

КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ

УДК 616-053.9:616.24-002

ОСОБЕННОСТИ ВНЕГОСПИТАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Павлова П.А.

Белгородский государственный университет, Белгород, Россия, e-mail:
pavlova.zpo@rambler.ru

У лиц пожилого возраста пневмония является одной из наиболее частых инфекций и представляет собой одну из важных клинических проблем медицинской и гериатрической практики, поскольку связана с высоким риском заболеваемости и смертности. Пневмония остается одной из основных причин смерти у людей этой возрастной группы после ИБС, инсультов, злокачественных опухолей. Приблизительно у 50% пациентов пожилого возраста пневмония приводит к летальному исходу, она занимает четвертое место среди причин смертности у больных старше 65 лет. Смертность от госпитальной пневмонии у данной категории больных достигает 30-80%. Цель данного исследования: проанализировать особенности течения пневмонии в пожилом возрасте, оценить эффективность современных способов диагностики, лечения и профилактики заболевания у людей пожилого возраста. Основными принципами предупреждения осложнений пневмонии являются своевременная диагностика, адекватность лечения, всесторонний объем обследования. Решение многих проблем медицинского обеспечения в борьбе с пневмонией в пожилом возрасте зависит от уровня знаний в области не только пульмонологии, но и гериатрии, в частности ещё мало изученных на сегодняшний момент особенностей проявления и течения заболевания у пациентов в пожилом возрасте, специфичную реакцию организма на лекарственные препараты. В пожилом возрасте назначение пациентам с пневмонией антибактериальной терапии обязательно. Однако каким бы эффективным не был способ лечения, крайне важным аспектом в лечении пневмонии является своевременная, адекватная и согласованная работа всех звеньев медицинской помощи.

Ключевые слова: пневмония, возрастные особенности, осложнения, медико-социальное обеспечение.

FEATURES COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN THE OLD AGE

Pavlova P.A.

Belgorod State University, Belgorod, Russia, e-mail: pavlova.zpo@rambler.ru

In the elderly pneumonia is one of the most common infections and is one of the most important clinical problems of medical and geriatric practice, as associated with a high risk of morbidity and mortality. Pneumonia is a major cause of death among people in this age group after coronary heart disease, stroke,

cancer. Approximately 50% of elderly patients pneumonia leads to death, it is the fourth leading cause of death in patients older than 65 years. Mortality from nosocomial pneumonia in these patients reaches 30-80%. The purpose of this study is to analyze the peculiarities of pneumonia in the elderly, to evaluate the effectiveness of modern methods of diagnosis, treatment and prevention of diseases in the elderly. The main principles of prevention of complications of pneumonia are timely diagnosis and adequate treatment, a comprehensive survey of the volume. The solution of many problems of medical support in the fight against pneumonia in the elderly depends on the level of knowledge in the field not only pulmonology, and geriatrics, in particular, still little studied to date features and manifestations of the disease in patients in the older age-specific body's response to drugs drugs. In elderly patients with pneumonia antibiotic therapy is required. However, no matter how effective was not a method of treatment, it is an important aspect in the treatment of pneumonia is timely, adequate and coordinated work of all care.

Key words: pneumonia, age features, complications, medical and the social insurance.

Ведение. Пневмония является одной из наиболее частых инфекций у пожилых пациентов и, принимая во внимание фоновые сердечно-легочные заболевания, нарушения иммунитета и ряд других анатомо-физиологических особенностей организма, связана с высоким риском заболеваемости и смертности в сравнении с другими возрастными группами больных. У лиц пожилого и старческого возраста данное заболевание представляет собой одну из важных клинических проблем медицинской и гериатрической практики и имеет целый ряд медико-социальных, экономических и других аспектов [1].

Согласно статистическим данным Департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области, «Медицинского информационно-аналитического центра» за 2010–2012 гг. не смотря на развитие современной фармакологии, пульмонологические койки работают со значительным перегрузом (353 дня в год), рост заболевания (по области в 2010 году–3506 а.ч. (абсолютных чисел), в 2011 году–3772 а.ч., в 2012 году–4410 а.ч.) и летальности у пожилого населения, а также количество дней нетрудоспособности у работающего населения той же возрастной категории увеличиваются. Количество осложнений от заболевания пневмонией возросло, доказательством данного факта является повышение процента пациентов, взятых на диспансерный учёт (2010 г.–1024 а.ч., 2011 г.–1166 а.ч., 2012 г.–1846 а.ч.).

