



# КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР С ЭКСПЕРТОМ

## Разбор № 3

# Патогенетическая терапия внебольничной пневмонии

**В**небольничная пневмония (ВП) представляет собой одно из наиболее значимых инфекционных заболеваний человека, ассоциируемых с высокой смертностью. Ежегодно от этой патологии в мире умирают 4 млн человек.

Основу лечения ВП составляют антибактериальные препараты, которые назначаются эмпирически. Однако даже адекватная антибактериальная терапия (АБТ) ВП не всегда заканчивается разрешением процесса.

### Клинический случай

Больная С., 27 лет. При поступлении жаловалась на выраженную слабость, одышку, кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты, повышение температуры тела до 38,1 °С. Из анамнеза известно, что пациентка на протяжении 3 нед амбулаторно лечилась по поводу ВП: получала ципрофлоксацин, спирамицин, цефтриаксон.

**При объективном исследовании:** частота дыхания — 22/мин, ЧСС — 110 уд/мин, АД — 140/90 мм рт. ст. Аускультативно — в межлопаточной области справа выслушивались крепитация и мелкопузырчатые влажные хрипы.

**Общий анализ крови:** Нб — 124 г/л, эритроциты —  $4,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты —  $17,2 \times 10^9$ /л, п/я — 1%, с/я — 73%, эозинофилы — 3%, лимфоциты — 21%, моноциты — 2%, СОЭ — 46 мм/ч.

**Рентгенография органов грудной полости:** ВП верхней и средней долей правого легкого (рис. 1, 2).

В стационаре проведена ступенчатая АБТ амоксициллином/клавулановой кислотой в сочетании с кларитромицином 0,5 г/сут 7 дней, назначены амброксол внутривенно и отхаркивающие средства.

При правильном лечении больного ВП к 3-му дню наблюдаются снижение температуры тела и уменьшение проявлений интоксикации, отсутствуют признаки дыхательной недостаточности; к 6-10-му дню показатели крови приходят в норму, исчезают хрипы в легких, сосудистый рисунок на рентгенограмме органов грудной полости еще изменен.

К 10-дню пребывания в стационаре самочувствие больной С. улучшилось, однако сохранялся кашель

с выделением небольшого количества слизистой мокроты.

**Общий анализ крови:** Нб — 128 г/л, эритроциты —  $4,47 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты —  $9,1 \times 10^9$ /л, п/я — 1%, с/я — 60%, эозинофилы — 2%, лимфоциты — 28%, моноциты — 9%, СОЭ — 21 мм/ч.

На контрольной рентгенограмме органов грудной полости обнаружена небольшая инфильтрация в III сегменте верхней доли правого легкого (рис. 3, 4).

Несмотря на наличие инфильтративных изменений на рентгенограмме,

дальнейшее назначение антибиотиков нецелесообразно, так как у пациентки нормализовалась температура тела, отсутствовала интоксикация и наблюдались положительные сдвиги в общем анализе крови. Хотелось бы подчеркнуть, что АБТ при ВП, как правило, назначается на 7-10 дней. Этого вполне достаточно для эрадикации возбудителя, хотя воспалительная реакция в легочной ткани еще сохраняется и обуславливает ряд симптомов: кашель, выделение мокроты, иногда бронхоспазм, наличие сухих или влажных



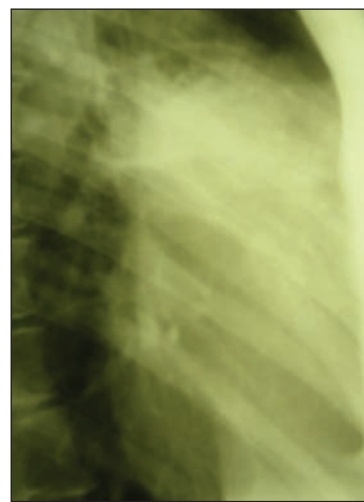
**Л.В. Юдина, к.м.н.,**  
доцент кафедры фтизиатрии  
и пульмонологии Национальной  
медицинской академии  
последипломного образования  
им. П.Л. Шупика

хрипов в легких и др. (табл. 1). Сроки рентгенологического разрешения ВП зависят от вида возбудителя (табл. 2) [3].

