

Этиотропная терапия пневмонии: дискуссионные вопросы

По итогам междисциплинарного круглого стола

Пневмония – распространенная патология в клинической практике. Это заболевание до сих пор остается одной из самых частых причин смерти у детей до 5 лет, пожилых пациентов, лиц с иммунодефицитными состояниями. О дискуссионных вопросах, касающихся современных возможностей этиотропного лечения пневмонии у детей, в рамках междисциплинарного круглого стола «Инфекции дыхательных путей в практике семейного врача, терапевта, педиатра: рациональная антибиотикотерапия» с видеоконференцией в регионах Украины, который состоялся 5 марта в г. Киеве, рассказал доктор медицинских наук, профессор кафедры педиатрии № 2 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца Сергей Петрович Кривоустов.

– Согласно современным представлениям под пневмониями следует понимать группу различных по этиологии, патогенезу и морфологической характеристике острых инфекционно-воспалительных заболеваний легких с преимущественным вовлечением в патологический процесс респираторных отделов и обязательным наличием внутриальвеолярной воспалительной экссудации. Пневмония – это острое неспецифическое воспаление легочной ткани, в основе которого лежит инфекционный токсикоз, дыхательная недостаточность, водно-электролитные нарушения с патологическими сдвигами во всех органах и системах организма. В зависимости от места заражения пневмонии разделяют на врожденные, внебольничные, нозокомиальные и возникающие на фоне иммунодефицита.

пневмонии, вызванные классическими патогенами. К типичным возбудителям пневмонии относятся *S. pneumoniae* (до 60% всех случаев внебольничной пневмонии) и *H. influenzae* (встречается у 15-18% пациентов), однако в последние годы у 10-15% больных пневмонией выявляют атипичных возбудителей – *C. pneumoniae*, *M. pneumoniae* и *Legionella*. При наличии этих микроорганизмов клиническая картина характеризуется более высоким лейкоцитозом, значительным повышением СОЭ и СРБ по сравнению с типичной пневмонией (*S. pneumoniae*), может отмечаться атипично легкое или среднетяжелое течение заболевания со слабо выраженными клиническими симптомами, наличием сухого кашля, признаками фарингита без интенсивной инфильтрации, при этом с задней стенки глотки выделяют

развитием болезни, поэтому клиницист в первую очередь ориентируется на возраст ребенка. У детей младше 1 мес наиболее частыми возбудителями пневмонии являются *E. coli*, стрептококки группы В, *S. pneumoniae*, *H. influenzae*. У детей 1-3 мес чаще всего выявляют *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, ротавирусы и другие вирусные агенты. Дети 3-12 мес наиболее подвержены заражению *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *C. trachomatis*, *M. pneumoniae*, стрептококком группы А, вирусами. У пациентов в возрасте 2-5 лет наиболее частыми возбудителями пневмонии являются *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. pneumoniae*, РС-инфекция, метапневмовирус и другие респираторные вирусы. У детей в возрасте от 5 до 18 лет среди возбудителей пневмонии преобладают *M. pneumoniae*, *S. pneumoniae*, *C. pneumoniae*, респираторные вирусы (R.M. Kliegman et al., 2006). Следует подчеркнуть, что все дети младше 6 мес с подозрением на пневмонию подлежат обязательной госпитализации.

Эффективность этиотропного лечения пневмонии предусматривает не только выявление возбудителя заболевания, но и определение его чувствительности к антибиотикам. Поскольку пневмония является заболеванием с острым течением и высоким риском осложнений и летальности, особенно в педиатрии, откладывать начало лечения до получения результатов лабораторных исследований нельзя. В различных руководствах терапии пневмонии рекомендуют проводить эмпирически с учетом вероятности того или иного возбудителя и его чувствительности и последующей коррекции лечения. Результаты исследований, проведенных в последние годы, показали, что точность эмпирического выбора противомикробного препарата может быть весьма высокой (80-90%).

Стартовую эмпирическую терапию внебольничной пневмонии у детей младше 6 мес целесообразно начинать с бета-лактамов антибиотиков (аминопенициллинов, в том числе защищенных, цефалоспоринов II-III поколения).

Одним из рекомендованных вариантов антибиотикотерапии является пероральное применение цефуроксима аксетила (препарат Цефутил) или цефподоксима проксетила (Цефодокс).

Цефуроксима аксетил широко используется при лечении пневмонии, в том числе в педиатрической практике. Препарат имеет широкий спектр действия, стабилен в отношении большинства бета-лактамаз, оказывает влияние на штаммы, устойчивые к ампициллину и амоксициллину, активен в отношении аэробных грамположительных микроорганизмов (*S. aureus*, *S. pneumoniae*, *S. pyogenes*), а также аэробных грамотрицательных микроорганизмов (*Enterobacter spp.*, *E. coli*, *H. influenzae*, *H. parainfluenzae*, *K. pneumoniae*, *M. catarrhalis* и др.).

