ZU_2013_19.qxd 21.10.2013 15:38 Page 54

Негоспітальна та нозокоміальна (госпітальна) пневмонія в дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія

Клінічні настанови

Укладачі
Юрій Іванович Фещенко, академік НАМН України, д.м.н., професор
Олександр Ярославович Дзюблик, д.м.н., професор
Ярослав Олександрович Дзюблик, к.м.н.
Тетяна Олексіївна Перцева, член-кореспондент НАМН України, д.м.н., професор
Юрій Михайлович Мостовой, д.м.н., професор
Олександр Олександрович Мухін, к.м.н.
Максим Миколайович Пилипенко, к.м.н.
Сергій Сергійович Сімонов, к.м.н.
Ростислав Євгенович Сухін, к.м.н.
Ігор Порфирійович Шлапак, д.м.н., професор
Валерія Валеріївна Дмитриченко

Проект до обговорення

Продовження. Початок в № 2, 4, 6, 8, 18 / 2013.

2.12.3. Вторинна негоспітальна грипозна пневмонія

Ця пневмонія у хворих на грип пов'язана з приєднанням бактеріальної суперінфекції. Бактеріальна пневмонія більш характерна для сезонного грипу і значно рідше зустрічається за наявності грипу A(H1N1) Каліфорнія. Так, під час епідемії грипу A(H1N1) 2009-2010 рр. у загальній популяції хворих з підтвердженим діагнозом грипу A(H1N1) бактеріальні ускладнення були підтверджені бактеріологічно менш ніж у 5% випадків. Хворі з найтяжчим або фатальним перебігом грипу мали бактеріальні ускладнення частіше (до 30%).

Бактеріальна пневмонія виникає зазвичай наприкінці 1-го – початку 2-го тижня та пізніше, характеризується другою хвилею гарячки, посиленням кашлю, появою гнійного мокротиння, зміною лейкопенії на лейкоцитоз (як правило, помірний) та/або появою нейтрофільозу, прискорення ШОЕ; тобто мають місце всі ознаки НП.

Найбільш частими збудниками вторинної постгрипозної пневмонії є S. pneumoniae, S. pyogenes, S. aureus, H. influenzae. За даними CDC, вагітні хворі на грип A(H1N1) 2009 р. мали підвищений ризик виникнення вторинної бактеріальної пневмонії, етіологічним чинником якої були Klebsiella spp., із негативними клінічними наслідками та високою летальністю (до 30% випадків).

У пацієнтів з вірусом грипу A(H1N1), які знаходилися на ШВЛ, ранню вентиляторасоційовану пневмонію частіше викликають метицилінрезистентний S. aureus (MRSA), S. pneumoniae, S. pyogenes, S. mitis, H. influenzae, A. baumannii. У разі пізнього початку пневмонії в госпіталізованих пацієнтів її частіше викликають збудники, характерні для цього стаціонару.

Найнебезпечнішою є стафілококова пневмонія, що розвивається через 2-3 дні після дебюту перших симптомів захворювання та супроводжується розвитком гіпоксемії, підвищенням рівня лейкоцитів, кривавою мокротою. На рентгенограмі виявляють розповсюджені легеневі інфільтрати. Пневмонія, викликана MRSA, найважче піддається лікуванню та може призвести до смерті протягом 24 год від початку перших симптомів захворювання.

Пневмонія, викликана S. pneumoniae та H. influenzae, зазвичай розвивається через 2-3 тиж від початку перших симптомів грипу та лікується як звичайна НП згідно з відповідними стандартами.

Пневмонія з нетяжким перебігом характеризується помірним інтоксикаційним синдромом, підвищенням температури тіла до фебрильних цифр, слабкістю, пітливістю, кашлем сухим або вологим з виділенням слизового чи слизово-гнійного мокротиння. Аускультативно вислуховують дрібно- та середньопухирчасті хрипи, на рентгенограмі виявляють вогнищеві зміни у вигляді перибронхіальної і пневмонічної інфільтрації з найбільш частою локалізацією запального процесу в латеральному і задньому базальному сегментах нижньої частки легені.

