

**REFERENCES**

1. Gorbas' IM. [Ischemic heart disease: epidemiology and statistics]. *Medichna gazeta «Zdorov'ya Ukraini»*, [Internet]. 2015;3(1). Ukrainian. Available from: <http://health-ua.com/article/15840-shemchna-hvorobasertcyu-epdemologiya--statistika>
2. [Order of the Ministry of Health of Ukraine dated June 13, 2016 No. 564 "On Approval and Implementation of Medical-Technological Documents for the Standardization of Medical Aid in the Part of the Prevention of Cardiovascular Diseases"]. [Internet]. Ukrainian. Available from: [http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20160613\\_0564.html](http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20160613_0564.html)
3. Catapano AL, Graham I, Backer GD, et al. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias. *European Heart Journal*. 2016;37:2999-3058.
4. Aiman U, Najmi A, Khan R. Statin induced diabetes and its clinical implications. *J Pharmacol Pharmacother*. 2014;5:181-5.
5. Cardiovascular diseases (CVDs) WHO media centre. [Internet]. 2017. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>
6. Choi H, Ford E. Prevalence of the metabolic syndrome in individuals with hyperuricemia. *Am J Med*. 2007;120:442-7.
7. Nakagomi A, Shibui T, Kohashi K, et al. Differential Effects of Atorvastatin and Pitavastatin on Inflammation, Insulin Resistance, and the Carotid Intima-Media Thickness in Patients with Dyslipidemia. *Journal of atherosclerosis and thrombosis*. 2015;22:1158-71. doi: 10.5551/jat.29520
8. Wild S, Roglic G Green, et al. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*. 2004;67:1739-42.
9. Khosla U, Zharikov S, Finch J, et al. Hyperuricemia induces endothelial dysfunction. *Kidney Int*. 2005;67:1739-42. doi: 10.1111/j.1523-1755.2005.00273.x
10. Gayoso-Diz P, Otero-González M, Xosé Rodríguez-Alvarez M, et al. Insulin resistance (HOMA-IR) cut-off values and the metabolic syndrome in a general adult population: effect of gender and age: EPIRCE cross-sectional study. *BMC Endocr Disord*. 2013;13:47. doi: 10.1186/1472-6823-13-47
11. Masanari Kuwabara. Hyperuricemia, Cardiovascular Disease, and Hypertension. *Pulse (Basel)*. 2016;3:242-52. doi: 10.1159/000443769
12. Sattar N, Preiss D, Murray HM, et al. Statins and risk of incident diabetes: a collaborative meta-analysis of randomised statin trials. *The Lancet*. 2010;27:735-42. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61965-6



УДК 616.24-002:616.13.002.2-004.6] 08-059

[https://doi.org/10.26641/2307-0404.2018.1\(part 2\).126945](https://doi.org/10.26641/2307-0404.2018.1(part 2).126945)

**В.Ф. Орловський,  
А.В. Жаркова,  
С.Я. Удовиченко**

**ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ  
НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ  
З ВИСОКИМ КАРДІОВАСКУЛЯРНИМ  
РИЗИКОМ (ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ)**

*Сумський державний університет, медичний інститут  
вул. Римського-Корсакова, 2, Суми, 40007, Україна  
Sumy State University, Medical Institute  
R. Korsakova str., 2, Sumy, 40007, Ukraine  
e-mail: a.v.zharkova@gmail.com*

**Ключові слова:** пневмонія, пацієнти літнього віку, статини, ішемічна хвороба серця, коморбідність, С-реактивний протеїн

