

© Н.Д. Чухрієнко, О.В. Шапкаріна, 2011

УДК 616.24-002-07-036-085-053.9

Н.Д. ЧУХРІЄНКО, О.В. ШАПКАРІНА

Дніпропетровська державна медична академія, факультет післядипломної освіти, кафедра сімейної медицини, Дніпропетровськ

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ, КЛІНІКИ ТА ВИБІР ОПТИМАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ПНЕВМОНІЇ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ

В статті представлені особливості клініки, труднощі діагностики та лікування пневмоній, які залежать від інволютивних змін діяльності органів і систем людей похилого віку, що обумовлюють специфіку клінічних проявів і реакцію на лікування. Дається характеристика антибіотиків класу макролідів нового покоління, а саме спіраміцину, який має ряд переваг і може ефективно працювати у цієї категорії хворих.

Ключові слова: пневмонія, діагностика, клініка, терапія, макроліди, спіраміцин

Середній вік населення Землі зростає безпрецедентно швидкими темпами. За останні 100 років кількість людей, старших за 60 років, на нашій планеті збільшилась у п'ять разів. У середині минулого року загальна кількість людей у віці 65 років і вище оцінювалася в 506 млн. чоловік, до 2040 року вона досягне 1,3 млрд. чоловік. У процентному відношенні частка людей похилого віку подвоїться – з 7 до 14 % [7].

Сьогодні кожен десятий громадянин планети – це людина у віці старше 60-ти років, а в Україні – кожен п'ятий. Чисельність останніх на сьогодні досягла 20,4% від загальної структури населення нашої держави [8].

Летальність від пневмонії серед хворих старше 60 років у 10 разів вище, ніж в інших вікових групах, і досягає при госпітальних пневмоніях 70%. У більшості країн пневмонії займають четверте місце як причина смерті серед хворих старше 65 років [1].

Частота пневмоній чітко збільшується з віком. Пацієнти у віці від 40 до 59 років становлять 38,4 – 55,7% хворих, старше 60 років – від 31 до 60% [9].

Вміння своєчасно діагностувати і правильно лікувати пневмонію важливе для лікарів різних спеціальностей, що лікують хворих похилого віку і особливо лікарів загальної практики – сімейної медицини, оскільки пневмонії у цих пацієнтів часто асоціюються з різними супутніми захворюваннями і перебувають у взаємовідносинах з ними, нерідко з декомпенсацією фонових захворювань, що значно утруднює своєчасну діагностику пневмонії, ускладнює лікування хворого в цілому і погіршує прогноз захворювання.

Пневмонія у хворого похилого віку може бути прихованою, тобто не мати такої типової ознаки, як гострий початок, протікати без ознобу, мати невиразний кашель з малою кількістю мокротиння, можуть бути мінливі фізикальні ознаки.

Практичний лікар повинен бути обізнаний, що такі класичні ознаки пневмонії, як притуплення перкуторного звуку, бронхіальне дихання, посилення бронхофонії, крепітація у літніх хворих можуть бути не завжди чітко виражені або в ряді випадків

взагалі не виявлятися. Цей факт можна частково пояснити тим, що феномен ущільнення легеневої тканини при пневмонії у літніх осіб не завжди досягає того ступеня, який був би достатнім для формування вказаних ознак. Наявність частотої у таких хворих дегідратації, обумовленої різними причинами (ураження шлунково-кишкового тракту, пухлинний процес, лікування діуретиками), обмежує процеси ексудації в альвеоли, у зв'язку з чим порушене утворення легеневого інфільтрату і тому може не вислухуватися крепітація. Крім того, не завжди легко однозначно трактувати ознаки, виявлені у літніх хворих при перкусії та аускультатії, в зв'язку з наявністю у даної категорії пацієнтів супутньої патології (серцева недостатність, ХОЗЛ), що утруднює диференційний діагноз. Так, перкуторну тупість при пневмонії важко відрізнити від ателектазу, бронхіальне дихання з хрипами може бути наслідком наявності пневмосклеротичної ділянки. Вологі дрібно-пухирчасті хрипи в нижніх відділах можуть вислухуватися у хворих з лівошлунковою недостатністю, а також у осіб літнього віку через феномен раннього закриття дихальних шляхів.

Кашель, малопродуктивний або з виділенням мокротиння, є частим проявом пневмонії, але у ослаблених хворих при пригніченні кашльового рефлексу (порушення мозкового кровообігу, хвороба Альцгеймера) може бути відсутнім.

Укорочення перкуторного звуку найчастіше спостерігається при дольових пневмоніях або при розвитку парапневмонічного плевриту. Такі характерні для пневмонії аускультативні феномени, як бронхіальне дихання і крепітація, виявляються порівняно рідко. З більшою частотою вислухуються вологі і сухі хрипи, трактування яких у людей похилого віку не завжди просте і однозначне (пневмосклероз, серцева недостатність, бронхіальна обструкція різного генезу).