Л.И. Дворецкий, С.В. Яковлев (2003) в статье «Ошибки в антибактериальной терапии инфекций дыхательных путей в амбулаторной практике» указывают, что собственно воспалительная реакция легочной ткани, которая проявляется различными клинико-рентгенологическими признаками (аускультативная картина, сохраняющаяся рентгенологическая инфильтрация, ускорение СОЭ), регрессирует медленнее, и это расценивается как отсутствие эффекта от проводимой терапии. В связи с этим следует считать ошибочной тактику, при которой больному с сохраняющимися рентгенологическими признаками легочной инфильтрации, крепитирующими хрипами (*crepitacio redux*), увеличением СОЭ при нормализации температуры тела и исчезновении (или уменьшении) признаков интоксикации продолжается АБТ. У некоторых пациентов после исчезновения признаков интоксикации и даже регрессии воспалительных изменений в легких в течение длительного времени могут сохраняться слабость, повышенная потливость, субфебрильная температура тела. Незначительный субфебрилитет расценивается врачом как проявление не полностью купированной бронхолегочной инфекции, что «подтверждается» рентгенологическими данными в виде изменения легочного рисунка или «остаточными явлениями пневмонии» и обычно обуславливает назначение нового антибактериального препарата, несмотря на отсутствие изменений со стороны крови. Между тем подобная клиническая ситуация часто обусловлена вегетативной дисфункцией после легочной инфекции



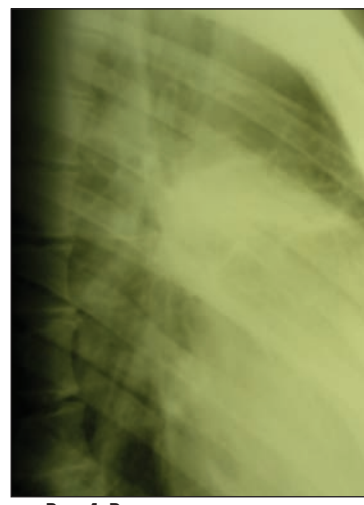
**Рис. 1. Рентгенограмма органов грудной полости при поступлении (фронтальная проекция)**



**Рис. 2. Рентгенограмма органов грудной полости при поступлении (боковая проекция)**



**Рис. 3. Рентгенограмма органов грудной полости после лечения (фронтальная проекция)**



**Рис. 4. Рентгенограмма органов грудной полости после лечения (боковая проекция)**

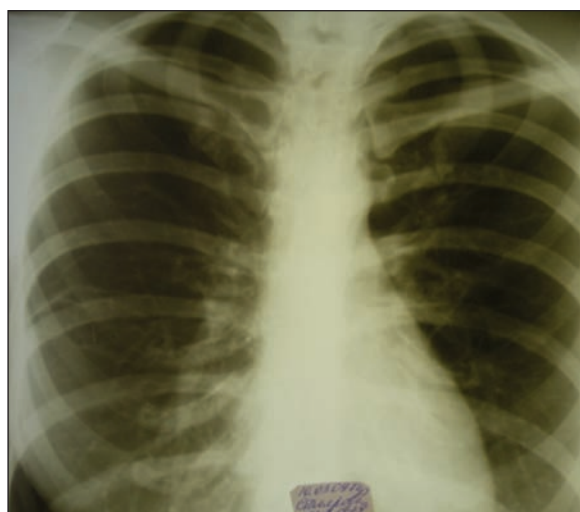


Рис. 5. Рентгенограмма больной С. через 3 мес (фронтальная проекция)

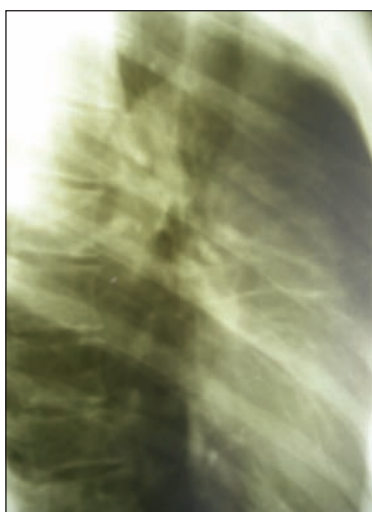


Рис. 6. Рентгенограмма больной С. через 3 мес (боковая проекция)