Распространенность негоспитальных пневмоний (НП) среди лиц пожилого и старческого возраста в Москве в конце 90-х годов составляла около 17,4 на 1000 населения [3, 6]. В США ежегодная заболеваемость пневмонией у стариков, проживающих в домашних условиях, составляет 20-40 на 1000 населения, а у находящихся в гериатрических учреждениях-60-115 на 1000 [6, 18, 3, 2]. В Европе этот

показатель составляет 25-44 случая на 1000 человек в год [1]. Смертность среди пожилых пациентов от пневмонии в 10 раз выше, чем в других возрастных группах, и составляет, в среднем, 5%, в то же время у пациентов, нуждающихся в госпитализации, доходит до 21,9 %, а среди них у пожилых до 46% [2, 3, 13].

Цель исследования. Проанализировать особенности течения пневмонии в пожилом возрасте, оценить эффективность современных способов диагностики, лечения и профилактики заболевания у людей пожилого возраста.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ научной медицинской литературы за 2000-2012 гг.

Результаты исследования и их обсуждение. Пневмония остается одной из основных причин смерти у пожилых после ИБС, инсультов, злокачественных опухолей. Приблизительно у 50% пациентов пожилого возраста пневмония приводит к летальному исходу, она занимает четвертое место среди причин смертности у больных старше 65 лет. Смертность от госпитальной пневмонии у данной категории больных достигает 30-80% [2, 3, 5].

К развитию пневмонии у больных пожилого и старческого возраста предрасполагают сердечная недостаточность; ХОЗЛ; заболевания центральной нервной системы (сосудистые, атрофические); онкологические заболевания; сахарный диабет; инфекции мочевыводящих путей; медикаментозная терапия, снижающая иммунный ответ (глюкокортикостероиды, цитостатики, антациды, H₂-блокаторы); гиподинамия, вследствие чего создаются «местные условия» для развития инфекции; частое пребывание в стационаре [2, 10]. Все эти факторы являются взаимно отягощающими и приводят к развитию осложнений и декомпенсации [4].

Пневмония у лиц старше 60 лет обычно развивается на фоне анатомически измененной легочной паренхимы, нарушений вентиляции и перфузии.

Наиболее частым возбудителем НП, в том числе и у лиц старше 60 лет, остается *S. pneumoniae*, на долю которого приходится от 7 до 76% случаев заболевания [19].

Так, в настоящее время в Великобритании этот показатель составляет 34%, в Швеции-46%, в Испании-14%, в США-15%, в Канаде-8%. У пожилых людей возрастает этиологическая роль грамотрицательных микроорганизмов, таких как *H. influenzae* (8-25%), *E. coli*, *K. pneumoniae*, *Proteus spp.* Развитие нетяжелой НП у лиц старше 60 лет чаще всего обусловлено *S. pneumoniae*, *H. influenzae* и аэробными грамотрицательными

микроорганизмами. В этиологической структуре НП тяжелого течения доминируют *S. aureus*, *P. aeruginosa*, *L. pneumophila* и *K. pneumoniae* [2, 3, 4, 8, 9].

В ряде исследований показано, что симптомы пожилых пациентов несколько отличаются от симптомов заболевания пациентов более молодого возраста. У данной категории пациентов обычно отсутствуют или слабо выражены симптомы со стороны дыхательной системы. При пневмонии у молодых людей типичным симптомом болезни является мокрота желтого цвета (катаральная). У пожилых больных ее характер – слизисто-гнойный с прожилками крови. На ранних стадиях патологии появляется сухой кашель. С течением времени его приступы становятся более сильными, и они с трудом поддаются лечению антибактериальными средствами. Внегочными признаками пневмонии в пожилом возрасте, на которые, по мнению многих ученых, необходимо при диагностике обращать особое внимание, являются нарушение функционирования головного мозга – заторможенность, сонливость, спутанность сознания; патология желудочно-кишечного тракта – потеря аппетита, тошнота, рвота, боли в животе; снижение мышечной подвижности за счет повышенных рефлексов; затруднение работы сердца – аритмия, повышенная частота сокращений; застойные изменения в нижних конечностях; активизация хронических болезней почек – гломерулонефрит, пиелонефрит.