Іноді однією з ознак розвитку пневмонії є поява або підсилення задишки, яка може бути основним проявом у цієї категорії хворих.

Біль в грудній клітці звичайно обумовлений залученням плеври. Виражений больовий синдром,

особливо зліва, може приводити до помилкового припущення про розвиток у літнього пацієнта інфаркту міокарда, при нижньодолевій пневмонії із залученням діафрагмальної плеври – про гостру патологію черевної порожнини (гострий холецистит, кишкова непрохідність, перфоративна виразка та ін.). Або навпаки, у деяких літніх людей, або у тих, що хворіють на цукровий діабет з проявами полінейропатії, може бути зниження больової чутливості, і тому не буде типових проявів навіть при плевропневмонії і фібринозному плевриті.

Лихоманка при пневмонії у похилому віці у 25% випадків відсутня. В порівнянні з хворими молодого віку захворювання частіше перебігає з нормальною чи навіть зниженою температурою і прогностично менш сприятливо.

Частими проявами може бути втомлюваність та порушення з боку ЦНС у вигляді апатії, сонливості, загальмованості, сплутаності свідомості, аж до розвитку сопорозного стану. Ці зміни стану хворих найчастіше настають гостро і не завжди корелюють із ступенем гіпоксії. Зазначена симптоматика, яка розвивається протягом короткого проміжку часу, змушує лікаря часто підозрювати порушення мозкового кровообігу, з приводу чого хворі госпіталізуються у відповідні відділення. У той же час загально мозкові прояви поряд з невираженою легеневою симптоматикою або її відсутністю породжують нові діагностичні гіпотези (інтоксикації різного походження, пухлинний процес та ін.) і ще більше ведуть лікаря убік, затуваючи своєчасне визначення правильного діагнозу, а отже, і призначення лікування.

У ряді випадків першими проявами пневмонії стає раптове порушення фізичної активності, розвиток апатії, втрата інтересу до навколишнього оточення, відмова від їжі, неохайність, втрата навичок самообслуговування, нетримання сечі. Подібні ситуації іноді помилково трактуються як прояви сенильної деменції. Декомпенсація супутніх захворювань у осіб похилого віку може виступати на перший план серед клінічних проявів пневмонії.

Так, у хворих, що страждають на ХОЗЛ, підсилюються прояви дихальної недостатності, що може помилково розцінюватися як загострення хронічного бронхіту чи прогресування хронічної дихальної недостатності. При розвитку пневмонії на тлі раніше контрольованої серцевої недостатності остання може стати рефракторною до лікування, збільшується потреба в діуретиках, обмежується фізична активність пацієнта. Найчастіше настає раптова неясно декомпенсація серцевої діяльності. Може виникати декомпенсація супутнього цукрового діабету з розвитком рефрактерності до лікування і кетоацидозу; якщо пневмонія залишається нерозпізнаною, з'являються або посилюються ознаки печінкової недостатності у хворих цирозом печінки,

відзначається погіршення чи прогресування неврологічної симптоматики у хворих на ГПМК, а також функціонального стану нирок при різних нефропатіях, зокрема у хворих на супутній хронічний пієлонефрит.

Серед рентгенологічних особливостей пневмонії у літніх хворих варто мати на увазі часту наявність фонових змін: локальні легеневі фібрози після перенесеної в минулому пневмонії, легеневий застій на тлі лівошлуночкової недостатності, дифузний сітчастий пневмосклероз; відсутність у багатьох випадках виразних рентгенологічних ознак інфільтрації легеневої тканини; тенденції до затяжного розсмоктування.

Лейкоцитоз може бути відсутнім у третини хворих, що є несприятливою прогностичною ознакою, особливо при наявності нейтрофільного зсуву. Інші лабораторні зміни не мають особливостей.

На підставі особливостей клініко-рентгенологічної картини, наявності і характеру фонових патологій, епідеміологічної ситуації слід орієнтовно визначити етіологію пневмонії. Даний етап діагностики є не менш важливим, ніж нозологічна діагностика пневмонії, оскільки дозволяє обґрунтувати і зробити логічним й осмисленим вибір першочергового антимікробного препарату, який здійснюється, як правило, без етіологічної верифікації пневмонії.

Основними збудниками пневмоній, що виникають на фоні різних соматичних захворювань у хворих літнього віку, є гемофільна паличка, клебсієла, кишкова паличка, рідше пневмокок і стафілокок.