**Key words:** pneumonia, elderly patients, statins, Ischaemic heart diseases, comorbidity, C-reactive protein

**Реферат. Оптимізація лікування больних негоспітальною пневмонією з високим кардіоваскулярним ризиком (случай із практики). Орловський В.Ф., Жаркова А.В., Удовиченко С.Я.** Пневмонія займає значительную долю в структурі захворюваності та смертності населення України та світу. Серед пацієнтів пожилого віку захворюваність цієї хвороби в декілька разів вище. При цьому у пацієнтів цієї категорії прогноз може бути досить несприятливим, що пов'язано з цілим рядом вікових особливостей. Це, в свою чергу, вказує на необхідність застосування більш точних критеріїв та нових методів оцінки стану больних пневмонією, визначення ступеня тяжкості та прогнозу перебігу захворювання. В ході роботи розглянуто конкретний приклад застосування алгоритму «Інтегральна гериатрична оцінка, адаптована для неотложної допомоги» при лікуванні пожилого пацієнта, больного пневмонією. Конкретизовано роль статинів в комплексному лікуванні захворювання запального характеру та їх зв'язок з рівнем С-реактивного білка як індикатора ризику несприятливого перебігу хвороби в формі тромботичних ускладнень. Таким чином, медична допомога пацієнтам пожилого віку з пневмонією повинна бути комплексною в плані діагностики (підвищення об'єктивності шляхом застосування більш точних методик оцінки функціонального стану) та лікування. Висока ступінь коморбідності серед пацієнтів категорії «frail elderly», больних пневмонією, вимагає застосування підходів, які дозволяють знизити кардіоваскулярні та інші ризики. Серед таких підходів – призначення статинів в максимальних дозах, в світлі їх впливу на рівень С-реактивного білка як предиктора тромботичних ускладнень.

**Abstract. The optimization of treatment of patients with community-acquired pneumonia with high cardiovascular risk (case from practice). Orlovskii V.F., Zharkova A.V., Udovichenko S.Ya.** Pneumonia occupies a significant part in the structure of morbidity and mortality of the population of Ukraine and the whole world. The incidence of this disease is several times higher among elderly patients. At the same time the prognosis for patients of this category can be fairly unfavorable, being connected with a number of age features. This fact, in its turn, points out the necessity of more precise criteria and new methods of assessing changes in the condition of a patient with pneumonia, and it also became a valid criterion to use in determining the severity and prognosis of the disease course. In this article the specific example of the application of the algorithm, named “Integral geriatric evaluation adapted for emergency care”, in the treatment of an elderly patient with pneumonia was considered. The role of statins in the complex treatment of patients with inflammatory diseases and their link with the level of C-reactive protein as a risk indicator of the unfavourable course of the disease in the form of the thrombotic complications was specified. So, medical care for elderly patients with pneumonia should be comprehensive in terms of diagnosis (improving the fairness through the application of the new and more precise methodology of assessing the functional state of a human organism) and treatment. The high degree of comorbidity among patients of the category “frail elderly” with pneumonia requires the application of approaches, which enable to reduce the cardiovascular risks and other ones. Such approaches include the administering of statins at high doses, in light of its impact on the level of C-reactive protein as a predictor of the thrombotic complications.

Згідно з інформацією ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» хвороби органів дихання займають значну частку у структурі смертності: 32,3 на 100 тис. осіб. В ієрархії причин смерті серед населення України хвороби органів дихання стабільно посідають 5 місце [2]. У США пневмонія входить до п'ятірки основних причин госпіталізації серед дорослих у віці після 65 років, разом із хворобами серцево-судинної системи, остеоартритом та септицемією. Кількість звернень пацієнтів з приводу пневмонії в 2015 році, за інформацією Healthcare Cost and Utilization Project, становила 631 випадок на 100 тис. населення. Для порівняння, у віковій категорії 45-64 роки – 242 на 100 тис. населення, а в категорії до 45 років – навіть не входила до 10-ти основних причин госпіталізації [2].

У дослідженні, проведеному в Португалії, було встановлено, що рівень летальності серед тих, хто захворів на пневмонію, становив 4,5% серед пацієнтів віком 18-50 років, 19,4% - для осіб віком понад 50 років і 24,8% - для людей

віком понад 75 років. Щодо британських даних, летальність серед хворих на пневмонію становила 5,6% серед осіб віком до 65 років та 47,2% у пацієнтів більш похилого віку [3].

