

**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ
У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ**

Россолова В. В., Минчик М. Б., Рудько А. И., Саливончик Д. П.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Учреждение

**«Гомельский областной клинический госпиталь инвалидов Отечественной войны»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Внебольничная пневмония (ВП) — острое заболевание, возникшее вне стационара или позднее 4 недель после выписки из него, или диагностированное в первые 48 ч от момента госпитализации. В РБ уровень заболеваемости системы органов дыхания в 2011 г. составил 42 533,8 на 100 тыс. населения, из них смертность от пневмоний составила 10 человек на 100 тыс. населения [4, 5].

Наиболее частой причиной ВП является *Streptococcus pneumoniae* (30–50 % случаев), *Chlamydophila pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella pneumophila* (8–30 %), в ряде случаев может иметь место микст-инфекция и некоторые другие возбудители. Вирусные и смешанные вирусно-бактериальные инфекции составляют около 10–20 % всех случаев болезни. К редким (3–5 %) возбудителям ВП относят — *Haemophilus influenzae*, *S. Aureus*, *Klebsiella pneumoniae* и др. *энтеробактерии*. В очень редких случаях внебольничную пневмонию может вызывать *Pseudomonas aeruginosa* (у больных муковисцидозом, при наличии бронхоэктазов). Следует отметить, что не всегда удается выявить этиологическую причину ВП, даже при тщательном проведении всех методов диагностики [1, 3].

В зависимости от степени тяжести различают ВП нетяжелого и тяжелого течения. Пациенты с тяжелым течением пневмонии (систолическое артериальное давление < 90 мм рт. ст.; тахипноэ ≥ 30 в мин; двусторонняя или многодолевая пневмоническая инфильтрация; быстрое прогрессирование очагово-инфильтративных изменений в легких или необходимость введения вазопрессоров > 4 ч; необходимость проведения механической вентиляции; острая почечная недостаточность) нуждаются в неотложной терапии и подлежат экстренной госпитализации в ОРИТ [1, 3].

Диагностика ВП, в соответствии с современными Российскими и Европейскими рекомендациями, основана на данных клинической картины (наличие соответствующих жалоб и физикальных проявлений), лабораторных (воспалительные изменения в ОАК и биохимическом анализе крови с увеличением белков острой фазы — С-реактивного белка (СРБ), уровня прокальцитонина) и инструментальных методов (в первую очередь рентгенологическая диагностика).

В большинстве клинических случаев не удается установить этиологию ВП. В связи с этим предложено использовать эмпирический подход к терапии, основанный на частоте встречаемости определенных возбудителей ВП, тяжести заболевания и наличии факторов риска *Pseudomonas aeruginosa-инфекции* (бронхоэктазы, прием системных глюкокортикоидов, терапия антибиотиками широкого спектра действия более 7 дней в течение последнего месяца, истощение), массивной аспирации [3].

У госпитализированных пациентов подразумевается более тяжелое течение ВП, поэтому начинать терапию целесообразно с парентеральных антибиотиков. Переход на пероральный прием препаратов возможен при стабилизации состояния пациента и улучшении клинической картины заболевания (таблица 1). В случае развития септического шока задержка с назначением антимикробного препарата не должна превышать 1 ч [1, 3].

Аспирационную пневмонию следует предполагать у пациентов:

- 1) после документированного эпизода массивной аспирации;

2) у пациентов, имеющих факторы риска для развития аспирации, таких как нарушение сознания, дисфагия вследствие механического или неврологического нарушения верхних отделов пищеварительного тракта [2, 3].

Таблица 1 — Рекомендации по эмпирической терапии госпитализированных пациентов

Антибактериальная терапия ВП нетяжелого течения	
аминопенициллин ± макролид ингибиторозащищенный аминопенициллин ± макролид цефалоспориин без антисинегнойной активности (цефотаксим или цефтриаксон) ± макролид левофлоксацин моксифлоксацин бензилпенициллин ± макролид	
Антибактериальная терапия ВП тяжелого течения	
без факторов риска <i>P. aeruginosa</i> -инфекции	при наличии факторов риска <i>P. aeruginosa</i> -инфекции
цефалоспориин III поколения (без антисинегнойной активности) + макролид или моксифлоксацин или левофлоксацин ± цефалоспориин III поколения (без антисинегнойной активности)	цефалоспориин с антисинегнойной активностью ¹ или ингибиторозащищенный ацилуреидопенициллин или карбапенем ² + ципрофлоксацин ³ или + макролид + аминогликозид (гентамицин, тобрамицин или амикацин)
Антибактериальная терапия аспирационной пневмонии	
отделение общего профиля, пациенты, госпитализированные из домов престарелых	ОРИТ, пациенты, госпитализированные из домов престарелых
ингибиторозащищенный β-лактам (внутри или внутривенно) или клиндамицин или цефалоспориин (в/в) + метронидазол (внутри) или моксифлоксацин	клиндамицин + цефалоспориин или цефалоспориин + метронидазол

Примечание: ¹ цефтазидим необходимо комбинировать с бензилпенициллином, что обусловлено недостаточной антипневмококковой активностью цефалоспориина; ² предпочтительнее назначение меропенема в дозе до 6,0 г/сутки; ³ препаратом альтернативы может быть левофлоксацин (750 мг 1 раз в сутки или 500 мг² раза в сутки).