Цефподоксим проксетил – это пролекарство, которое трансформируется в активный метаболит цефподоксим в тонкой кишке, что минимизирует риск развития



С.П. Кривоустов

дисбиоза кишечника. Препарат хорошо распределяется в органах и тканях, достигая в течение 3-6 ч концентрации в легочной ткани 0,6-0,8 мг/кг, в слизистой бронхов – 0,9 мг/кг, в альвеолярных клетках – 0,1-0,2 мг/кг, что значительно превышает МПК₉₀ для таких респираторных возбудителей, как *M. catarrhalis*, *H. influenzae*, *S. pneumoniae*, *S. pyogenes* и др.

При тяжелой пневмонии у детей показана комбинированная антибактериальная терапия с использованием цефалоспоринов III поколения (в/в или в/м) и азитромицина внутрь. Анализ данных 1391 пациента по шкале PORT продемонстрировал, что вероятность летального исхода при монотерапии β-лактамами в 2 раза выше по сравнению с использованием комбинации β-лактама и макролида (García Vazquez et al., 2005).

В последние годы при назначении антибактериальных препаратов в педиатрической практике отдается предпочтение пероральным формам. В случае тяжелой пневмонии возможно применение инъекционных антибиотиков, однако после улучшения состояния целесообразен переход на пероральный прием (ступенчатая терапия). В исследовании, которое проводилось на базе нашей кафедры (2007), изучалась эффективность и безопасность ступенчатой терапии у детей в возрасте 3-14 лет со среднетяжелой внебольничной пневмонией с использованием препарата Цефодокс по сравнению с приемом парентеральной формы препарата на протяжении всего курса лечения. При оценке результатов в конце лечения достоверной разницы в динамике изменения показателей у детей обеих групп не выявили. Таким образом, ступенчатая терапия является столь же эффективной, как и лечение с использованием парентеральных антибиотиков, при этом значительно улучшается приверженность к лечению, уменьшается уровень травматизации и подверженность детей психологическому стрессу, что является дополнительным позитивным фактором быстрого улучшения состояния пациентов.

В заключение следует напомнить, что пневмония – это тяжелое заболевание, характеризующееся острым течением и высоким риском развития осложнений и летальности, особенно в педиатрии. Во всем мире к выбору препарата для стартовой терапии пневмонии клиницисты подходят эмпирически, учитывая форму заболевания, возраст пациента, чувствительность микроорганизмов. В лечении пневмонии, в том числе у детей, хорошо себя зарекомендовали бета-лактамовые антибиотики, в частности Цефутил и Цефодокс. В педиатрической практике предпочтение следует отдавать пероральным формам препаратов, а в случае тяжелой пневмонии возможно использование ступенчатой терапии.

Подготовила
Татьяна Канцидайло-Спринся



Участники междисциплинарного круглого стола: д.м.н., профессор С.П. Кривоустов, член-корреспондент НАМН Украины, профессор А.П. Волосовец, д.м.н., профессор А.Э. Багриш

Врожденные, или внутриутробные, пневмонии диагностируют, если инфицирование произошло в анте- или интранатальный период, а реализация инфекционного процесса – в течение первых 72 ч с момента рождения ребенка. При этом чаще всего выявляют инфицирование стрептококками группы В, *E. coli*, *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *Listeria monocytogenes*.

Внутригоспитальная пневмония развивается не ранее чем через 24-48 ч после пребывания в стационаре или в течение 24 ч после выписки из стационара, при этом заражение, как правило, вызывают такие патогены, как *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus spp.*, *E. coli*, *K. pneumoniae*, *S. aureus*, *Enterobacter*, *Candida*, *Aspergillus*.

Пневмония является частым осложнением иммунодефицитных состояний, при этом на фоне СПИДа заболевание обычно имеет более тяжелое течение. Возбудителями выступают пневмоцисты, микобактерии, *Candida spp.*, *S. pneumoniae*, цитомегаловирусная инфекция.

Однако чаще всего в клинической практике приходится сталкиваться с внебольничными пневмониями. Выделяют типичные внебольничные

S. pneumoniae. Для микоплазменной инфекции характерно наличие лихорадки (до 7 дней), отсутствие насморка, непродуктивный кашель. На рентгенограмме изображен сеткоподобный дымчатый рисунок. Наиболее чувствительным методом диагностики возбудителя является мазок из носоглотки (специфичность >97%), при этом исследование мокроты малоинформативно, а позитивная гемокультура выявляется у 10% пациентов.

Причиной возникновения 5-15% всех внебольничных пневмоний являются вирусные инфекции, среди которых лидирует вирус гриппа.

Провести дифференциальную диагностику с использованием только клинических методов в настоящее время невозможно. Золотым стандартом диагностики является микробиологическое исследование с выделением культуры, при этом могут применяться цитологическое исследование мазков, реакция прямой иммунофлуоресценции, полимеразная цепная реакция. Также используются непрямые методы, такие как определение специфических антител.

В педиатрической практике выделение возбудителя представляет существенную проблему в связи с быстрым