Задачу по своевременной постановке диагноза, как показали исследования значительно осложняют симптомы пневмонии, схожие с симптомами других заболеваний. В связи с этим актуальной проблемой современной гериатрии является полиморбидность – наличие двух или более сопутствующих заболеваний. Взаимное влияние заболеваний, инволютивные процессы естественного старения, побочное действие медикаментозной терапии меняют клиническую картину и течение заболеваний, характер и тяжесть осложнений, снижают качество жизни пациентов, ограничивают или усложняют лечебно-диагностический поиск [8]. У 80-90% больных пожилого возраста наиболее часто выявляют болезни органов кровообращения, ХОЗЛ, неврологические сосудистые заболевания, сахарный диабет, хроническую почечную недостаточность, заболевания печени [15]. Поэтому следует учитывать, что в пожилом возрасте течение многих заболеваний может быть атипичным: скрытым, малосимптомным. Данный факт характеризует сложность проблемы и способствует к поиску путей оптимизации диагностики и лечения пневмонии, чтобы избежать осложнения в процессе лечения больного, не подвергая его излишней нагрузке на

организм лекарственными препаратами, которая приводит к потере времени, способствует увеличению количества осложнений и степени их тяжести, как следствие, ухудшает качество жизни и прогноз заболевания [4, 21, 23].

Согласно проведенных исследований Российского респираторного общества (РРО), Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ), а также ГБОУ ВПО «Казанского государственного медицинского университета министерства здравоохранения социального развития РФ, Министерства здравоохранения РТ, которые подводят итог многих новейших отечественных и зарубежных исследований, в подходах и алгоритмах диагностики сохраняется концепция максимального охвата и всестороннего обследования пациента. Однако имеют место расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов при крупозной пневмонии в крупных городах РФ достигает 25%. Поэтому в обследовании пациентов особая роль уделяется дифференциальной диагностике, как фактору уменьшающему вероятность основных, как показали исследования, ошибок в диагностике пневмонии в пожилом возрасте.

Большое значение для определения тактики лечения и прогноза у пациентов пожилого и старческого возраста имеет выявление факторов риска. Существует способ объективной оценки тяжести течения и прогноза пневмонии применяется балльная оценка факторов риска летального исхода (The Pneumonia Patient Outcomes Research Team (PORT). Соответственно суммарной балльной оценке прогностических критериев определяют риск летального исхода при пневмонии. У пациентов пожилого возраста с пневмонией выявляется широкий спектр возбудителей [5].

Современная классификация в зависимости от условий возникновения заболевания, особенностей инфицирования легочной ткани, а также иммунологической реактивности организма больного подразделяет пневмонии на следующие виды [1, 4, 12, 13, 16, 18]: негоспитальные; нозокомиальные (госпитальные); аспирационные; пневмонии у больных с иммунодефицитными состояниями [11].

Методом, наиболее часто применяемым для выявления возбудителя пневмонии, является микроскопическое исследование мазка мокроты, окрашенного по Грамму [17]. Из-за недостаточной информативности и значительной продолжительности этого метода в Украине и России по-прежнему имеются серьезные проблемы с выделением пневмококка из мокроты больных пневмонией, однако ряд авторов все же рекомендуют

его в качестве ориентира при назначении антибактериальной терапии как относительно простой и недорогой метод [27].

Классификация пневмоний по степени их тяжести используется практически во всех известных рекомендательных документах по ведению больных с негоспитальной пневмонией (НП) [1, 4, 7, 16]. Основными клиническими критериями тяжести заболевания является степень дыхательной недостаточности, выраженность интоксикации, наличие осложнений, декомпенсация сопутствующих заболеваний [1].

Так, согласно приказа № 300 Минздрава РФ различают легкую и тяжелую пневмонию. Некоторые авторы выделяют нетяжелую и тяжелую внебольничную пневмонию [16, 18]. В Украине [7] придерживаются стандартов Американского общества инфекционных болезней (2000 г.) и Канадского общества инфекционных болезней/Канадского торакального общества (2000 г.), которые выделяют легкую, среднетяжелую и тяжелую НП.

Ещё одной из наиболее распространенных шкал для оценки тяжести и прогноза НП является шкала, предложенная M.J. Fine и соавторами в 1997 году. Авторы, изучавшие факторы риска возможного летального исхода с суммарной балльной оценкой таких параметров, как возраст, результаты лабораторных анализов, данные физического обследования, а также наличие сопутствующих заболеваний, выделили 5 классов риска для пациентов с НП. В приказе № 311 МЗ Украины от 30.12.99 г. [7] выделяют 4 категории НП у лиц без тяжелых нарушений иммунитета.

Сохраняется проблема своевременности диагностики, отсутствие которой согласно исследованиям, приводит к высокой степени смертности от пневмонии. Высокий процент летальных исходов произошли из-за позднего обращения пациентов в медицинские учреждения с пневмонией в запущенной форме.

