



Клинический случай

Случай рецидивирующей аспирационной пневмонии

М.А. Карнаушкина^{1,2✉}, И.Е. Тюрин^{1,3}, А.Г. Романовских¹, И.П. Смирнов¹, Ю.А. Пигарева²,
А.А. Ворошилов², И.Л. Клячкина¹

¹ ФГБОУ ВО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия;

² ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», Москва, Россия;

³ ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, Москва, Россия

✉ kar3745@yandex.ru

Аннотация

В публикации представлен случай рецидивирующей аспирационной пневмонии у 65-летней женщины, госпитализированной с жалобами на периодическое повышение температуры тела до субфебрильных значений, кашель с обильной слизисто-гноющей мокротой, нахождение одышки, снижение массы тела на 15 кг в течение предшествующего года. Указанные жалобы носят рецидивирующий характер и беспокоят в течение двух лет, по поводу чего пациентка неоднократно госпитализировалась с диагнозом «двусторонняя пневмония», проводились курсы антибактериальной терапии с краткосрочным положительным эффектом. При компьютерной томографии органов грудной клетки выявлены прогрессирующие изменения в легочной ткани. С учетом перенесенного ранее рака гортани (проводились оперативное лечение, лучевая и химиотерапия) высказано предположение о наличии метастатического процесса в легких. Согласно результатам патоморфологического исследования данных, подтверждающих рецидив онкологического заболевания, не получено. При обследовании пациентки не выявлено признаков микобактериальной и грибковой инфекции. При проведении рентгеноконтрастного исследования глотки и пищевода выявлена ротоглоточная дисфагия, вызванная дисфункцией надгортанника и ставшая причиной повторяющихся аспираций, послуживших причиной развития рецидивирующей аспирационной пневмонии.

Ключевые слова: аспирационная пневмония, дисфагия, дисфункция надгортанника, рак гортани, дифференциальная диагностика.

Для цитирования: Карнаушкина М.А., Тюрин И.Е., Романовских А.Г., Смирнов И.П., Пигарева Ю.А., Ворошилов А.А., Клячкина И.Л. Случай рецидивирующей аспирационной пневмонии. *Клинический разбор в общей медицине.* 2026; 7 (1): 7–11.

DOI: 10.47407/kr2026.7.1.00743

Clinical Case

Case of recurrent aspiration pneumonia

Maria A. Karnaushkina^{1,2✉}, Igor E. Tyurin^{1,3}, Anna G. Romanovskikh¹, Igor P. Smirnov¹,
Yulia A. Pigareva², Anton A. Voroshilov², Irina L. Klyachkina¹

¹ Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow, Russia;

² Patrice Lumumba People's Friendship University of Russia (RUDN University), Moscow, Russia;

³ N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology, Moscow, Russia

✉ kar3745@yandex.ru

Abstract

The article presents a case of recurrent aspiration pneumonia in a 65-year-old woman who was hospitalized with complaints of intermittent fever, coughing with copious mucopurulent sputum, increasing shortness of breath, and a weight loss of 15 kg over the previous year. These complaints were recurrent and had been present for 2 years, leading to multiple hospitalizations with a diagnosis of bilateral pneumonia and courses of antibiotic therapy with short-term positive effects. A chest computed tomography scan revealed progressive changes in the lung tissue. Given the patient's previous history of laryngeal cancer (treated with surgery, radiation therapy, and chemotherapy), it was suggested that she may have a metastatic process in her lungs. However, a pathomorphological examination did not reveal any evidence of a recurrence of cancer. The examination of the patient did not reveal signs of mycobacterial and fungal infection. When conducting a radiocontrast examination of the pharynx and esophagus, oropharyngeal dysphagia was revealed, caused by dysfunction of the epiglottis and became the cause of repeated aspiration, which served as the cause of recurrent aspiration pneumonia.

Keywords: aspiration pneumonia, dysphagia, epiglottis dysfunction, laryngeal cancer, differential diagnosis.