Серед причин збільшення ризику тяжкого перебігу пневмонії та несприятливого прогнозу для здоров'я та життя можна назвати спричинені старінням фізіологічні зміни дихального тракту (послаблення кашльового рефлексу та мукоциліарного кліренсу), імунної системи (як природної, так і адаптивної), а також хронічні захворювання, що асоціюються з віком (цукровий діабет, хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), ішемічна хвороба серця (ІХС), артеріальна гіпертензія (АГ), серцева недостатність (СН), хронічна хвороба нирок). Якщо врахувати той факт, що за статистичними прогнозами до 2025 року близько 20% населення Європи буде складати вікова група понад 65 років, проблема збільшеного ризику захворюваності та смертності від пневмонії в цієї категорії пацієнтів залишається актуальною.

Термін «пацієнти літнього віку» має бути чітко визначеним, оскільки має значення при виборі стратегії лікування. Усі люди віком від 65 років вважаються літніми, втім це визначення ґрунтується на суто соціальних аспектах, що породжують клінічно дуже різномірну популяційну групу. Таким чином, вводиться нове поняття «слабкі літні люди» (frail elderly). Ця категорія визначається як людина похилого віку з більшою імовірністю щодо несприятливого результату, наприклад, пневмонії. Цей стан пояснюється зменшенням фізіологічних резервів, як наслідком старіння і, таким чином, накопиченням захворювань із плином часу, що призводить до втрати здатності реагувати на ситуації стресу. Отже, ця концепція більше пов'язана з біологічним, ніж хронологічним віком [8].

У більш загальному вигляді виділяють 2 широкі фенотипічні профілі: літні пацієнти без ознак (клінічних критеріїв) нестабільності (frailty = нестабільність, ламкість, крихкість) та пацієнти з ознаками нестабільності (медичні, функціональні, нейропсихічні, соціальні чинники). Чим більша кількість чинників, тим більша ймовірність несприятливого прогнозу [4].

На сьогоднішній день рутинна мікробіологічна діагностика не може використовуватися для вирішення питання щодо того, з якого антибактеріального препарату першої лінії починати лікування хворого на негоспітальну пневмонію, адже це призведе до затримки початку АБ-терапії, що, у свою чергу, призведе до погіршення прогнозу перебігу захворювання. Втім, є доцільним встановлення збудника (збудників) із визначенням чутливості до АБ, для подальшої корекції схеми лікування у разі неефективності стартової терапії.

У 20-70% хворих на НП середньотяжкого перебігу, які потребують госпіталізації у відділення терапевтичного профілю, не вдається визначити збудників захворювання. За даними мікробіологічних досліджень, домінуючим патогеном є *S. pneumoniae* (в 11-39% випадків), рідше визначають *H. influenzae* (у 4,0-9,5%), *Legionella* spp. (у 3,6-7,5%), *M. catarrhalis* (в 1,2-3,1%), *S. aureus* (у 0,8-3,8%), грамнегативні ентробактерії (в 1,0 - 5,3%), *M. pneumoniae* (у 4,1-14,6%), *C. pneumoniae* (у 3,1-13,1%) та віруси (у 8,9-12,8%).

У пацієнтів більш літнього віку спектр збудників, що викликають захворювання, має деякі відмінності. У дослідженні, проведеному в Японії, серед 1594 зразків мокротиння, які були перевірені з використанням традиційних культуральних методів, з 759 (48%) зразків були

виділені збудники; 719 (45%) були моноклональними і 40 (3%) були поліклональними. Найбільш поширеним бактеріальним патогеном був виявлений *H. influenzae* (10%), а потім - *S. pneumoniae* (9%). *H. influenzae* частіше виділяли з амбулаторних випадків, тоді як *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae* та *Escherichia coli* частіше виділяли у хворих на госпітальну пневмонію [1].