Пневмонія з тяжким перебігом характеризується утрудненим диханням, болем за грудиною, появою крові в мокротинні; температура тіла має гіперпіретичний характер (40-41 °С). Аускультативно дихання ослаблене, на його тлі вислуховують різнокаліберні вологі хрипи. На рентгенограмі визначають неоднорідну інтенсивну інфільтрацію в межах однієї частки (частіше нижньої).

2.12.4. Лікування

Невід'ємною частиною лікування (та попередження виникнення) пневмонії у разі грипу є застосування етіотропної терапії.

Етіотропні протигрипозні лікарські засоби (хіміопрепарати) поділяють на такі групи:

- блокатори M2-каналів вірусу грипу A: амантадин, ремантадин (адамантани);
- інгібітори функції нейрамінідази вірусу грипу A і B (озелтамівір, занамівір).

Резистентність вірусів грипу до амантадину та римантадину (адамантанів) швидко розповсюджується в усьому світі з 2003-2004 рр. Протягом сезону 2005-2006 рр. CDC оголосило, що 193 (92%) із 209 штамів грипу A(H3N2), ізольованих від пацієнтів у 26 державах, демонстрували зміну в амінокислоті 31 в гені M2, що надає стійкість до адамантанів. На сьогодні резистентність до адамантанів залишається високою для всіх штамів грипу A(H3N2) та H1N1 2009 р., тому зараз ці препарати не рекомендують для противірусного лікування або хіміопрофілактики грипу.

Найбільш ефективними на сьогодні етіотропними засобами є озелтамівір та занамівір (категорія доказів B). Озелтамівір використовують як системний засіб у дозі 75 мг двічі на день протягом 5 днів. Занамівір застосовують для лікування й профілактики грипу A і B у дорослих. Рекомендована доза занамівіру для лікування – 2 інгаляції (2×5 мг) двічі на день. Добова доза становить 20 мг. Тривалість лікування – 5 днів. Для максимально позитивного ефекту лікування має починатися якнайшвидше. Висока клінічна ефективність препарату занамівіру (зменшення тривалості захворювання – до 40%, тяжкості симптоматики – до 44%, частоти потенційно життєзагрожуючих ускладнень – на 32%, ризику інфікування грипом – на 79%) доведена результатами багатьох клінічних досліджень. Препарат призначають лише у вигляді інгаляцій за допомогою дискхалера – спеціального пристрою, який застосовують разом із ротадиском для інгаляції препарату. Порошкоподібний препарат вдихають у легені через рот. Для цього в дискхалер вставляють ротадиск, що містить препарат в окремих чарунках (блістерах), які відкриваються при застосуванні інгалятора. Хворі, яким необхідно одночасно приймати інші інгаляційні препарати, наприклад швидкодіючі бронходилататори, повинні мати на увазі, що занамівір застосовують після цих препаратів.

Відповідно до сучасних рекомендацій противірусне лікування повинне початися якомога раніше (в перші 48 год захворювання), але не можна виключити його ефективності і через 48 год після дебюту захворювання. Дискутабельним також залишається питання про збільшення доз противірусних препаратів. Згідно з рекомендаціями CDC вагітність не слід вважати протипоказанням до застосування противірусних препаратів озелтамівіру та занамівіру, оскільки такі хворі входять в групу ризику розвитку тяжких ускладнень.

У випадку виникнення СГПЛ, тим більше ГРДС хворого слід лікувати виключно у ВІТ згідно з відповідними стандартами.

У лікуванні хворих на вторинну негоспітальну грипозну пневмонію найважливішу роль відіграє раннє встановлення діагнозу зі своєчасним призначенням інгібіторів вірусної нейрамінідази (озелтамівір у дозі 75-150 мг 2 р/добу). Крім того, за наявності симптомів вторинної бактеріальної інфекції необхідно призначати АБТ відповідно до чинних рекомендацій.