For citation: Karnaushkina M.A., Tyurin I.E., Romanovskikh A.G., Smirnov I.P., Pigareva Yu.A., Voroshilov A.A., Klyachkina I.L. Case of recurrent aspiration pneumonia. *Clinical review for general practice.* 2026; 7 (1): 7–11 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2026.7.1.00743

Введение

Микроаспирация является одним из основных патогенетических механизмов развития пневмонии. Другие механизмы, такие как ингаляционный, гематогенный и контактный, играют меньшую роль в патогенезе заболевания. В дебюте пневмонии путем аспирации инфекционно-воспалительного содержимого носоглотки или полости рта микроорганизмы попадают сначала в верхние, а затем и в нижние дыхательные пути. Тактика ве-

дения таких пациентов подробно представлена в существующих клинических рекомендациях, посвященных как внебольничной, так и нозокомиальной пневмонии [1, 2]. Макроаспирация является патогенетическим механизмом развития одной из наиболее тяжелых и прогностически неблагоприятных форм пневмонии – аспирационной. Результаты опубликованных исследований свидетельствуют о повышении риска смерти у данной категории пациентов [3].

Развитию аспирационной пневмонии предшествует попадание в респираторную систему большого объема содержимого ротоглотки или верхних отделов желудочно-кишечного тракта, что приводит к развитию аспирационного синдрома. Данный синдром включает три основных патофизиологических механизма. Это механическая обструкция дыхательных путей аспирированным содержимым, химический пневмонит и, при присоединении бактериальной инфекции, аспирационный бронхолит и/или пневмония. Именно инфекционно-воспалительный процесс, развивающийся в легочной ткани при попадании аспирированного содержимого, и носит название «аспирационная пневмония» [4]. Несмотря на то что в ходе клинических исследований от 10 до 30% госпитализированных пациентов с диагнозом «внебольничная пневмония» указывают на эпизод аспирации, предшествовавший развитию заболевания, пациентов с диагнозом «аспирационная пневмония/пневмонит», согласно данным официальной статистики, крайне мало [3, 5]. По мнению многих авторов, низкая выявляемость заболевания связана с неполным сбором анамнеза, отсутствием у врачей настороженности по поводу наличия факторов риска аспирации и недостаточным знанием особенностей лечения этой группы пациентов. Данные проведенного многоцентрового исследования свидетельствуют, что врачи не видят существенной разницы в ведении пациентов с аспирационной пневмонией и пневмонией иного генеза. Авторы одного из исследований пришли к выводу, что аспирационные пневмонии возникают чаще, чем принято считать, поскольку во многих случаях это заболевание не распознается и трактуется как обычная пневмония [6].

Выявлено достаточно много факторов риска развития аспираций. Наиболее значимым из них является дисфагия [7]. В 2022 г. T. Gurte и соавт. сообщили, что 76% смертей, связанных с аспирационной пневмонией, произошли в возрастной группе 75 лет и старше [8]. Вместе с тем возраст не является непосредственным предрасполагающим фактором аспирации, развитие аспирационной пневмонии ассоциируется с нарушениями глотания и кашлевого рефлекса, а также высокой восприимчивостью к инфекционным заболеваниям у лиц старшей возрастной группы [9].

В данной публикации представлен клинический случай пациентки с рецидивирующей аспирационной пневмонией, развившейся на фоне постлучевой и постоперационной рубцовой деформации ротоглотки и дисфункции надгортанника. В статье подчеркивается важность ранней диагностики хронической аспирации, выделяются особенности клинико-рентгенологической картины заболевания у пациентов с ротоглоточной дисфагией.

Клинический случай

Женщина 65 лет поступила с жалобами на периодическое повышение температуры тела до субфебрильных значений, продуктивный кашель с обильной сли-

зисто-гноющей мокротой, нарастание одышки, снижение массы тела на 15 кг за предшествующий год. Указанные жалобы носят рецидивирующий характер и беспокоят в течение двух лет. Пациентка неоднократно госпитализировалась с диагнозом «двусторонняя пневмония», проводились курсы антибактериальной терапии (АБТ) с кратковременным положительным эффектом. Из анамнеза известно, что 8 лет назад был установлен диагноз: рак боковой стенки носоглотки, метастазы в подчелюстные лимфатические узлы с двух сторон, T1N2Mo, III стадия. По поводу данного заболевания пациентка была успешно прооперирована и получила семь курсов химиотерапии. Курение и профессиональные вредности отрицала. Поводом для настоящей госпитализации в пульмонологическое отделение явились наличие длительного инфекционно-воспалительного синдрома, рецидивирующий характер течения пневмонии, нарастающая дыхательная недостаточность и прогрессирующие изменения в легочной ткани.