Літні хворі відрізняються підвищеним ризиком ураження мультирезистентними штамми збудників. Серед чинників, що сприяють цьому: часті госпіталізації, медичне обслуговування вдома, гемодіаліз, антибактеріальне лікування протягом останніх 3 місяців. Застосовуються поняття «healthcare-associated pneumonia (HCAP)» (пневмонія, асоційована із медичним доглядом) та «nursing home-acquired pneumonia (NHAP)» (пневмонія, асоційована з медсестринським доглядом вдома). Вважається, що етіологія цих видів пневмонії дещо відрізняється від госпітальної (*Pseudomonas aeruginosa*, грамнегативні палички, що продукують β-лактамазу та метицилін – резистентний *Staphylococcus aureus*) [9].

Для практичної діяльності запропонований алгоритм «Інтегральна геріатрична оцінка (IGA), адаптована для невідкладної допомоги». Він включає в себе такі критерії та опитувальники для їх оцінки: когнітивна функція (Six-Item Screener), сплутаність свідомості (Confusion Assessment Method), депресія (Emergency Department Depression Screening Instrument), функціональний стан (Barthel index), коморбідність (Charlson index), поліфармація (Criteria of STOP & START), падіння (Falls) (Get up and Go test), соціальна ситуація (Family situation of the Gijón Scale of Sociofamilial assessment).

Критерій STOPP & START спрямований на виявлення застосування хворим неречептурних ліків, припинення їх застосування (STOPP) та оптимізація шляхом заміни на ті, до прийому яких хворий має показання (START). Важливим при веденні пацієнтів літнього віку є врахування так званого плейотропного ефекту деяких груп медичних засобів. Втім, це явище може мати й позитивний ефект: на особливу увагу заслуговують інгібітори 3-гідроксил-3-метил-глутарилкоферменту А — редуктази (статини) - препарати «стратегічного значення» при лікуванні атеросклерозу.

Цілим рядом досліджень (Ridker, Albert, Van de Ree, Plenge, Bays et al.) було доведено, що до неліпідних ефектів застосування статинів у максимальних терапевтичних дозах (аторвастатин 80 мг, симвастатин 80 мг, розувастатин

40 мг, ловастатин 40 мг) відносять їх здатність знижувати рівень С - реактивного білка (СРБ).

Патогенетична дія СРБ реалізується в комплексі з ІЛ-6, який є індуктором його синтезу. Існують дані, що свідчать про зв'язок між рівнем СРБ та серцево-судинним ризиком, ризиком атеросклеротичних ускладнень, оскільки СРБ є чутливим маркером системної запальної відповіді. Залежність між ризиком інфаркту міокарда, ішемічного інсульту та рівнем СРБ пряма, лінійна. Рівень СРБ більше 4 мг/л вважається таким, що відповідає високому ризику.

Рівень СРБ доцільно застосовувати для оцінки кардіоваскулярного ризику на фоні запального процесу при пневмоніях у пацієнтів категорії «frail elderly». З метою зниження ризику тромботичних ускладнень можна запропонувати застосування статинів у комплексі лікування пацієнтів літнього віку з негоспітальною пневмонією.

#### **Клінічний випадок**

Хворий Г., 1947 р.н. поступив до Сумського обласного клінічного госпіталю 16.06.17 зі скаргами на слабкість, сухий кашель, задишку під час фізичного навантаження, періодичний біль у грудній клітці колючого характеру, нестабільність АТ, тяжкість та набряки на ногах.

Супутній діагноз: ІХС. Дифузний та постінфарктний (2011 рік) кардіосклероз. Шлуночкова екстрасистолія. СН ІБ, ФК 3. Гіпертонічна хвороба 2 стадія 2 ступеня, ризик дуже високий.

На момент госпіталізації був встановлений діагноз: Негоспітальна двобічна полісегментарна нижньодольова пневмонія, група III. Легенева недостатність І ст.

Діагноз був встановлений на основі: скарг (слабкість, кашель, задишка, біль у ГК), даних фізикального обстеження (ЧДР – 26, ЧСС – 78, притушення легеневого звуку в нижніх відділах обох легень, ослаблення дихання у н/в обох легень) та ознак вогнищевої інфільтрації при рентгенографії ОГК.

