеваемости пневмонией, так и смертности от нее. В связи с этим остро стоят проблемы профилактики, своевременной диагностики и полноценного лечения больных пневмонией. Гиподиагностика пневмоний составляет 10,5%, при этом в 26,5% случаев имеют место субъективные причины, такие как наличие сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой или бронхолегочной системы, на фоне которых рентгенологическая картина приобретает порой достаточно неожиданный вид.

Список литературы

1. Ивашкин В.Т. Пропедевтика внутренних болезней. Пульмонология. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 176 с.

. Игнатьев В.А., Киселева Е.А., Зарембо И.А., Цветкова Л.Н., Кочергина Т.А., Конев В.Г., Пендюрин А.К. Пневмония у пациентов пожилого и старческого возраста // Клиническая геронтология. 2011. Т. 14. - №6. - С. 27-29.

. Лычев В.Г., Клестер Е.Б. Пневмония в геронтологической практике - пневмония, связанная с оказанием медицинской помощи // Клиническая геронтология. 2013. Т. 19. - №7-8. - С. 26-30.

. Лычев В.Г., Клестер Е.Б. Пневмония, связанная с оказанием медицинской помощи, и внебольничная пневмония: сравнительная характеристика, оптимизация лечения // Фундаментальные исследования. 2012. - №7-1. - С. 111-115.

5. Милькаманович В.К. Геронтология и гериатрия. - М.: Мастацкая литература, 2013. - 270 с.

. Ноников В.Е. Пневмонии у лиц старше 60 лет: диагностика и лечение //Фарматека. 2010. - №11. - С. 38-41.

. Нурмагомаев М.С., Магомедова З.С., Нурмагомаева З.С. Распространенность пневмонии в пожилом и старческом возрасте // Международный журнал экспериментального образования. 2010. - №1. С. - 55-56.

. Осадчук М.А. Пульмонология. - М.: Медицинское информационное агентство, 2013. - 296 с.

. Оськина Е.А., Жестков А.В. Особенности клинического течения внебольничной и нозокомиальной пневмонии у пациентов пожилого и старческого возраста // Пульмонология. 2010. - №6. - С. 5-8.

. Панева М.А. Клинико-иммунологическая характеристика внебольничной пневмонии у больных пожилого и старческого возраста / диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. - Омск, 2010. - 200 c.

11. Рассел Дж. Пульмонология. - М.: Медицинское информационное агентство, 2013. - 111 с.

. Страцкевич О.Н., Багдасарова Н.Ф. Сестринское дело в гериатрии. - Минск: Вышэйшая школа, 2011. - 224 с.

. Черенкова О.В. Особенности течения и диагностические этапы пневмонии в пожилом и старческом возрасте на фоне сопутствующих болезней внутренних органов // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2015. Т. 10. - №3. - С. 511-517.

. Широхова Н.М. Внебольничная пневмония у лиц пожилого и старческого возраста / автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. - Москва, 2014. - 190 с.