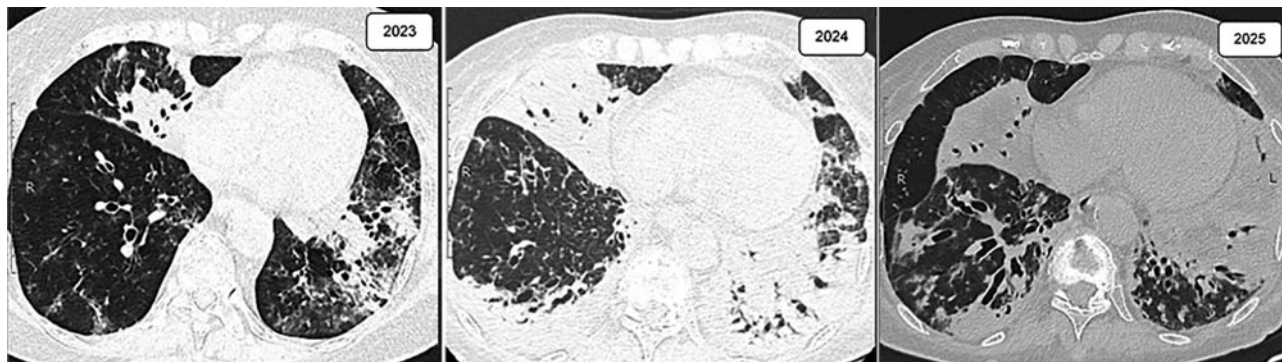
При поступлении состояние средней степени тяжести. Температура тела – 37,2°C. Кожа и видимые слизистые оболочки бледные. Тургор кожи снижен. Индекс массы тела 17,5 кг/м². Отеков нет. Грудная клетка правильной формы. При перкуссии грудной клетки отмечается притупление перкуторного звука в подлопаточной области слева, там же при аускультации легких выслушивается резкое ослабление дыхания. Над остальной поверхностью легких дыхание жесткое с разнотембровыми хрипами, изменяющимися при откашливании. Частота дыхательных движений – 24 в минуту, напряжение гемоглобина кислородом (SpO₂) в покое при дыхании комнатным воздухом – 90%. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Слабый систолический шум на аорте, проводящийся на сосуды шеи. Артериальное давление – 105/60 мм рт. ст., частота сердечных сокращений – 90 уд/мин. Живот мягкий, слабо болезненный при пальпации по ходу толстого кишечника. Размеры печени перкуторно не увеличены. Селезенка не пальпируется. Дизурии нет. Отмечается склонность к запорам.

При лабораторном исследовании выявлены нормохромная нормоцитарная анемия (гемоглобин – 10⁹ г/л), лейкоцитоз (11,1×10⁹/л) с нейтрофильным сдвигом, гипоальбуминемия (32 г/л) и увеличение концентрации С-реактивного белка (112 мг/л).

Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки (КТ ОГК). Согласно полученным данным по всем легочным полям, преимущественно в средних и нижних отделах, определяются множественные очаги по типу «дерева в почках», участок консолидации в язычковых сегментах левого легкого, нижняя доля слева субтотально консолидирована со щажением сегмента S_{VI} и наличием симптома воздушной бронхографии. Бронхи в сегменте S_{VI} левого легкого частично заполнены содержимым с наличием бронхоэктазов, средняя доля правого легкого представлена консолидатом (рис. 1). Отмечается отрицательная динамика по сравнению с предыдущими исследованиями в виде нарастания зон консолидации и бронхолита.

Рис. 1. КТ ОГК в динамике (2023–2025): участки уплотнения легочной ткани по типу «матового стекла» в верхних долях обоих легких, множественные очаги по типу «дерева в почках» по всем легочным полям преимущественно в средних и нижних отделах; участок консолидации в язычковых сегментах левого легкого; нижняя доля левого легкого субтотально консолидирована с наличием симптома воздушной бронхографии, в сегменте S_{VI} – частично заполненные содержимым бронхи и бронхоэктазы. Средняя доля правого легкого представлена консолидатом. Выраженная отрицательная динамика.