Неодмінними методами лікування СГПЛ та ГРДС є оксигенотерапія в поєднанні з проведенням респіраторної підтримки в режимах неінвазивної (через лицьову маску) або інвазивної штучної та допоміжної вентиляції легень з використанням помірних чи високих рівнів ПТКВ. Ефективність оксигенотерапії та респіраторної підтримки повинні проводитися під контролем пульсоксиметрії (мета – досягнення SpO_2 >90% за FiO_2 ≤60%), а за можливості й газового складу крові та капнографії. У найтяжчих випадках слід застосовувати екстракорпоральну мембранну оксигенацію.

Інфузійна терапія. У більшості хворих, які надходять до стаціонару в тяжкому стані, спостерігаються симптоми гіповолемії (іноді спостерігаються симптоми інфекційно-токсичного шоку). У 1-шу добу основною стратегією інфузійної терапії повинно бути раннє та адекватне відновлення балансу рідини. У подальшому на тлі прогресування ушкодження легень інфузійна терапія повинна носити рестриктивний режим за умови початку раннього ентерального харчування.

Застосування кортикостероїдів у разі грипу не рекомендують більшість авторів (категорія доказів D). Зокрема, відмічають підвищений ризик вторинних інфекцій та порушення нервово-м'язової передачі у пацієнтів з ГРДС на тлі грипозної пневмонії, які отримували кортикостероїди. Окрім цього, застосування кортикостероїдів за сумнівної клінічної ефективності у таких хворих підвищує ризик розвитку пневмонії, викликаної MRSA та P. aeruginosa, а також час реплікації вірусу. Таким чином, застосування кортикостероїдів у хворих на грип, особливо H1N1, повинне бути обмежене: ці лікарські засоби показані пацієнтам з надниркової недостатністю, септичним шоком та особам, які раніше приймали кортикостероїди за специфічними показаннями (лікування бронхіальної астми, ХОЗЛ тощо).

Лікування хворих на вторинну грипозну пневмонію проводять відповідно до стандартів лікування пацієнтів із НП.

2.13. Негоспітальна пневмонія у вагітних

Вагітність суттєво не підвищує ризик захворювання на пневмонію (хоча існують дані, що у II-III триместрах вагітності частота розвитку пневмонії дещо зростає.

НП у вагітних і породіль частіше виникає у II та III триместрах вагітності (92% випадків). Проте НП залишається однією з основних причин материнської смертності та знаходиться на 1-му місці в структурі такої, хоча рівень летальності, зумовленої захворюванням, однаковий як серед вагітних, так і серед невагітних.

Захворюваність на НП як серед загального населення, так і серед вагітних має сезонний характер: частіше захворювання виникає в холодну пору року. Переохолодження є провокуючим фактором. Епідемія грипу сприяє частішому виникненню пневмонії. Віруси грипу A, B і C під час спалаху епідемії також обумовлюють розвиток пневмонії у вагітних. Найвищий рівень смертності від грипу спостерігається у III триместрі вагітності. Відомо, що етіологія НП у вагітних суттєво не відрізняється від такої в дорослого населення. Частіше збудником є S. pneumoniae, частка якого становить до 30-35% усіх випадків, винятком є хворі з тяжким перебігом пневмонії та хворі на госпітальну пневмонію. Найчастішими збудниками НП з тяжким перебігом та за наявності тяжких супутніх захворювань є H. influenzae, S. aureus та грамнегативні ентеробактерії. Жінка протягом усієї вагітності повинна вважатися пацієнткою з повним шлунком і високим ризиком аспірації. Тому слід пам'ятати, що ризик виникнення аспіраційної пневмонії зростає під час пологів, особливо у випадку використання аналгетиків і анестетиків та в разі проведення операції кесаревого розтину.