Щодо оцінки тяжкості перебігу, згідно з Адаптованою клінічною настановою, заснованою на доказах:

- Шкала PORT (the Pneumonia Patient Outcomes Research Team) - II–V клас ризику летального наслідку (вік пацієнта, наявність супутніх патологій);

- CRB-65 – легкий перебіг;

- PSI – pneumonia severity index = 90 (що відповідає III класу ризику).

Однак ці прогностичні критерії не дозволяють врахувати низку важливих аспектів, зокрема соціальних (можливість здійснення адекватної

терапії і догляду в домашніх умовах). Тим часом значну кількість пацієнтів з НП госпіталізують саме за соціальними показаннями або з приводу загострення супутньої патології (25–50% від числа усіх госпіталізованих), що особливо часто спостерігається в пацієнтів літнього віку.

Стан хворого Г. був оцінений згідно з алгоритмом «Інтегральна геріатрична оцінка (IGA), адаптована для невідкладної допомоги» [8] Six-Item Screener - пацієнт зміг згадати 2 предмети з 3-х запропонованих.

При первинному огляді у хворого спостерігалися ознаки з категорій «В» та «С» згідно з Confusion Assessment Method (CAM) (пацієнт легко відволікається від розмови зі співрозмовником, змінює тему розмови, важко концентрується). Відсутність ознаки з категорії «А» не дає можливості встановити діагноз делірій, втім наявність 2-х ознак може свідчити про тенденцію до обтяження перебігу.

Важливим є вчасно встановити в пацієнта наявність ознак депресії. Згідно з «Emergency Department Depression Screening Instrument», пацієнт Г. стверджувально відповів на 2 запитання, що дає право запідозрити наявність депресії.

З метою оцінки функціональної спроможності пацієнта (здатність до самообслуговування) використовувався індекс Бартель (Barthel index), що включає 3-ступеневу оцінку найпростіших функцій (можливість самостійного харчування, використання туалету тощо). Функціональна активність пацієнта становила 80 балів (максимальна оцінка – 100) (під ризиком - у разі гострої функціональної недостатності (Barthel  $\leq$  60 - середньотяжка залежність)).

Було проведено оцінку коморбідності за допомогою Charlson index. Бал, який набрав пацієнт – 7, що вказує на високий ризик несприятливого прогнозу в 10-річній перспективі та високий рівень коморбідності. Під час оцінки ймовірності падінь застосовувався «Get up and Go test». Виконання цієї вправи (пропонували піднятися та пройти 3 метри, потім повернутися на місце) забрало у хворого більше 20 сек., що говорить про ризик падінь.

Соціальна ситуація цього пацієнта (згідно з Family situation of the Gijón Scale of Sociofamilial assessment) оцінювалася як «4», оскільки він мав дітей, що не проживали з ним.

Таким чином, пацієнт мав додаткові, пов'язані з віком ознаки нестабільності, що в сумі становили ризик тяжкого перебігу та несприятливого прогнозу.

Біохімічний аналіз крові (17.06.17): загальний білок 79,9 г/л (норма – 65-85 г/л), сечовина –

8,0 ммоль/л (1,7-8,3 ммоль/л), креатинін – 96 мкмоль/л (53-97 мкмоль/л), АЛТ – 86 ОД/л (40 ОД/л), АСТ 81 ОД/л (38 ОД/л), загальний ХЛ 6,5 ммоль/л (до 6,1 ммоль/л), СРБ - 25 мг/л (норма – до 5 мг/л).

Біохімічний аналіз крові (03.07.17): загальний білок 70,8 г/л (норма – 65-85 г/л), сечовина - 7,2 ммоль/л (1,7-8,3 ммоль/л), креатинін – 65 мкмоль/л (53-97 мкмоль/л), АЛТ – 33 ОД/л (40 ОД/л), АСТ 35 ОД/л (38 ОД/л), загальний ХЛ 6,0 ммоль/л (до 6,1 ммоль/л), СРБ – 7 мг/л (норма – до 5 мг/л).