Fig. 1. Follow-up chest CT (2023–2025): areas of ground-glass opacity in the upper lobes of both lungs, multiple "tree-in-bud" foci throughout all lung fields, mainly in the middle and lower zones; area of consolidation in the lingular segments of the left lung; subtotal consolidation and the air bronchogram sign in the lower lobe of the left lung, partially filled bronchi and bronchiectasis in the segment S_{VI} . The middle lobe of the right lung is represented by consolidate. Clear worsening.



Сформулировано несколько диагностических версий: аспирационная пневмония, метастатическое поражение легких, туберкулез легких, нетуберкулезный микобактериоз, микоз легких. С целью получения бронхоальвеолярного лаважа (БАЛ) и проведения трансбронхиальной биопсии (ТББ) выполнена фибробронхоскопия (ФБС). Во время исследования в просвете бронхов выявлено большое количество жидкого гнойного секрета, получен БАЛ из сегментарных бронхов нижней доли левого легкого, выполнена ТББ. Результаты БАЛ: повышено общее количество клеток ($3,4 \times 10^6$ /мл), 90% из них составили нейтрофилы. Злокачественных клеток в пределах предоставленного материала не найдено. Кислотоустойчивые микобактерии и нетуберкулезные микобактерии не выявлены, мицелий грибов не обнаружен. Уровень галактоманнана не повышен. При морфологическом исследовании материала, полученного при ТББ, определяется кусочек слизистой оболочки, выстланный многоядным респираторным эпителием с примесью немногочисленных бокаловидных клеток, фиброз стенки бронха с лимфоплазматической и нейтрофильной инфильтрацией. При микробиологическом исследовании идентифицированы *Staphylococcus aureus* (10^6 КОЕ/мл) и *Streptococcus agalactiae* (10^6 КОЕ/мл). Признаков злокачественного новообразования не выявлено. Сделано заключение о наличии признаков хронического воспалительного процесса.

После проведенного дообследования наиболее вероятным диагнозом стал рецидивирующий аспирационный синдром, что требовало выявления причины аспирации. Пациентка категорически отрицала наличие дисфагии, утверждая, что принимает твердую пищу без затруднений. Для исключения дисфагии ей было предложено в присутствии врача сделать три глотка воды («трехглотковая проба»). При первом же глотке пациентка закашлялась. Проба была расценена как положительная, что соответствует синдрому ротоглоточной

Рис. 2. Рентгеноскопия глотки и пищевода с контрастированием. Акт глотания не нарушен. После одного глотка водорастворимое контрастное вещество на уровне гортаноглотки примерно в равных пропорциях поступает в пищевод и в трахею. Исследование прекращено. Заключение: рентгенологическая картина может соответствовать дисфункции надгортанника / наличию крупного свищевого хода на уровне гортаноглотки.

Fig. 2. Contrast-enhanced X-ray of the pharynx and esophagus. No swallowing impairment. After a single sip, the water-soluble contrast agent enters the esophagus and trachea in approximately equal proportions at the level of the laryngopharynx. Assessment is terminated. Conclusion: X-ray pattern can correspond to epiglottitis dysfunction / presence of the large fistula at the level of the laryngopharynx.



дисфагии. С целью подтверждения аспирации и установления ее характера выполнена рентгеноскопия глотки и пищевода с жидким контрастным веществом (рис. 2).

Результаты исследования подтвердили наличие дисфункции надгортанника. В качестве возможных причин данной патологии рассматривались несколько этиологических факторов, среди которых рубцовые изменения и нарушение иннервации глотки, возникшие после хирургического вмешательства и проведения лучевой терапии, рецидив онкологического заболевания, поражение головного мозга, системное заболевание соединительной ткани или васкулит. Выполнены иммунологическое исследование крови (все маркеры системных заболеваний – в пределах должных значений), магнитно-резонансная томография головного мозга (без патологических изменений), пациентка про-

консультирована онкологом (данных, свидетельствующих о рецидиве опухолевого процесса, нет). При осмотре носо- и ротоглотки выявлены грубые рубцы, деформирующие небную занавеску.