Таблица 1. Сроки исчезновения симптомов при эффективной антибактериальной терапии ВП

| Симптомы и признаки            | Сроки исчезновения |
|--------------------------------|--------------------|
| Интоксикация                   | 24-48 ч            |
| Положительная гемокультура     | 24-72 ч            |
| Лихорадка                      | 2-5 дней           |
| Лейкоцитоз                     | 5-10 дней          |
| Хрипы в легких                 | 1-3 нед            |
| Сухой кашель                   | 2-8 нед            |
| Инфильтрация на рентгенограмме | 2-8 нед и более    |

Таблица 2. Сроки рентгенологического разрешения ВП в зависимости от возбудителя

| Вид возбудителя                  | Сроки рентгенологического разрешения | Частота пневмофиброза |
|----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| <i>S. pneumoniae</i>             | 1-3 мес                              | Редко                 |
| <i>M. pneumoniae</i>             | 2 нед – 2 мес                        | Редко                 |
| <i>C. pneumoniae</i>             | 1-3 мес                              | Редко                 |
| <i>Legionella</i> spp.           | 2-6 мес                              | 10-25%                |
| <i>S. aureus</i>                 | 3-5 мес                              | Часто                 |
| Грамотрицательные энтеробактерии | 3-5 мес                              | Часто                 |

(постинфекционная астения) и не требует назначения АБТ, хотя, разумеется, в каждом конкретном случае необходимо тщательное обследование больного и анализ всей имеющейся симптоматики.

Необоснованно часто в качестве противовоспалительной терапии при затянувшемся течении пневмонии

используются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). НПВП, ингибируя циклооксигеназный путь метаболизма арахидоновой кислоты, могут одновременно вызывать гиперпродукцию провоспалительных лейкотриенов C4, D4, E4, которые идентифицируются как медленно действующая субстанция анафилаксии, ответственная за бронхоспазм, гиперсекрецию слизи, усиление сосудистой проницаемости и другие патологические проявления при заболеваниях легких [1, 2].

Противовоспалительный препарат Эреспал® по механизму действия не относится ни к стероидным средствам, ни к НПВП. Препятствуя транспорту ионов кальция внутрь клеток, он уменьшает продукцию всех метаболитов арахидоновой кислоты (как простагландинов, так и лейкотриенов), что приводит к угнетению экссудации и развитию отека в первой фазе воспаления, а за счет ингибции хемотаксиса и высвобождения цитокинов препятствует переходу вос-

палительного процесса в клеточную фазу. Этот же процесс лежит в основе спазмолитического действия Эреспала в отношении гладкой мускулатуры бронхов и нормализации процесса секреции слизи.

Помимо этого, Эреспал® проявляет антигистаминные свойства посредством блокады H<sub>1</sub>-рецепторов, оказывая тем самым противоотечное действие, а также снижает объем бронхиального секрета, что связано со свойством препарата блокировать α<sub>1</sub>-адренергические рецепторы, через которые стимулируется секреция вязкой слизи. Важным звеном противовоспалительного действия Эреспала является его ингибирующее влияние на синтез и секрецию цитокинов – соединений, играющих ключевую роль в клеточной фазе воспаления. Наиболее выраженное действие этот препарат оказывает на высвобождение фактора некроза опухоли α, играющего существенную роль в формировании хронического воспаления в легких [2].

С учетом вышеизложенного пациентка С. была выписана с рекомендацией принимать Эреспал® по 1 таблетке 2 раза в день в течение 3 мес в виде монотерапии. Через 3 мес была сделана контрольная рентгенография органов грудной полости (рис. 5, 6).

Инфильтративные изменения в легких рассосались. В III сегменте

верхней доли правого легкого наблюдается ограниченный метапневмонический пневмосклероз, не требующий медикаментозной коррекции.

Применение Эреспала при лечении ВП описывали В.Ф. Жданов и соавт. [1]. Авторы обратили внимание, что прием Эреспала по сравнению с НПВП оказывает более выраженный эффект как на кашель, так и на выделение мокроты у больных ВП (рис. 7, 8).

Таким образом, Эреспал® может заменить ряд симптоматических препаратов, так как оказывает разностороннее влияние при патологии органов дыхания. Это патогенетическое воздействие на различные звенья воспалительного процесса, уменьшение отека слизистой оболочки, уменьшение гиперсекреции мокроты и улучшение ее отхождения, противодействие бронхоспастии и улучшение мукоцилиарного клиренса. При этом препарат характеризуется хорошей переносимостью и редко вызывает побочные эффекты.