Хворий Г. віднесений до III групи хворих через наявність супутніх патологій, літній вік та ризик обтяження перебігу. З першого дня госпіталізації пацієнт отримував емпіричне етіотропне лікування: цефалоспорин III покоління внутрішньом'язово (цефтриаксон 1,0 – 1 раз на добу протягом 7 днів) + макролід перорально (азітроміцин 0,5 – 1 раз на день протягом 6 днів), додатково проводилась дезінтоксикаційна терапія та контроль показників гемодинаміки.

Враховуючи високий рівень СРБ, додатково до лікування пневмонії пацієнту було призначено аторвастатин у дозі 80 мг.

При проведенні контрольного біохімічного аналізу крові 03.07.2017 року було визначено зниження рівня СРП з 25 мг/л до 7 мг/л, тобто в 3,4 разу. Слід зазначити також, що проведена терапія сприяла зменшенню розмірів інфільтратів у легенях на 20-й день госпіталізації та їх зник-

ненню через 6 місяців після виписки (за інформацією з первинної ланки).

Терапію аторвастатином у максимальній дозі було рекомендовано продовжувати після виписки зі стаціонару. Тромботичних ускладнень як протягом стаціонарного лікування, так і на подальшому амбулаторному етапі до моменту підготовки цього матеріалу зареєстровано не було.

### ВИСНОВКИ

1. При виборі тактики лікування пацієнтів літнього віку з негоспітальною пневмонією доцільно проводити комплексну оцінку стану пацієнта.

2. Слід враховувати, що визначення рівня С-реактивного протеїну в пацієнтів з негоспітальною пневмонією категорії «frail elderly» є не тільки показником активності запального процесу, а може бути також предиктором ризику розвитку тромботичних ускладнень.

3. З метою зниження кардіоваскулярного ризику в пацієнтів з негоспітальною пневмонією на фоні ішемічної хвороби серця можна рекомендувати використання препаратів групи статинів у максимальних дозах.

4. Подальше вивчення ефективності максимальних доз статинів у комплексній терапії пацієнтів категорії «frail elderly» з негоспітальними пневмоніями може бути актуальним аспектом пошуку тактики зниження кардіоваскулярного ризику при коморбідній патології.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. Уніфікований протокол надання медичної допомоги дорослим хворим на негоспітальну пневмонію: негоспітальна пневмонія у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія та профілактика. Рішення Президії Національної академії медичних наук України, протокол № 12/6 від 10.11.2016 р.. 2016: НАМН України, 10.11.2016. – 108 с.

2. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України / П.С. Мельник, О.М. Дзюба, Г.О. Слабкий [та ін.] // <http://www.niss.gov.ua/>. — 2017. — Режим доступу: <http://www.uiph.kiev.ua/vidavnychia-diyalnist/shchorichna-dopovid>.

3. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP). National Inpatient Sample (NIS), 2015 <https://www.ahrq.gov/research/data/hcup/index.html>

4. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people / K. Rockwood, X. Song, C. MacKnight [et

al.] // Canadian Medical Association J. – 2005. – Vol. 173, N 5. – P. 489-495.

5. Atorvastatin Treatment for Atrial Fibrillation Reduces Serum High-Sensitivity C-Reactive Protein Levels / Fang-Cheng Su, Xi-Dong Li, Shao-Xia Sun [et al.] // Bio. Med. Research Inter., 2015. – P. 1-10.

6. El-Solh A.A. Nursing home-acquired pneumonia: a review of risk factors and therapeutic approaches / A.A. El-Solh, M.S. Niederman, P. Drinka // Curr. Med. Res. Opin. – 2010. – Vol. 26, N 12. – P. 2707-2714.

7. Froes F. Community-acquired pneumonia in adults in mainland Portugal incidence and mortality in hospital inpatients between 1998 and 2000 / F. Froes // Rev. Port. Pneumol. – 2003. – Vol. 9, N 3. – P. 187-194.