Окончательный диагноз сформулирован следующим образом.

Основной: диффузный аспирационный бронхиолит. Двусторонние бронхоэктазы.

Фоновый: рак передней небной дужки справа, T1N0M0, I стадия. Удаление опухоли ротоглотки справа. Рак боковой стенки носоглотки, метастазы в подчелюстные лимфатические узлы с двух сторон, T1N2M0, III стадия. Состояние после химиолучевого лечения.

Осложнения: хроническая гипоксемическая дыхательная недостаточность. Аспирационная пневмония. Ротоглоточная дисфагия.

В течение 10 дней после проведения ФБС проводилась АБТ с использованием цефотаксима, на фоне чего отмечалась нормализация лабораторных показателей. Пациентка проконсультирована в ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского». Патологии ЛОР-органов, приводящей к развитию дисфагии, выявлено не было, рекомендована консультация хирурга для решения вопроса о хирургическом лечении и формировании гастростомы.

Обсуждение

Аспирационная пневмония может иметь различную клиническую и рентгенологическую картину, это зависит от количества и характера аспирата, наличия факторов риска, а также от острого или хронического характера аспирации [3]. В обсуждаемом клиническом случае хронический характер макроаспирации содержимого ротоглотки обусловлен наличием дисфагии, основания для развития которой были выявлены при изучении анамнеза пациентки. Клинико-рентгенологическая картина заболевания характеризовалась прогрессирующим поражением легких и наличием персистирующего инфекционно-воспалительного процесса. Согласно имеющимся данным, поражение бронхолегочной системы, вызванное аспирацией, чаще проявляется двусторонними изменениями в легочной ткани по типу «дерева в почках» или участками консолидации, локализующимися в гравитационно-зависимых сегментах легких. Базальные сегменты нижних долей поражаются у пациентов, находящихся в вертикальном или полужаком положении в момент аспирации, в то время как задние сегменты верхних долей поражаются у людей, находившихся в момент аспирации в горизонтальном положении [10].

У пациентки, представленной в клиническом случае, большинство эпизодов аспирации происходило при вертикальном положении тела, в момент приема жидкости. В связи с этим рентгенологические изменения представлены двусторонним прогрессирующим поражением легочной ткани с формированием бронхиолита

по типу «дерева в почках», участками консолидации легочной ткани, локализованными преимущественно в нижних отделах обоих легких. Данная рентгенологическая картина в сочетании с наличием инфекционно-воспалительного синдрома и онкологическим анамнезом потребовала исключения как инфекционного генеза выявленных изменений (микобактериоз, аспергиллез), так и рецидива опухоли с метастатическим поражением легких. Все указанные причины заболевания были исключены. Следующим шагом диагностики стало исключение хронической аспирации. При неоднократном сборе анамнеза пациентка утверждала, что не испытывает затруднений при проглатывании пищи. Учитывая данные проведенного литературного поиска, свидетельствующие, что многие пожилые люди с наличием коморбидной патологии имеют выраженную, но часто нераспознанную, «тихую» дисфагию, не вызывающую значимого дискомфорта вследствие самостоятельной адаптации режима питания к проблемам с приемом пищи [11], были проведены исследования для объективной оценки наличия аспирационного синдрома. Первый шаг в обследовании пациентов с подозрением на аспирацию, развившуюся на фоне дисфагии, – выявление и разграничение орофарингеальной и пищеводной дисфагии. В начале диагностического поиска следует выполнить эзофагогастроуденоскопию, а также рентгеноскопию глотки и пищевода с контрастированием. Еще одно необходимое исследование – оценка нарушений глотания с проведением «трехглотковой пробы» [11].

В представленном случае была выявлена «скрытая» орофарингеальная дисфагия, которую пациентка расценивала как появление кашля при приеме пищи. Таким образом был установлен механизм возникновения рецидивирующей пневмонии, которым стала хроническая аспирация. Ее причиной явились нарушения функции надгортанника и рубцовые изменения в глотке. Поскольку аспирировалось жидкое содержимое ротоглотки и классического синдрома механической обструкции и химического пневмонита, характерного для данного заболевания, не отмечалось, своевременное установление диагноза оказалось затруднено.