Страдающие пневмонией лица преклонного возраста должны лечиться преимущественно в условиях стационара и комплексного лечения (режим, рациональное питание, лекарственная терапия, физиотерапевтическое и в дальнейшем санаторно-курортное лечение). В материалах подчеркивается важность как можно более ранней интенсивности антибактериальной терапии. Учитывая особую склонность к переходу острых пневмоний в хронические у данной категории больных, антибактериальную терапию следует проводить в течение достаточно длительного времени. Из-за особенностей организма пожилого пациента не всегда удается однозначно выявить возбудитель пневмонии, поэтому основным подходом в терапии

внебольничной пневмонии у пожилых является эмпирический выбор антибактериальных средств. [3, 4, 10, 20, 27, 26]. Антибиотикотерапия у людей старших возрастов должна быть основана на этиологическом принципе и сочетанием с назначением антикандидомикозных препаратов (нистатин) и витаминотерапией (декамевит, квадевит, ундевит). В ряде случаев целесообразно применяемый антибиотик заменять другим. Несмотря на большую практику лечения пневмонии и развития фармацевтики, из-за возрастной уязвимости и слабости организма, в связи с этим неоднозначной реакцией организма пожилых пациентов на лекарственные препараты, основной проблемой является сложность выбора подходов применения лекарственных средств антибактериальной терапии [3, 5, 8, 11, 22, 23, 24] и оценка их эффективности [1, 14, 20, 21, 25].

Все способы применения лекарственных средств преследуют общие задачи оптимальной дозировки лекарств с учётом возможностей ослабленного возрастными особенностями организма пожилого пациента и, как следствие, большой вероятности перегруза организма препаратами. Лечение у лиц пожилого и старческого возраста сопряжено со значительными сложностями. Основным принципом лекарственной терапии в гериатрии должно быть применение только необходимых препаратов, обладающих наибольшей эффективностью при минимальном побочном действии. В то же время, кроме лекарственной терапии пневмонии и ее осложнений, лица старше 60 лет нередко нуждаются в приеме медикаментов для лечения сопутствующих заболеваний. Несмотря на то, что политерапия может привести к увеличению частоты побочных действий, отмена антиаритмических, коронароактивных и некоторых других препаратов часто невозможна. Полипрогмазию следует воспринимать как особенность, свойственную пожилому возрасту.

С возрастом изменяется фармакокинетика лекарственных средств, что может привести к изменению фармакодинамических эффектов. Возрастное уменьшение проникновения лекарств в ткани в результате снижения объема распределения и снижения уровня тканевого кровотока может являться одной из причин недостаточной клинической и бактериологической эффективности антибиотиков у больных пожилого возраста. С возрастом уменьшается уровень метаболизма лекарств в печени в результате уменьшения массы печени, печеночного кровотока и активности микросомальных ферментов, что приводит к уменьшению клиренса и повышению сывороточных концентраций тех антибактериальных средств, которые в основном

метаболизироваться в печени. В результате атрофии коркового слоя почек с возрастом снижается уровень клубочковой фильтрации. У больных пожилого возраста экскреция многих лекарственных средств замедляется, что приводит к увеличению их концентрации в крови. Дозы антибактериальных препаратов, имеющих преимущественно почечный путь элиминации, у пожилых больных желательнее корректировать в зависимости от индивидуальной величины клубочковой фильтрации. Это особенно важно для потенциально токсичных лекарств, таких как аминогликозиды, ванкомицин, карбенициллин, тикарциллин, тетрациклины.

Антибактериальная терапия должна быть ранней и адекватной по дозе, способу применения и длительности использования, а также корректируемой в процессе лечения в зависимости от клинического эффекта. Эффективность лечения в первую очередь зависит от правильного выбора антибактериального препарата и соответствия его этиологии заболевания. Кроме того, необходимо знать о наличии и возможности антибиотикорезистентности в данной ситуации, учесть тяжесть пневмонии, функциональное состояние печени или почек и риск развития побочных эффектов.

В нашей стране в течение многих лет при эмпирическом лечении пневмоний использовали внутримышечное введение пенициллина, однако, изменение спектра возбудителей с довольно высоким удельным весом гемофильной палочки, микоплазмы и других бактерий, нечувствительных к пеницилину, диктует изменение тактики антибактериальной терапии. Появление пенициллинорезистентных штаммов пневмококка, а также необходимость введения пенициллина каждые 3-4 часа требует замены препарата первой линии для лечения амбулаторных пневмоний.

