

В.М. Гриб

## ПНЕВМОНИЯ: ПРАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

**Пневмония** – давно известное и неплохо изученное заболевание. По своей сути – это острый инфекционно-воспалительный процесс в легочной ткани. Микробные факторы при этом могут быть совершенно разные, но преобладают бактерии (прежде всего *Streptococcus pneumoniae*). Существенную нишу в современной пневмонии занимают т.н. «атипичные» микроорганизмы (*Mycoplasma pneumoniae*). Вирусные пневмонии – нечастое явление, однако им свойственно тяжелое течение.

Патогенетические механизмы могут быть разные, но основные два: аспирация в дыхательные пути секрета ротоглотки и вдыхание аэрозоля, содержащего микроорганизмы.

Немаловажную роль в развитии пневмонии играют механические факторы (аэродинамическая фильтрация, разветвление бронхов, надгортанник, кашель и чиханье, колебательные движения ресничек мерцательного эпителия слизистой оболочки бронхов), а также клеточные гуморальные механизмы неспецифического и специфического иммунитета. В целом, не смотря на то, что этиопатогенез пневмоний достаточно хорошо изучен, иногда остается загадкой, почему при прочих равных условиях один человек заболевает пневмонией, а другой не сталкивается с этой патологией никогда в жизни.

Классификация пневмоний периодически меняется, стабильным и принципиальным остается деление пневмонии на 2 группы: внебольничные и внутрибольничные (госпитальные, нозокомиальные) пневмонии.

В диагностике пневмонии традиционно сохраняют свою роль: острое начало, ряд клинических проявлений (кашель, боль в грудной клетке, одышка, лихорадка, локальные хрипы в легких) и рентгенологические данные (инфильтрация в легочной ткани). Наличие последних изменений считается обязательным. Дополняют диагноз общий анализ крови и ряд биохимических показателей. Диагноз пневмонии обычно не сложен, но надо помнить, что под маской пневмонии может скрываться другая патология: рак легких, туберкулез, тромбоэмболия легочной артерии, сердечно-сосудистая недостаточность и другие нарушения.

Важно не только правильно поставить диагноз, но и оценить тяжесть заболевания, а также наличие осложнений. По поводу тяжести на сегодняшний день допустимо 2 градации: тяжелая и нетяжелая пневмония. Что касается осложнений, то список их достаточно внушителен, одни из которых весьма выражены и представляют угрозу для жизни больного (септический шок, острый респираторный дистресс

синдром, ДВС-синдром), другие могут быть не столь заметными (выявляемые специальными методами исследования), но также весьма серьезными.

Тактика обследования и лечения больных с пневмониями с 2005 года определяется на основании клинических протоколов, утвержденных Минздравом РБ. С 2012 года действуют новые клинические протоколы (приказ Минздрава РБ №768 от 05.07.2012).

После установления диагноза (или предположения) перед врачом возникает вопрос о месте лечения: амбулаторно или стационар. Вопрос весьма важный, поскольку, не госпитализировав больного, нуждающегося в этом, врач несет ответственность за последствия такого решения. Безусловно, нуждаются в госпитализации больные с тяжелой пневмонией. Согласно клиническим протоколам выделяются «малые» и «большие» критерии тяжелого течения пневмонии.

### «Большие» критерии тяжелого течения пневмонии:

- необходимость в проведении искусственной вентиляции легких;
- быстрое прогрессирование очагово-инфильтративных изменений в легких – увеличение размеров инфильтрации более, чем на 50 % на протяжении ближайших 2 суток;
- септический шок, необходимость введения вазопрессорных препаратов на протяжении 4 часов и более;
- острая почечная недостаточность (количество мочи менее 80 мл за 4 часа, уровень креатинина в сыворотке выше 0,18 ммоль/л или концентрация азота мочевины выше 7 ммоль/л при отсутствии хронической почечной недостаточности).