Тяжкість перебігу НП визначається ступенем дихальної недостатності, вираженістю інтоксикаційного синдрому, наявністю ускладнень і декомпенсацією супутніх захворювань.

Перебіг НП у вагітних здебільшого більш тяжкий у зв'язку зі зменшенням дихальної поверхні легень; високим стоянням діафрагми, що обмежує екскурсійні рухи легень; додатковим навантаженням на серцево-судинну систему. До фізіологічних непульмональних змін, що можуть впливати на розвиток і перебіг НП, відносять збільшення швидкості клубочкової фільтрації, зміни в екскреції катіонів та аніонів, що веде до розвитку компенсованого респіраторного алкалозу. Важливу роль також відіграє фізіологічна імуносупресія вагітних, яка може сприяти розмноженню збудника в організмі вагітної.

Проте перебіг НП може бути стертим – за відсутності лихоманки, виражених явищ інтоксикації, патологічних змін у крові. Початок зазвичай повільний. Однак може спостерігатися гострий початок хвороби з появи ознобу, лихоманки послаблюючого типу (чергування періодів підвищення та зниження температури). Хворі скаржаться на кашель з невеликою кількістю слизово-гнійного мокротиння, загальну слабкість, головний біль. Дихання помірно прискорене (до 28-30/хв). Зберігається легеневий перкуторний звук чи виявляється притуплення на обмеженій ділянці легень. При аускультації визначається везикулярне дихання із дрібнопухирцевими хрипами, іноді – сухими. Хрипи є непостійними, можуть зникати при глибокому диханні чи після кашлю. Можуть спостерігатися шум тертя плеври та бронхіальне дихання.

Обов'язковими є такі методи діагностики НП у вагітних:

- рентгенографія органів грудної клітки у двох проекціях з екрануванням органів черевної порожнини (виконують за найменшої підозри на наявність пневмонії);
- мікроскопічне дослідження мазка мокротиння (зібраного натще та бажано перед початком АБТ), пофарбованого за Грамом;

• мікробіологічне культуральне дослідження мокротиння, плеврального випоту, крові;

• клінічний аналіз крові для виявлення лейкоцитозу та паличкоядерного зсуву.

Діагноз НП є визначеним за наявності у хворої рентгенологічно підтвердженої вогнищевої інфільтрації легеневої тканини (її поява або прогресування наявної) та не менш ніж 2 клінічних ознак із нижченаведених:

– гострий початок захворювання з температурою тіла вище 38 °С;

– кашель із виділенням мокротиння (в мазку, пофарбованому за Грамом, вміст нейтрофілів >25 та епітеліальних клітин <10 у полі зору при дослідженні ≥8-10 полів зору при малому збільшенні);

– фізикальні ознаки (притуплений або тупий перкуторний звук, ослаблене чи жорстке бронхіальне дихання, фокус дзвінких дрібнопухирцевих хрипів та/або крепітації);

– лейкоцитоз та/або паличкоядерний зсув;

– виявлення етіологічно значущого збудника під час проведення культурального дослідження.

Рекомендовано виконання рентгенографії непізніше 2 діб від початку захворювання і на 14-16-ту добу від початку лікування. Необхідно пам'ятати, що досить часто нормалізація рентгенологічної картини відбувається протягом ≥1 міс і відстає від клінічного одужання.

У випадку негативної динаміки стану вагітної показана повторна рентгенографія органів грудної клітки. Слід зауважити, що виконання рентгенограми органів грудної клітки на 3-5-ту добу захворювання збільшує ризик небажаних ускладнень як для вагітної, так і для плода у зв'язку із затримкою призначення адекватної терапії.

Пневмонія не є протипоказанням для продовження вагітності, а на пізніх термінах вагітності питання про спосіб пологів вирішується індивідуально.

Усі вагітні, хворі на НП, потребують госпіталізації.

Особливістю лікування хворих цієї групи є обмеження медикаментозних призначень.