Наявність супутніх захворювань, що часто зустрічаються в похилому віці, з одного боку, орієнтує лікаря на визначення етіологічний варіант пневмонії з урахуванням асоціації деяких збудників з факторами ризику. Так, наприклад, пневмонії, що виникають на фоні ХОЗЛ, часто викликаються гемофільною паличкою, на фоні цукрового діабету – клебсієлою, у хворих на хронічний алкоголізм частим збудником пневмонії є стафілокок.

Стартова антибактеріальна терапія зазвичай проводиться емпіричним шляхом за допомогою препаратів широкого спектру дії. Критеріями вибору антибіотика є насамперед доведена клінічна ефективність препарату і профіль безпеки, фармакокінетичні характеристики (здатність створювати достатню концентрацію в уражених органах і тканинах, підтримувати мінімальну ефективну концентрацію протягом необхідного часу, накопичуватися в середині клітин), зручність використання, оптимальне відношення ціни/ефективності [3].

Згідно з алгоритмом лікування, висвітленому в наказі МОЗ України №128 від 19.03.2007 р., макроліди, а саме спіраміцин вказаний як один з препаратів вибору (самостійно і в комбінації) при лікуванні пневмоній у осіб різного віку та незалежно від наявності супутньої патології.

Інтерес до макролідів (спіраміцину) пов'язаний передусім із його фармакокінетикою і фармакодинамікою, значними змінами спектру збудників інфекційних захворювань нижніх дихальних шляхів та особливостями функціонування організму, особливо осіб похилого віку.

Макроліди є класом антибіотиків, основу хімічної структури яких становить макроциклічне лактонне кільце. Залежно від кількості атомів вуглецю в кільці макроліди підрозділяються на 14-членні (еритроміцин, кларитроміцин, рокситроміцин), 15-членні (азитроміцин) і 16-членні (роваміцин, джозаміцин, мідекаміцин). Так спіраміцин (Роваміцин) на відміну від 14-членних макролідів, здатен з'єднуватися не з одним, а з трьома доменами субодиниці, що забезпечує більш стійке зв'язування з рибосомою і, як наслідок, довший антимікробний ефект [4].

Макроліди належать до найменш токсичних, найбільш безпечних (не зв'язується з системою цитохрому Р-450) антибіотиків.

При виборі антибіотика необхідно враховувати, що у осіб похилого віку часто мають місце супутні імунодефіцитні стани та зниження фагоцитарної активності альвеолярних макрофагів і нейтрофілів, що призводить до активізації мікробної флори і розвитку інфекційного процесу. У зв'язку з вищевказаним, в літературі було знайдено дані стосовно імуномодуючого ефекту спіраміцину, який базується на здатності антибіотика підвищувати активність Т-кілерів, нагромаджуватися в нейтрофілах і макрофагах, підсилюючи їх фагоцитарну активність і міграцію у вогнище запалення.

Крім того, препарат впливає на окислювальні реакції у фагоцитах і сприяє їх дегрануляції, підвищує продукцію протизапального цитокіну (інтерлейкіну-10) та зменшує вироблення прозапальних цитокінів моноцитами (інтерлейкіну-1) і лімфоцитами (інтерлейкіну-2), знижує утворення медіаторів запалення – простагландинів, лейкотрієнів і тромбоксанів [4, 5].

Відомо, що у людей похилого віку підвищується рН шлункового соку, уповільнюється випорожнення шлунка та знижується абсорбція в ньому, і як наслідок, відбувається зниження біодоступності багатьох препаратів. Але на ступінь всмоктування спіраміцину не впливає прийом їжі, оскільки він має високу кислотостійкість і в більшій мірі всмоктується в тонкому кишківнику, широко розподіляється в тканинах та повільно елімінує з них, достатньо довго зберігаючи ефективні концентрації.

Ступінь зв'язування спіраміцину з білками плазми мінімальна і становить близько 10%, тому > 80% знаходиться в сировотці крові, що знову ж таки обумовлює необхідний ефект у літніх людей, для яких характерна вікова гіпоальбумінемія.

Зниження функції нирок служить основним фактором, обумовлюючим підвищення концентрації ліків у крові людей похилого віку, що

призводить до їх токсичного ефекту і виникнення побічних реакцій. Спіраміцин має подвійний шлях виведення з організму. Значна його кількість виділяється з жовчю і виводиться з калом і менше 10% виводиться з сечею нирками, тому не потребує корекції дози при нирковій недостатності [6].

Також важливим моментом у лікуванні пневмоній у людей похилого віку є постантибіотичний ефект, який для спіраміцину триває близько 9 годин (найбільший серед більшості макролідів). Такий ефект дає можливість використання короткострогового прийому препарату. А наявність двох форм випуску препарату роваміцин (ін'єкційної і таблетованої) дає змогу використовувати ступеневу терапію з переходом від внутрішньовенного до перорального способу введення.