В целях оптимизации антибактериальной терапии на основании многоцентровых исследований были предложены многочисленные алгоритмы лечения внебольничной пневмонии у пожилых больных. Так, С. В. Яковлев предлагает дифференцированный подход к терапии больных пожилого возраста, разделяя их на группы. Для амбулаторных пациентов без сопутствующей патологии препаратами выбора являются: амоксициллин/клавулановая кислота перорально и цефуроксим аксетил, как альтернативные средства – амоксициллин, ампициллин, доксициклин и грепафлоксацин. Для амбулаторных больных с сопутствующей патологией – цефтриаксон и грепафлоксацин. Амоксициллин/клавулановая кислота и фторхинолоны (ципрофлоксацин и офлоксацин) у данной категории больных являются альтернативными. У госпитализированных больных при нетяжелом и неосложненном

течении пневмонии препаратами первого ряда являются цефуроксим или амоксициллин/клавуланат внутривенно. Альтернативными – грепафлоксацин, цефалоспорины III поколения (цефотаксим или цефтриаксон) внутривенно, доксициклин. У госпитализированных больных при тяжелом течении – цефалоспорины III поколения внутривенно+макролид внутривенно. В качестве альтернативы в данной группе могут применяться фторхинолоны внутривенно.

На VIII Национальном конгрессе по болезням органов дыхания (Москва) были представлены рекомендации по антибиотикотерапии у взрослых, разработанные Комиссией по антибактериальной политике при Минздраве РФ и РАМН, в соответствии с которыми для больных пневмонией в возрасте 60 лет и старше и с сопутствующими заболеваниями в качестве средств выбора рекомендуются «защищенные» аминопенициллины (ампициллин/сульбактам, амоксициллин/клавуланат) или цефалоспорины II поколения (цефуроксим-аксетин). Учитывая вероятность у данной группы пациентов хламидийной или легионеллезной инфекции, оправданным представляется комбинированное лечение с использованием макролидных антибиотиков.

При тяжелой внебольничной пневмонии, в том числе и у пожилых больных, средствами выбора являются парентерально вводимые цефалоспорины III поколения (цефотаксим или цефтриаксон) в комбинации с макролидами для парентерального введения (эритромицин, спирамицин). Приведенная комбинация перекрывает практически весь спектр потенциальных этиологических агентов тяжелой внебольничной пневмонии – как «типичных», так и «атипичных».

В Федеральном руководстве для врачей по использованию лекарственных средств (формулярная система) 2000 года в разделе «Противомикробные средства» для лечения внебольничной пневмонии у пациентов старше 60 лет и с сопутствующими заболеваниями рекомендованы амоксициллин/клавуланат или цефалоспорины II-III поколения+ макролид. При клинически тяжелых пневмониях: бензилпенициллин+макролид парентерально, цефотаксим или цефтриаксон+макролид парентерально, фторхинолоны. При абсцедирующей пневмонии – ампициллин/сульбактам или амоксициллин/клавуланат, линкозамид+цефалоспорины II-III поколения (или фторхинолоны), имипенем или меропенем.

В данных рекомендациях в основном перечислены группы препаратов (например, цефалоспорины III поколения, макролиды и т. д.) без конкретизации

особенностей отдельных препаратов внутри группы и без учета разнообразных клинических, фармакокинетических и фармакоэкономических показателей. Без ущерба клинической эффективности с учетом характерных особенностей в каждой группе можно выделить наиболее оптимальные препараты для лечения внебольничной пневмонии. Так, из цефалоспоринов III поколения—цефтриаксон (длительный период полувыведения), из макролидов—спирамицин (парентеральная и пероральная формы введения), из линкозамидов—клиндамицин (активнее и безопаснее линкомицина и лучше всасывается при приеме внутрь). Из фторхинолонов предпочтительнее новые фторхинолоны (моксифлоксацин, левофлоксацин), так как ципрофлоксацин, пефлоксацин и офлоксацин характеризуются сниженной активностью против пневмококков. Карбапенемы целесообразно использовать как препараты выбора в случаях, угрожающих жизни больного, а также как препараты резерва при неэффективности предыдущей антибактериальной терапии.

Наиболее вероятным и тяжелым осложнением является развитие дыхательной недостаточности. При наличии у пациентов сопутствующих заболеваниях лёгких и сердца может стать причиной смерти как непосредственно, так и являясь причиной развития сердечной недостаточности [6]. Основными осложнениями пневмонии являются: плевральный выпот; эмпиема плевры; деструкция / абсцесс легочной ткани; острый респираторный дистресс-синдром; острая дыхательная недостаточность; инфекционно-токсический шок; сепсис; перикардит, миокардит.

Излюбленная локализация нагноительных процессов—задненаружные сегменты обоих легких: II сегмент верхней доли и IV-нижней. Трудно поддаются распознаванию случаи стертого течения нагноительных процессов, которые наблюдаются приблизительно у каждого третьего больного с абсцедированием.