#### Литература

- Жданов В.Ф., Сазонец О.И., Савина Т.И. О применении Эреспала в восстановительном лечении и реабилитации больных пневмонией // Пульмонология. – 2004. – № 5. – С. 55-61.
- Эреспал®. Лечение заболеваний дыхательных путей. – М: Мед. изд. Сервье, 2000.
- Jonson J.L. // Postgrad Med. – 2000. – Vol. 118. – P. 113-123.

3y

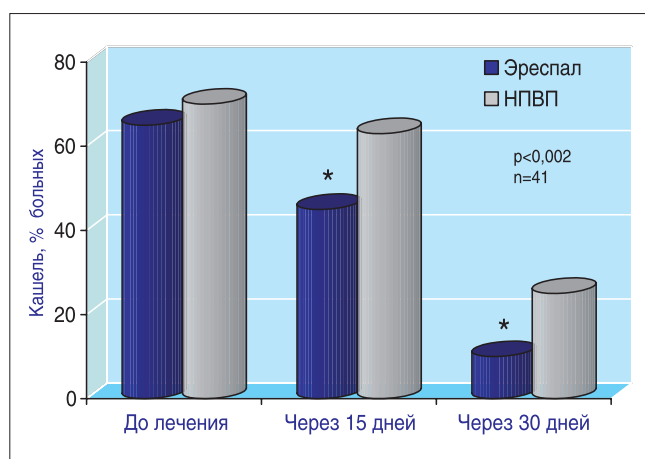


Рис. 7. Динамика уменьшения кашля у больных ВП [1]

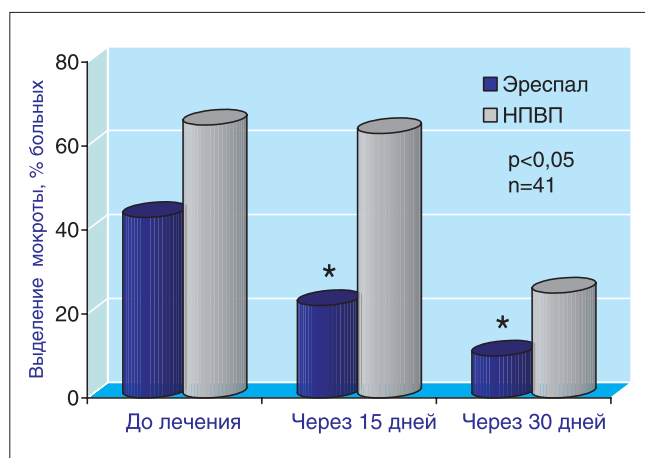


Рис. 8. Динамика выделения мокроты у больных ВП [1]

# Эреспал®

Фенспирид



Противовоспалительный препарат первой линии  
с комплексным механизмом действия

## Назначьте с первого дня лечения!

- ✓ Быстро уменьшит симптомы воспаления<sup>1</sup>
- ✓ Ускорит выздоровление<sup>1</sup>



#### ДЛЯ ДЕТЕЙ:

- до 2-х лет или весом менее 10 кг:  
4 мг/кг массы тела в сутки
- от 2-х лет или весом более 10 кг до 18 лет:  
2-4 ст. ложки сиропа в день перед едой

#### ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ:

2-3 таблетки в день



1. Дворецкий Л. И., Consultant Medicum, 08/10/2006

Эреспал, показание: лечение острых и хронических воспалительных процессов ЛОР-органов и дыхательных путей, хронические обструктивные заболевания легких (ХОЗЛ), аллергический ринит, респираторные проявления кори и гриппа, симптоматическая терапия коклюша, в составе комплексной терапии бронхиальной астмы. Противопоказания: повышенная чувствительность к какому-либо компоненту препарата. Побочные эффекты: возможны расстройства пищеварения, тошнота, боль в желудке, сонливость. Редко: умеренная тахикардия, проходящая после снижения дозы, развитие кожных и аллергических реакций. Условия отпуска препарата: по рецепту. Подробную информацию можно найти в инструкции для медицинского применения. Регистрационное свидетельство № UA/3703/01/01, № UA/3703/02/01 от 01.09.2010 №751



ООО «Сервье-Украина»: Киев, ул. Воровского, 24.  
Тел.: (044) 490-34-41, факс: (044) 490-34-40

Для дополнительной информации посетите сайт:  
www.servier.ua