Більшість антибактеріальних препаратів, які використовують для лікування хворих на НП, активно проникають через плаценту та можуть спричиняти ембріотоксичний ефект, властивий практично усім представникам цієї групи. Тому у разі лікування пневмонії у вагітних слід приділити увагу препаратам вибору і використовувати лише ті з них, що за класифікацією FDA (США) відносять до категорії В (вивчення на тваринах не виявило ризику негативної дії на плід, але адекватних контрольованих досліджень у вагітних не проводили). У разі нетяжкого перебігу бактеріальної пневмонії (наявності гнійного мокротиння, болю у грудній клітці) слід віддавати перевагу лікуванню амінопеніциліном (амоксициліном) або цефалоспорином II покоління (цефуроксиму аксетилом). За підозри на НП, спричинену атиповими збудниками, за наявності серед клінічних проявів непродуктивного кашлю, виражених симптомів інтоксикації та задишки доцільно призначати препарат групи макролідів (азитроміцин, спіраміцин).

За наявності тяжкого перебігу НП або факторів ризику (алкогольної залежності, цукрового діабету, муковісцидозу, бронхоектатичної хвороби) препаратами вибору є захищений амінопеніцилін (амоксицилін / клавуланова кислота) чи цефалоспорин III покоління (цефтріаксон або цефотаксим) як у монотерапії, так і в поєднанні. У вкрай тяжкій ситуації, коли ризик для життя матері перевищує такий для плода, можливе використання респіраторних фторхінолонів III-IV покоління (левофлоксацину і моксифлоксацину).

Особливістю лікування хворих цієї групи є використання переважно оригінальних препаратів. У випадку необхідності призначення парентеральних форм антибактеріальних препаратів доцільно проводити ступеневу АБТ. Оптимальним варіантом ступеневої терапії є послідовне використання двох лікарських форм (для парентерального введення і прийому per os) одного антибіотика, що забезпечує наступність лікування, проте можливе послідовне використання препаратів, близьких за антимікробними властивостями і з однаковим рівнем придбаної до них резистентності.

2.14. Патогенетична та симптоматична терапія хворих на НП

Одним з провідних симптомів у разі пневмонії є порушення оксигенації крові та гіпоксемія. Тому основним патогенетичним та симптоматичним методом лікування у хворих із середньотяжким та тяжким перебігом НП є оксигенотерапія. Палати у відділеннях, у яких лікують хворих з гострими захворюваннями дихальної системи, зокрема НП, повинні бути оснащені мережею подачі кисню та апаратами Боброва чи їх аналогами, що забезпечують зволоження кисню. Для точного дозування потоку кисню повинні використовуватися ротаметри (поплавкові дозатори). Крім того, такі відділення повинні забезпечуватися витратними матеріалами: носовими катетерами; лицьовими та носовими масками (як відкритими, так і герметичними); приладами, які забезпечують створення позитивного тиску наприкінці видиху, та респіраторами, що дозволяють проводити неінвазивну вентиляцію.

У хворих з гіповолемією та дегідратацією на початку лікування НП показано вживання великої кількості рідини як ентеральним шляхом, так і в разі проведення інфузійної терапії з використанням збалансованих електролітних розчинів. Разом із тим слід пам'ятати, що інтенсивна гідратація організму може призводити до збільшення в легенях вмісту позасудинної рідини, що супроводжується потовщенням альвеоло-капілярної мембрани та розвитком субклінічного і клінічного набряку легень. Тому у хворих на НП, яка розвинулася на тлі грипу, в умовах стаціонару регідратацію проводять в поєднанні з оксигенотерапією. У подальшому при проведенні інфузійної терапії слід дотримуватися рестриктивної стратегії, а регідратацію ліпше проводити ентерально.