8. Guidelines for the management of community-acquired pneumonia in the elderly patient / J. González-Castillo, F. Martín-Sánchez [et al.] // Revista Espanola De Quimioterapia. – 2014. – Vol. 27, N 1. – P. 69-86.

9. The Burden and Etiology of Community-Onset Pneumonia in the Aging Japanese Population: A Multicenter Prospective Study / K. Morimoto, M. Suzuki, T. Ishifuji [et al.] // PLOS One. – 2015. – Vol. 10, N 3.

## REFERENCES

1. [An adapted evidence-based clinical practice guideline. Unified protocol for the provision of medical care to adult patients with community-acquired pneumonia. "Community-acquired pneumonia in adults: etiology, pathogenesis, classification, diagnosis, antibiotic therapy and prophylaxis"]. Kyiv, National Academy of Medical Sciences of Ukraine, 2016.
2. Mel'nik PS, Dzyuba OM, Slabkiy GO, et al. [Annual report on the health status of the population, the sanitary and epidemiological situation and the results of the Ukrainian health care system]. Ministry of Healthcare Ukraine, Kyiv, 2017;516. Ukrainian.
3. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP), National Inpatient Sample (NIS), 2015. Available from: <https://www.ahrq.gov/research/data/hcup/index.html>
4. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *Can Med Assoc J.* 2005;173:489-95.
5. Fang-Cheng Su, Xi-Dong Li, Shao-Xia Sun, et al. Atorvastatin Treatment for Atrial Fibrillation Reduces Serum High-Sensitivity C-Reactive Protein Levels. *BioMed Research International.* 2015; Article ID 402481:10. doi: 10.1155/2015/402481
6. El-Solh AA, Niederman MS, Drinka P. Nursing home-acquired pneumonia: a review of risk factors and therapeutic approaches. *Curr Med Res Opin.* 2010 Dec;26(12):2707-14. doi: 10.1185/03007995.2010.530154
7. Froes F. Community-acquired pneumonia in adults in mainland Portugal: incidence and mortality in hospital inpatients between 1998 and 2000. *Rev Port Pneumol.* 2003 May-Jun;9(3):187-94. PMID: 14685629
8. González-Castillo J, Martín-Sánchez F, et al. Guidelines for the management of community-acquired pneumonia in the elderly patient. *Rev Esp Quimioter.* 2014 Mar;27(1):69-86. PMID: 24676248
9. Morimoto K, Suzuki M, Ishifuji T, Yaegashi M, Asoh N, Hamashige N, et al. The Burden and Etiology of Community-Onset Pneumonia in the Aging Japanese Population: A Multicenter Prospective Study. *PLoS ONE.* 2015;10(3):e0122247. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0122247>



УДК 616.32-008.1-036-07:614.253.2-055

[https://doi.org/10.26641/2307-0404.2018.1\(part 2\).126946](https://doi.org/10.26641/2307-0404.2018.1(part 2).126946)

**О.А. Росицька,  
А.В. Черниловський**

### **ДІАГНОСТИКА ДИСФАГІЇ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ (КЛІНІЧНІ ВИПАДКИ)**

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»  
кафедра сімейної медицини ФПО  
(зав. – д. мед. н., доц. І.Л. Височина)  
вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна  
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»  
Department of Family Medicine of FPE  
V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine  
e-mail: aleksa2005@ua.fm*

**Ключові слова:** дисфагія, діагностика, інсульт, клінічні випадки  
**Key words:** dysphagia, aspiration, stroke, clinical cases

**Реферат.** Діагностика дисфагії в практиці сімейного лікаря (клінічні випадки). Росицька О.А., Черниловський А.В. Дисфагія являється важливим фактором ризику такого серйозного загрожуючого життю або здоров'ю пацієнта ускладнення, як аспірація (аспіраційна пневмонія), обезвоживання, недоїдання.