Наиболее важными, в том числе и с точки зрения планирования антибактериальной терапии, являются гнойно-деструктивные осложнения. Они развиваются преимущественно у лиц пожилого и старческого возраста, а также при наличии таких сопутствующих заболеваний, как сахарный диабет, хронический алкоголизм и др.

Средствами профилактики в настоящее время считаются пневмококковые и гриппозные вакцины. Кроме того немаловажны снижение риска аспираций (коррекция сопутствующей патологии, характер пищи, гигиена полости рта, ингибиторы АПФ); нутритивная поддержка; контроль гериатрической патологии; контроль медикаментозной терапии.

Заключение. Несмотря на постоянно развивающуюся фармацевтику и увеличение количества способов лечения, проблема пневмонии в пожилом возрасте и её влияние на качество жизни населения продолжает оставаться одной из приоритетных задач медицины. Социально-экономические факторы безусловно играют главную роль в возникновении трудностей при лечении пожилых людей. Снижение памяти и интеллекта, нарушения двигательных функций, затруднение в самообслуживании, одиночество, недостаточная личная гигиена, низкий бюджет являются причинами затруднения получения своевременной адекватной медицинской помощи пациентам пожилого возраста.

Основными принципами предупреждения осложнений пневмонии являются своевременная диагностика, адекватность лечения, всесторонний объём обследования. Физиологические особенности организма пожилого человека требуют более углубленного обследования на стадии диагностики не только при обращении с симптомами пневмонии, но и при наличии жалоб на возможно маскирующие пневмонию сопутствующие заболевания, которые приводят к ошибкам в диагностике, позднему выявлению заболевания, осложнениям, тяжёлым процессом лечения, как следствие, худшему качеству жизни. Профилактика осложнений пневмонии во многом зависит и от медико-гигиенического обучения населения по предупреждению заболевания пневмонией. При лечении или в процессе плановых и выездных мониторинговых мероприятий важна разъяснительная работа среди населения направленная на профилактику, особенно для пожилого населения, на предупреждение пневмонии и осложнений, вызванных поздним обращением, нездоровым образом жизни, запущенной формой заболевания.

Решение многих проблем медицинского обеспечения в борьбе с пневмонией в пожилом возрасте зависит от уровня знаний в области не только пульмонологии, но и гериатрии, в частности ещё мало изученных на сегодняшний момент особенностей проявления и течения заболевания у пациентов в пожилом возрасте, специфичную реакцию организма пожилого человека на лекарственные препараты. Существует острая необходимость в дальнейшем усовершенствовании медицинских препаратов и в поиске системы, оптимизирующей все сферы медико-социальной помощи в один максимально эффективный механизм по борьбе с пневмонией и её последствиями для населения пожилого возраста. В пожилом возрасте пациентам с пневмонией антибактериальная терапия обязательна. Однако каким бы эффективным не был способ

лечения, крайне важным аспектом в лечении пневмонии является своевременная, адекватная и согласованная работа всех звеньев медицинской помощи.

Список литературы.

1. Авдеев С.Н. Тяжелая внебольничная пневмония / С.Н. Авдеев, А.Г. Чучалин // РМЖ. - 2001. - Т. 9, № 5. - С. 1 - 11.
2. Алексанян Л.А. Принципы антибактериальной терапии пневмонии / Л.А. Алексанян, А.А. Верткин, М.М. Шамуилова // Лечащий врач. - 2001. - № 1. - С. 20 - 24.
3. Алексанян Л.А. Основы антибактериальной терапии внебольничной пневмонии у больных пожилого возраста / Л.А. Алексанян, М.М. Шамуилова // Лечащий врач. - 2001. - № 2. - С. 21 - 24.
4. Дворецкий Л.И. Пневмонии. Диагностика, лечение, геронтологические аспекты / Л.И. Дворецкий // РМЖ. - 2000. - Т. 4, № 11. - С. 861 - 873.
5. Джемайло В.И. Антибиотики в лечении пневмоний у больных пожилого и старческого возраста / В.И. Джемайло, Л.П. Купраш, О.В. Купраш // Клиническая антибиотикотерапия. - 2005. - № 5. - С. 11 - 15.
6. Дуков Л.Г., Борохов А.И. Диагностические и лечебно-тактические ошибки в пульмонологии. - М., Медицина, 1988.
7. Інструкція про діагностику, клінічну класифікацію та лікування пневмонії. Наказ МОЗ Україні від 30.12.99, № 311 // Український пульмонологічний журнал. - 2000. - № 2. - С. 10 - 12.
8. Карбон К. Значение новых макролидов при лечении внебольничных инфекций дыхательных путей: обзор экспериментальных и клинических данных / К. Карбон, М.Д. Пул // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. - 2000. - Т. 2, № 1. - С. 47 - 58.
9. Клебановская Е.В. Ретроспективное фармакоэпидемиологическое исследование антибиотикотерапии внебольничной пневмонии / Е.В. Клебановская // Український хіміотерапевтичний журнал. - 2000. - № 3. - С. 36 - 38.
10. Козлов С.Н. Фармакоэпидемиологический анализ лечения внебольничной пневмонии в амбулаторных условиях / С.Н. Козлов, С.Н. Рачина, Н.П. Домникова [и др.]. // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. - 2000. - Т. 2, № 3. - С. 74 - 81.