У разі тривалого перебігу захворювання рекомендують застосовувати нутритивну підтримку з використанням збалансованих комерційних препаратів для клінічного харчування. Усім пацієнтам із НП слід припинити курити. Хворим із середньотяжким та тяжким перебігом НП слід суттєво обмежити рухову активність. Руховий режим пацієнтів, які перебувають у стаціонарі, включає сидіння та періодичну нетривалу ходьбу. З одужанням рухову активність поступово збільшують. За наявності болю в грудній клітці доцільне призначення традиційних знеболювальних засобів (наприклад, парацетамолу). За наявності в'язкої мокроти, що важко відходить, можливе призначення муколітиків (ацетилцитуеїну, карбоцистеїну, амброксолу). Хворим з обмеженою рухливістю для профілактики тромбоемболії можуть бути призначені низькомолекулярні гепарини.

На сьогодні відсутні докази доцільності призначення біогенних стимуляторів, антигістамінних препаратів, вітамінів, імуномодуляторів (за виключенням гранулоцитарного колонієстимулюючого фактора та препаратів IgG для внутрішньовенного введення), а також тривалого застосування НПЗП і ненаркотичних аналгетиків у хворих на НП. Ефективність та безпека зазначених лікарських засобів не підтверджені результатами рандомізованих контрольованих клінічних досліджень, що не дає можливості рекомендувати їх для терапії пацієнтів з НП. Для лікування хворих на НП з неускладненим перебігом недоцільно рутинно призначати системні кортикостероїди.

2.15. Ускладнення НП

Ускладненнями НП є:

• плевральний випіт;

• емпієма плеври;

• деструкція/абсцес легеневої тканини;

• ГРДС;

• гостра дихальна недостатність;

• інфекційно-токсичний шок;

• вторинна бактеріємія, сепсис, гематогенні вогнища відсіву;

• перикардит, міокардит та ін.

Найбільш важливими, у тому числі з точки зору планування АБТ, є гнійно-деструктивні ускладнення.

Абсцес легень – патологічний процес, який характеризується формуванням обмеженої порожнини в легеневій тканині в результаті некрозу та гнійного розплавлення. Виникнення абсцесу легень пов'язують насамперед з анаеробними збудниками (Bacteroides spp., F. nucleatum, Peptostreptococcus spp. та ін.), досить часто – з ентеробактеріями (внаслідок аспірації вмісту ротоглотки) або S. aureus.

Антибіотиком вибору є амоксицилін / клавуланова кислота або ампіцилін/сульбактам внутрішньовенно; можливе застосування цефоперазону/сульбактаму внутрішньовенно або поєднання бензилпеніциліну та метронідазолу внутрішньовенно, а потім амоксициліну та метронідазолу перорально (ступенева терапія). До альтернативних схем лікування відносять комбінацію лінкозаміду з аміноглікозидом або цефалоспорином III-IV покоління; поєднання фторхінолону II-III покоління з метронідазолом; монотерапію фторхінолоном IV покоління або карбапенемом. Тривалість антибіотикотерапії визначають індивідуально, але, як правило, вона становить 3-4 тиж і більше.

Емпієма плеври (гнійний плеврит) – патологічний процес, що характеризується накопиченням гною в плевральній порожнині (кількість лейкоцитів у випоті більше 25 000/мл з переважанням поліморфноядерних форм та/або наявність мікроорганізмів за даними бактеріоскопії або посіву, та/або pH <7,1). Основними збудниками емпієми плеври, пов'язаної з пневмонією (з абсцесом легень або без нього), є анаероби (досить часто в поєднанні з аеробними грамнегативними бактеріями). У більшості хворих вдається здійснити цілеспрямовану АБТ на основі даних мікробіологічного дослідження плеврального випоту. Якщо збудника гнійного плевриту не виділено, необхідно призначити антибіотик/антибіотики, активні щодо ймовірних збудників. У випадку так званої гострої постпневмонічної емпієми плеври – це насамперед S. pneumoniae, S. pyogenes, S. aureus та H. influenzae. У такому випадку перевагу надають цефалоспоринам II-IV покоління.