Если же удалось определить этиологию ВП, назначают антибактериальную терапию с учетом природной активности антимикробного препарата в отношении выделенного микроорганизма (таблица 2). Выбор антибактериальных средств должен осуществляться в соответствии с локальными данными о чувствительности микроорганизмов [1].

Таблица 2 — Антибактериальная терапия ВП с установленным возбудителем

Пенициллинорезистентный <i>S. pneumoniae</i> (МПК >8 мг/л)	Метициллиночувствительный <i>S. aureus</i> (MSSA)	MRSA	Ампициллинорезистентные штаммы <i>H. influenza</i>
левофлоксацин моксифлоксацин ванкомицин, тейкоплагин линезолид	цефалоспориин II поколения клиндамицин левофлоксацин моксифлоксацин	ванкомицин (или тейкоплагин) ± рифампицин линезолид	ингибиторозащищенный аминопенициллин левофлоксацин моксифлоксацин
<i>M. pneumoniae</i> , <i>C. pneumoniae</i>	<i>Legionella</i> spp.	<i>Coxiella burnetii</i>	<i>Acinetobacter baumannii</i>
доксидиклин макролид левофлоксацин моксифлоксацин	левофлоксацин (препарат выбора) ¹ моксифлоксацин макролид ² (предпочтительнее азитромицин) ± рифампицин	доксидиклин левофлоксацин моксифлоксацин	цефалоспориин III поколения + аминогликозид ампициллин/ сульбактам

Примечание: МПК — минимальная подавляющая концентрация; MRSA — метициллинорезистентный *S. aureus*; ¹ — результаты недавних проведенных исследований свидетельствуют, что эффективность респираторных фторхинолонов, особенно левофлоксацина, при лечении легионеллезной инфекции пре восходит таковую макролидов; ² — среди макролидных антибиотиков наибольшей активностью в отношении легионеллы обладает азитромицин.

Говоря о неантимикробной терапии ВП, европейские эксперты отмечают целесообразность введения низкомолекулярного гепарина при развитии острой дыхательной недостаточности, при развитии острого респираторного дистресс-синдрома, а также обращают внимание на неоправданность назначения в данной клинической ситуации глюкокортикостероидов [3].

Оценка эффективности антибактериальной терапии должна проводиться через 48–72 ч после начала лечения. Критериями эффективности лечения ВП являются снижение температуры тела, уменьшение признаков дыхательной недостаточности, стабилизация гемодинамики, изменение сывороточного уровня СРБ. Рентгенологические признаки пневмонии сохраняются более длительное время, чем клинические симптомы заболевания. Решение о выписке из стационара следует принимать исходя из клинического состояния пациента [3].

Европейские эксперты предложили выделять 2 типа неэффективности антибактериальной терапии при ВП — неразрешающаяся пневмония и медленно разрешающаяся пневмония. При неразрешающейся пневмонии отсутствие ответа на проводимую терапию в течение 72 ч после госпитализации обусловлено, в большинстве случаев, резистентностью возбудителей, их высокой вирулентностью или наличием у пациента иммунодефицитных состояний. Неэффективность лечения спустя 72 ч после госпитализации ассоциируется с развитием осложнений (плевральный выпот, эмпиема плевры, абсцесс легкого и т. д.). Медленно разрешающаяся пневмония характеризуется отсутствием полного рентгенологического разрешения очагово-инфильтративных изменений в легких спустя 4 недели от начала заболевания. В данной клинической ситуации, следует установить возможные факторы риска затяжного течения заболевания [1, 3].

ЛИТЕРАТУРА

1. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике / А. Г. Чу-чалин [и др.]. — М.: 2010. — 106 с.
2. Авдеев, С. Н. Аспирационная пневмония / С. Н. Авдеев // Клин. микробиол. антимикроб. химиотер. — 2008. — Т. 10, № 3. — С. 216–234.
3. Woodhead, M. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections. M. Woodhead, F. Blasi, S. Ewig and the ERS/ESCMID Task Force // Clin. Microbiol. Infect. — 2011. — 17 (Suppl. 6): 1–59.
4. Смертность в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. за 2010–2011 гг. — Минск: ГУ РНМБ, 2012. — 232 с.
5. Статистический ежегодник Республики Беларусь, 2013 / редкол.: В. И. Зиновский (гл. ред.) [и др.]. — Минск, 2014. — 578 с.