11. Новиков Ю.К. Алгоритмы выбора бактериальной терапии при внебольничных пневмониях / Ю.К. Новиков // РМЖ. - 2000. - Т. 8, № 4. - С. 174 - 179.
12. Новиков Ю.К. Диагностика и лечение внебольничных пневмоний / Ю.К. Новиков // Consilium medicum. - 2001. - № 1 - 2. - С. 11 - 17.
13. Ноников В.Е. Внебольничные пневмонии / В.Е. Ноников // Consilium medicum. - 2000. - Т. 2, № 10. - С. 396 - 400.
14. Ноников В.Е., Макарова О.В., Копылев И.Д. Сравнительное исследование клинической эффективности и переносимости трехдневного курса лечения азитромицином и десятидневного курса лечения ко-амоксиклавом больных бактериальной пневмонией // Отчет по протоколу. Sum – OD – 02 – 94 – RUS - 1. – С. 6.
15. Сахарчук И.И., Ильницкий Р.И., Дудка П.Ф. Воспалительные заболевания бронхов: дифференциальная диагностика и лечение. - К.: Книга плюс, 2005.
16. Синопальников А.И. Новые рекомендации по ведению взрослых пациентов с внебольничными пневмониями / А.И. Синопальников, Н.С. Страчунский // Клиническая микробиология и антимикробная терапия. - 2000. - Т. 3, № 1. - С. 54 - 58.
17. Строганов В.П. Микробиологическое исследование мокроты при постановке диагноза внебольничной пневмонии // Consilium medicum. - 2000. - Т. 2, № 2. - С. 66 - 67.
18. Чучалин А.Г. Актуальные вопросы пульмонологии / А.Г. Чучалин // РМЖ. - 2000. - Т. 8, № 17. - С. 727 - 730.
19. Юдина Л.В. Тактика ведения пациентов с внебольничной пневмонией: учимся на чужих ошибках / Л.В. Юдина // Здоровья України. - 2007. - №2/1. - С. 19.
20. Яковлев С. В. Внебольничная пневмония у пожилых: особенности этиологии, клинического течения и антибактериальной терапии / С.В. Яковлев // РМЖ. - Т. 7, № 16. - С. 763 - 768.
21. Яковлев С.В. Новые фторхинолоны: новые возможности лечения внебольничной пневмонии / С.В. Яковлев // Лечащий врач. - 2001. - № 1. - С. 20 - 24.
22. Barlett J.G. Community-Acquired Pneumonia in Adults: Guidelines for Management / J.G. Barlett, R.F. Breiman, L.A. Mandell, T.M. File // Clinical Infectious Diseases. - 1998. - № 28. - P. 811 - 838.

23. Bartlett J.G. Practice Guidelines for the Management of Community-Acquired Pneumonia in Adults / J.G. Bartlett, S.F. Dowell, L.A. Mandell [et all.]. // *Clinical Infections Diseases*. - 2000. - № 31. - P. 347 - 382.
24. Marrie T.J. Predictors of Symptom Resolution in Patients with Community-Acquired pneumonia / T.J. Marrie, C.Y. Lau, S.L. Wheeler // *Clinical Infections Diseases*. - 2000. - № 31. - P. 1362 - 1367.
25. Moola S. A Multicenter Study of Grepafloxacin and Clarithromycin in the Treatment of Patients With Community-Acquired Pneumonia / S. Moola, L Hagberg, G.A. Churchyard [et all.]. // *Chest*. -1999. - № 116. - P. 974 - 983.
26. Pendergast J. Reasons for choice of antibiotic for the empirical treatment of CAP by Canadian infectious disease physicians / J. Pendergast, T. Marrie // *Can. J. Infect. Dis.* - 1999. - Vol. 10, № 5. - P. 337 - 345.
27. Taylor E.L. Observations from a multicentre study of use of the sputum specimen in patients hospitalized with community-acquired pneumonia / E.L. Taylor, T.J. Marrie, M.J. Fine // *Can. J. Infect. Dis.* - 1999. - Vol. 10, № 1. - P. 39 - 46.