### «Малые» критерии тяжелого течения пневмонии:

- частота дыхания 30 за 1 мин и более;
- нарушение сознания;
- SaO<sub>2</sub> менее 90 % (по данным пульсоксиметрии), парциальное напряжение кислорода в артериальной крови (PaO<sub>2</sub>) ниже 60 мм рт.ст.;
- систолическое артериальное давление ниже 90 мм рт.ст.;
- двустороннее или многоочаговое поражение легких, полости распада, плевральный выпот;

Тяжелое течение пневмонии констатируется при наличии у пациента не менее двух «малых» или одного «большого» критерия, каждый из которых достоверно повышает риск развития летального исхода. В таких случаях рекомендуется неотложная госпитализация пациентов в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ).

У больных с нетяжелой пневмонией вопрос о предпочтении стационарного лечения может быть рассмотрен в следующих случаях:

## ☆ Краткие сообщения

1. Возраст старше 60 лет.

2. Наличие сопутствующих заболеваний (хронический бронхит, ХОБЛ, бронхоэктазы, злокачественные новообразования, сахарный диабет, хроническая почечная недостаточность, застойная сердечная недостаточность, хронический алкоголизм, наркомания, выраженный дефицит массы тела, цереброваскулярные заболевания).

3. Неэффективность стартовой антибактериальной терапии.

4. Беременность.

На решение о госпитализации также влияет невозможность адекватного ухода и выполнения всех врачебных предписаний в домашних условиях, а также желание пациента и/или членов его семьи.

Выбор антибиотика (главного направления в лечении пневмоний) остается эмпирическим, поскольку задача своевременной и точной этиологической диагностики остается нерешенной. На выбор антибиотика влияют тяжесть пневмонии, возраст больного, наличие сопутствующих заболеваний и ряд других факторов. Согласно клиническим протоколам, если это амбулаторный больной до 60 лет с нетяжелой пневмонией, без сопутствующих заболеваний, антибиотика выбора – амоксициллин и/или макролиды внутрь. При нетяжелой пневмонии у пациентов в возрасте старше 60 лет и/или с сопутствующими заболеваниями антибактериальные лекарственные средства выбора: амоксициллин/клавулановая кислота; макролиды: азитромицин или кларитромицин внутрь. Оценка эффективности антибактериальной терапии – через 48-72 часа (снижение температуры до нормальных или субфебрильных цифр, улучшение общего самочувствия). При неэффективности стартовой терапии – госпитализация.

При лечении пневмонии среднетяжелого течения в стационаре антибиотиками выбора являются: амоксициллин/клавулановая кислота в/в в сочетании с азитромицином внутрь или в/в или кларитромицином; или

цефотаксим, цефуроксим в/м, или в/в, или цефтриаксон в/в или в/м в сочетании азитромицином внутрь или в/в. Антибиотики резерва: карбопенемы, цефоперазон/сульбактам, респираторные фторхинолоны.

При пневмонии тяжелого течения антибиотики выбора: цефотаксим или цефтриаксон - в/в в сочетании с азитромицином в/в или кларитромицином или карбопенемы (меропенем, дорипенем, эртапенем, или имипинем/циластатин).

При подозрении на инфекцию, вызванную *P. aeruginosa*, лекарственными средствами выбора являются: цефепим, имипенем /циластатин, меропенем, дорипенем, ципрофлоксацин, левофлоксацин, цефоперазон/сульбактам, цефтазидим.

При тяжелой пневмонии в отделении реанимации и интенсивной терапии: на выбор представляются следующие антибиотики: цефоперазон/сульбактам, цефепим, имипенем /циластатин, меропенем, эртапенем, или дорипенем.

При неэффективности и при подозрении на MRSA-инфекцию назначают: линезолид или тейкопланин или ванкомицин.

■ Этиологическое лечение пневмоний является, безусловно, главным в терапии пневмоний, однако используются и патогенетические направления в лечении. Это мукорегуляция, противовоспалительная терапия, дезинтоксикация. Традиционно находят применение и физиотерапевтические методы лечения.

■ В клинической практике имеются особые варианты пневмонии, заслуживающие отдельного изложения: госпитальная, вирусная, аспирационная пневмония, а также пневмония у больных с иммунодефицитом.

В заключение можно отметить, что пневмония относится к терапевтической патологии, где можно в большинстве случаев достичь максимального результата в лечении – полного выздоровления. И это накладывает особую ответственность на врача.

*Поступила 16.01.2013 г.*