За підгострого/хронічного перебігу емпієми плеври нерідко етіологічного значення набувають анаеробні стрептококи, бактероїди та грамнегативні ентеробактерії. У зв'язку з цим препаратами вибору є амоксицилін/клавуланова кислота або ампіцилін/сульбактам; альтернативними – карбапенем або цефалоспорин III-IV покоління у поєднанні з метронідазолом. Як правило, одночасно із АБТ проводять торакотомічне дренування, рідше – торакоскопію і декортикацію.

2.16. Затяжний перебіг НП

У більшості хворих на НП після 3-5 днів потенційно ефективної АБТ нормалізується температура тіла та регресують інші клінічні ознаки захворювання, при цьому одужання за даними рентгенологічного дослідження, як правило, відзначають пізніше, ніж за даними клінічного. У тих випадках, коли на тлі покращення клінічної картини до кінця 4-го тижня від початку захворювання на рентгенограмі не спостерігається повного розсмоктування інфільтратів у легенях, необхідно думати про пневмонію, що не розсмоктується (повільно розсмоктується), або про пневмонію із затяжним перебігом.

Можливими факторами ризику затяжного перебігу захворювання можуть бути:

• вік понад 50 років;

• алкогольна залежнсть;

• наявність супутніх інвалідизуючих захворювань внутрішніх органів (ХОЗЛ, застійна серцева недостатність, ниркова недостатність, злоякісна пухлина, цукровий діабет та ін.);

• тяжкий перебіг пневмонії;

• мультичасткова поширеність пневмонічної інфільтрації;

• вірулентні збудники пневмонії (L. pneumophila, S. aureus, грамнегативні ентеробактерії);

• куріння;

• клінічна неефективність призначеної терапії (зберігаються лейкоцитоз і лихоманка);

• вторинна бактеріємія;

• набута антибіотикорезистентність збудника захворювання.

Особливого значення набуває правильність вибору емпіричної АБТ, режиму дозування та дотримання хворим усіх лікарських рекомендацій. Необхідно бути впевненим, що у вогнищі запалення створена потрібна концентрація антибіотика, тому слід виключити секвестровані фокуси інфекції (наприклад, емпієму плеври, абсцес легень, позаторакальні вісіви).

Серед можливих причин повільного розсмоктування НП суттєве місце займає вторинна резистентність збудників до антибіотиків. Так, наприклад, факторами ризику антибіотикорезистентності S. pneumoniae є вік понад 65 років, терапія β-лактамами упродовж останніх 3 міс, алкогольна залежність, імунодефіцитні захворювання / стани (включно з прийомом системних глюкокортикоїдів), множинні супутні захворювання внутрішніх органів.

Особливо важливого значення набуває диференційна діагностика НП із затяжним перебігом та вогнищево-інфільтративного туберкульозу легень. Також варто враховувати широке коло неінфекційних захворювань, що мають подібні до пневмонії ознаки та викликають певні диференціально-діагностичні труднощі (табл. 16).

Таблиця 16. Неінфекційні причини вогнищево-інфільтративних змін у легенях

Новоутворення
Первинний рак легені (особливо так звана пневмонічна форма бронхоальвеолярного раку)
Ендобронхіальні метастази
Аденома бронха
Лімфома
Тромбоемболія легеневої артерії та інфаркт легені
Імунопатологічні захворювання
Системні васкуліти
Вовчаковий пневмоніт
Алергічний бронхолегеневий аспергільоз
Облітеруючий бронхіоліт з пневмонією, що організується
Ідіопатичний легеневий фіброз
Еозинофільна пневмонія
Бронхоцентричний гранулематоз
Інші захворювання / патологічні стани
Застійна серцева недостатність
Медикаментозна (токсична) пневмопатія
Аспірація стороннього тіла
Саркоїдоз
Легеневий альвеолярний протеїноз
Ліпоїдна пневмонія
Круглястий ателектаз

Далі буде.