References.

1. Avdeev S.N., Chuchalin A.G. *RMZh*. 2001, Vol. 9, no. 5, pp. 1 - 11.
2. Aleksanjan L.A., Vertkin A.A., Shamuilova M.M. *Lechashhij vrach*. 2001, no. 1, pp. 20 - 24.
3. Aleksanjan L.A., Shamuilova M.M. *Lechashhij vrach*. 2001, no. 2, pp. 21 - 24.
4. Dvoreckij L.I. *RMZh*. 2000, Vol. 4, no. 11, pp. 861 - 873.
5. Dzhemajlo V.I., Kuprash L.P., Kuprash O.V. *Klinicheskaja antibiotikoterapija*. 2005, no. 5, pp. 11-15.
6. Dukov L.G., Borohov A.I. *Diagnosticheskie i lechebno-takticheskie oshibki v pul'monologii* [Diagnostic and therapeutic tactical errors in pulmonology]. M., Medicina, 1988.
7. *Ukraïns'kij pul'monologichnij zhurnal*. 2000, no. 2, pp. 10 - 12.
8. Karbon K., Pul M.D. *Klinicheskaja mikro-biologija i antimikrobnaja himioterapija*. 2000, Vol. 2, no. 1, pp. 47 - 58.
9. Klebanovskaja E.V. *Ukraïns'kij himioterapevtichnij zhurnal*. 2000, no. 3, pp. 36 - 38.

10. Kozlov S.N., Rachina S.N., Domnikova N.P. [i dr.]. *Klinicheskaja mikrobiologija i antimikrobnaja himioterapija*. 2000, Vol. 2, no. 3, pp. 74 - 81.
11. Novikov Ju.K. *RMZh*. 2000, Vol. 8, no. 4, pp. 174 - 179.
12. Novikov Ju.K. *Consilium medicum*. 2001, no. 1 - 2, pp. 11 - 17.
13. Nonikov V.E. *Consilium medicum*. 2000, Vol. 2, no. 10, pp. 396 - 400.
14. Nonikov V.E., Makarova O.V., Kopylev I.D. *Otchet po protokolu*. Sum – OD – 02 – 94 – RUS -1- 6 p.
15. Saharchuk I.I., Il'nickij R.I, Dudka P.F. *Vospalitel'nye zabolevanija bronhov: differencial'naja diagnostika i lechenie* [Inflammatory diseases of the bronchi: differential diagnosis and treatment]. K.: Kniga pljus, 2005.
16. Sinopal'nikov A.I., Strachunskij N.S. *Klinicheskaja mikrobiologija i antimikrobnaja terapija*. 2000, Vol. 3, no. 1, pp. 54 - 58.
17. Stroganov V.P. *Consilium medicum* . 2000, Vol. 2, no. 2, pp. 66 - 67.
18. Chuchalin A.G. *RMZh* . 2000, Vol. 8, no. 17, pp. 727 - 730.
19. Judina L.V. *Zdorovja Ukraïni*. 2007, no. 2/1, pp. 19.
20. Jakovlev S.V. *RMZh*. Vol. 7, no. 16, pp. 763 - 768.
21. Jakovlev S.V. *Lechashhij vrach*. 2001, no. 1, pp. 20 - 24.
22. Barlett J.G., Breiman R.F., Mandell L.A., File T.M. *Clinical Infectious Diseases*. 1998, no. 28, pp. 811 - 838.
23. Bartlett J.G., Dowell S.F., Mandell L.A. [et all.]. *Clinical Infections Diseases*. 2000, no. 31, pp. 347 - 382.
24. Marrie T.J., Lau C.Y., Wheeler S.L. *Clinical Infections Diseases*. 2000, no. 31, pp. 1362 - 1367.
25. Moola S., Hagberg L., Churchyard G.A. Hagberg, Churchyard [et all.]. *Chest*. 1999, no. 116, pp. 974 - 983.
26. Pendergast J., Marrie T. *Can. J. Infect. Dis*. 1999, Vol. 10, no. 5, pp. 337 - 345.
27. Taylor E.L., Marrie T.J., Fine M.J. *Can. J. Infect. Dis*. 1999, Vol. 10, no. 1, pp. 39 - 46.