Еще одной проблемой явилась дальнейшая тактика ведения пациентки. Лечение хронической аспирационной пневмонии направлено прежде всего на профилактику рецидивирующей аспирации. Без этого АБТ и санация дыхательных путей будут не эффективны. Согласно существующим рекомендациям, кормление через назогастральный зонд не приводит к улучшению выживаемости или снижению частоты аспирационных пневмоний и может быть связано с развитием осложнений. Поэтому пациентам проводится обычное кормление с соблюдением рекомендованных специалистами правил приема пищи. Так, например, прием загущенных жидкостей и продуктов с определенной текстурой помогает снизить риск аспирации. Существуют маневры головы, шеи и подбородка для обеспечения более безопасного глотания. Занятия с логопедами помо-

гают подобрать метод глотания, подходящий для конкретного пациента [11]. Только в том случае, если пациент не может выполнить данные рекомендации или они не эффективны, следует рассмотреть вопрос о наложении гастростомы. Это следует учесть и при определении тактики лечения в обсуждаемой клинической ситуации. Перечень антибактериальных препаратов, применяемых у пациентов с аспирационной пневмонией, указан в клинических рекомендациях по внебольничной или нозокомиальной пневмонии. В связи с неоднократными и продолжительными курсами АБТ в течение предшествующих двух лет выбор антибиотика для лечения представленной пациентки целесообразно осуществлять с учетом результатов микробиологического исследования.

Выводы

Хроническая аспирация является одной из причин, определяющих наличие двусторонних рецидивирующих гравитационно-зависимых изменений в легочной ткани, сочетающихся с длительно существующим воспалительным синдромом. При обследовании такого пациента клиницисту необходимо обратить внимание на тщательный сбор анамнеза, уделяя особое внимание эпизодам и факторам риска аспирации.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Список литературы доступен на сайте журнала <https://klin-razbor.ru/>

The list of references is available on the journal's website <https://klin-razbor.ru/>

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Карнаушкина Мария Александровна – д-р мед. наук, проф. каф. пульмонологии ФГБОУ ДПО РМАНПО, ФГАОУ ВО «РУДН им. Патриса Лумумбы». E-mail: kar3745@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-8791-2920

Тюрин Игорь Евгеньевич – д-р мед. наук, проф., зав. каф. рентгенологии и радиологии ФГБОУ ДПО РМАНПО, зам. директора ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина». ORCID: 0000-0003-3931-1431

Романовских Анна Геннадьевна – канд. мед. наук, доц. каф. пульмонологии ФГБОУ ДПО РМАНПО. ORCID: 0000-0001-9675-7451

Смирнов Игорь Павлович – ассистент каф. пульмонологии ФГБОУ ДПО РМАНПО. ORCID: 0000-0001-8954-5303

Пигарева Юлия Анатольевна – канд. мед. наук, ФГАОУ ВО «РУДН им. Патриса Лумумбы»

Ворошилов Антон Алексеевич – зав. отд-нием реанимации и интенсивной терапии, врач анестезиолог-реаниматолог Университетской клиники им. В.В. Виноградова ФГАОУ ВО «РУДН им. Патриса Лумумбы»

Поступила в редакцию: 05.08.2025

Поступила после рецензирования: 12.08.2025

Принята к публикации: 21.08.2025

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Maria A. Karnauzhkina – Dr. Sci. (Med.), Prof., Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Patrice Lumumba People's Friendship University of Russia (RUDN University). E-mail: kar3745@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-8791-2920

Igor E. Tyurin – Dr. Sci. (Med.), Full Prof., Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology. ORCID: 0000-0003-3931-1431

Anna G. Romanovskikh – Cand. Sci. (Med.), Russian Medical Academy of Continuous Professional Education. ORCID: 0000-0001-9675-7451

Igor P. Smirnov – Assistant, Russian Medical Academy of Continuous Professional Education. ORCID: 0000-0001-8954-5303

Yulia A. Pigareva – Cand. Sci. (Med.), Patrice Lumumba People's Friendship University of Russia (RUDN University)

Anton A. Voroshilov – anesthesiologist-resuscitator, V.V. Vinogradov University Clinic, Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia (RUDN University)

Received: 05.08.2025

Revised: 12.08.2025

Accepted: 21.08.2025