Таким, чином особливості спіраміцину роблять доцільним його призначення при пневмоніях різного типу і тяжкості, як при типових збудниках так і викликаних внутрішньоклітинними збудниками (обумовлено 16-членним лактонним кільцем): (мікоплазма (*M.pneumoniae*), хламідії (*C.pneumoniae*), леґіонелла (*Legionella spp.*); при алергії до бета-лактамів або нечутливих до їх дії мікроорганізмах (*H.influenzae*); при тяжких пневмоніях, викликаних *S.pneumoniae*, *H.influenzae*, *S.aureus*, *Legionella spp.*, *M.catarrhalis*, *P.aeruginosa*, сімейство *Enterobacteriaceae* в комбінації з амоксицилін/клавуланатом, цефотаксимом, цефтриаксоном, цефепіму та іншими цефалоспоринами.

Можливе використання спіраміцину також при загостреннях хронічного бронхіту, інфекціях верхніх дихальних шляхів (тонзиліт / фарингіт, гострий і хронічний синусит, гострий середній отит, скарлатина), з урахуванням поліморфності клінічних проявів (за рахунок супутніх захворювань) у осіб похилого віку при інфекціях сечовивідних шляхів (простатит, уретрит), остеоімієлітах, артритях, для профілактики гострого суглобового синдрому, при інфекціях шкіри і м'яких тканин.

Великою помилкою деяких сучасних лікарів є покладання надії в досягненні ефекту при лікуванні пневмоній лише на антибіотикотерапію. Як свідчить досвід минулих років, терапія пневмонії має бути комплексною. На початковому етапі лікування більшість людей похилого віку потребують оксигенотерапію, а при важкій дихальній недостатності, можливо, і штучну вентиляцію легень. Значна частина госпіталізованих мають потребу в інфузійній терапії з використанням різних розчинів, що забезпечить деінтоксикаційний ефект та корекцію електролітного дисбалансу. При серцево-судинній недостатності мають використовуватися серцеві глікозиди, пресорні аміни, кортикостероїди. Актуальними залишаються дотримання режиму, терпія дихальної недостатності, стабілізація гемодинаміки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Особливості клініки і лікування пневмоній у людей похилого віку / Н.Д. Чухрієнко // Нова медицина. — 2004. — №1. — С. 34 — 38.
2. Фармакотерапия в различные возрастные и физиологические периоды / С.А. Бабанов // Новости медицины и фармации. — 2010. — №19. — С.26 — 28.
3. Внебольничная пневмония у взрослых и детей: в фокусе атипичные возбудители, акцент на макролиды / Ю.Ф. Марушко // Здоров'я України. — 2010. — Тематичний номер. — С.3 — 4.
4. Роваміцин — безпечний шлях ефективного лікування / С.Р. Багдасаров // Українська Медичинська Газета. — 2007. — №6. — С.10.
5. Применение современных макролидов в пульмонологической практике / Ю.И. Фещенко // Укр. химиотерапевт. Журн. — 2001. — № 1.— С. 3 — 9.
6. Інструкція для медичного застосування препарату / Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.04.06 №232. Реєстраційне посвідчення №UA/4302/02/01.
7. Міжнародний день людей похилого віку. [електронний ресурс] 2010. — Режим доступу до журн.: www.state.gov.sumy.ua/.../1_zhovtnja_mzhnarodnij_den_ljudej_pokhilogo_vku.html.
8. Статистичні дані в Україні. [електронний ресурс] 2010. — Режим доступу до журн.: www.nbuv.gov.ua/portal/soc_gum/Nz_p/88/statti/41.pdf.
9. Профілактика пневмонії. [Електронний ресурс] 2010. — Режим доступу до журн.: <http://zdorovja.ks.ua/profilaktika-pnevmonii>.

Стаття надійшла до редакції 17.03.2011

N. D. CHUKHRIENKO, O.V. SHAPKARINA

The Dnepropetrovsk State Medical Academy, faculty of postgraduate education, Chair of Department of Family Medicine, Dnepropetrovsk

FEATURES OF DIAGNOSTICS, CLINIC AND A CHOICE OF OPTIMAL THERAPY OF PNEUMONIA IN ELDERLY PATIENTS

In this article features of clinic, difficulty of diagnostics and treatment of a pneumonia are presented. They depend from involutive changes of activity in organ and systems of elder persons which cause specificity of clinical manifestation and their reaction to treatment. The characteristic of new generation of a class macrolides antibiotics is given. Spiramycin namely has a number of advantages and can effectively work for this category of patients.

Key words: a pneumonia, diagnostics, clinic, treatment, macrolides, spiramycin