

Негоспітальна пневмонія (НП) – гостре інфекційне захворювання нижніх дихальних шляхів, що за умов своєчасної та раціональної терапії має сприятливий прогноз. Але ж яким має бути адекватне лікування цього захворювання?

Ефективне лікування негоспітальної пневмонії: кілька простих правил

За матеріалами науково-практичної конференції «Сучасні підходи до лікування найбільш розповсюджених терапевтичних захворювань», на якій відбулася презентація довідника «Пневмонія – ключові положення», що був підготований за підтримки компанії Сандоз



соре Юрій Михайлович Мостовий.

Основні правила терапії НП учасникам науково-практичної конференції «Сучасні підходи до лікування найбільш розповсюджених терапевтичних захворювань» нагадав провідний вітчизняний фахівець у галузі пульмонології, **завідувач кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, доктор медичних наук, професор Юрій Михайлович Мостовий.**

– Проблема НП залишається вкрай актуальною. Лише у м. Вінниця за перше півріччя цього року було зареєстровано 29 летальних випадків від НП. Причинами такої несприятливої ситуації є перш за все пізня діагностика захворювання та його неадекватна терапія. Отже, незайвим буде вкотре нагадати лікарям основні принципи лікування НП.

Для вибору оптимальної схеми антибіотикотерапії пацієнтів з НП розділяють на чотири умовні клінічні групи, підходи до лікування яких відрізняються.

До першої групи належать хворі на НП легкого перебігу без супутньої патології та за відсутності прийому антибіотиків впродовж попередніх трьох місяців. Збудниками НП у таких пацієнтів найчастіше виступають респіраторні віруси, пневмокок, гемофільна паличка та атипова мікрофлора (*S. pneumoniae*, *M. pneumoniae*).

Другу групу становлять хворі на НП легкого перебігу із супутньою патологією або ті, які приймали антибактеріальні препарати протягом попередніх трьох місяців. Окрім перерахованих вище збудників у цій групі причиною захворювання можуть бути грамнегативні ентеробактерії, *M. catarrhalis*, *S. aureus*.

Пацієнтами, що належать до перших двох клінічних груп, повинні опікуватися переважно лікарі загальної практики та сімейної медицини.

Особи, у яких має місце пневмонія середньої тяжкості, належать до третьої клінічної групи. Такі хворі мають бути госпіталізовані та отримувати лікування в умовах стаціонару. Основними збудниками НП у них є ті ж самі мікроорганізми, що й у другій групі.

Пацієнти, що належать до четвертої групи, вже з початку захворювання знаходяться у важкому стані та потребують госпіталізації у відділення інтенсивної терапії та реанімації. Окрім звичайних збудників у них можуть бути виділені легіонела, синьогнійна паличка, полімікробні асоціації.

Дуже важливим питанням є правильне визначення місця лікування пацієнта – амбулаторно, у стаціонарі чи навіть у відділенні реанімації. У його вирішенні лікарям допомагає добре відома міжнародна модифікована шкала CRB 65. Кожен із чотирьох критеріїв цієї шкали оцінюється в один бал:

- порушення свідомості,
- тахіпное (частота дихання ≥ 30 за хв),
- знижений артеріальний тиск (систолический < 90 або діастолічний ≤ 60 мм рт. ст.),
- вік > 65 років.

При показнику 0 балів хворий повинен отримувати лікування в амбулаторних умовах. У випадку 1-2 балів (наприклад, хворий > 65 років з тахіпное) пацієнт має бути госпіталізований в терапевтичне відділення. За наявності 3 і більше балів хворого необхідно госпіталізувати у відділення реанімації та інтенсивної терапії.

Досить часто лікарі роблять помилки у формулюванні діагнозу НП. Зустрічаються такі варіанти як «гостра пневмонія», «пневмонія нижньої долі» та ін. В діагнозі має бути чітко зазначено, що це негоспітальна пневмонія з уточненням локалізації процесу, клінічної групи та ступеня легеневої недостатності (ЛН). Наприклад: «Негоспітальна пневмонія нижньої частки правої легені (D10), II клінічної групи, ЛН I». На сьогодні чітко визнано, що пневмонія може мати тільки гострий перебіг, отже вказувати це в діагнозі не потрібно, а термін «хронічна пневмонія» взагалі є помилкою.

Щодо терапії НП, то це захворювання є абсолютним показом для призначення антибіотиків. У лікуванні осіб першої клінічної групи рекомендується застосовувати захищений амінопеніцилін (наприклад, Оспамокс) або антибіотик із групи макролідів (наприклад, Азитро Сандоз®).

У пацієнтів другої клінічної групи препаратом вибору є захищений амінопеніцилін – амоксицилін/клавуланова кислота (Амоксиклав®) або цефалоспорино II покоління (цефуроксим) (Цефуроксим Сандоз®). Призначення в цьому випадку цефалоспорино III покоління цефтріаксону є помилкою. Цефтріаксон більш ефективний щодо грамнегативної флори та має невисоку активність щодо грампозитивного пневмококу – основного збудника НП. Амоксицилін/клавуланова кислота та цефалоспорино II покоління мають врівноважений спектр дії у відношенні як грампозитивних, так і грамнегативних збудників та стійкі до β -лактамаз.

Пацієнти третьої та четвертої клінічних груп потребують призначення комбінації захищеного амінопеніциліну або цефалоспорино III покоління з макролідним антибіотиком. Доцільність такої комбінації обумовлена кількома факторами. По-перше, макролід разом із захищеним амінопеніциліном впливає на пневмокок, посилюючи антибактеріальну дію останнього. По-друге, макролідний антибіотик перекидає вірогідну атипову мікрофлору, на яку не діють антибіотики пеніцилінового ряду. При підозрі на синьогнійну інфекцію призначають цефалоспорино III-IV покоління, активні до *P. aeruginosa*, аміноглікозиди та респіраторні фторхінолони (ципрофлоксацин чи левофлоксацин).

Сучасні рекомендації щодо вибору антибіотиків при НП базуються не тільки й мабуть не стільки на природній активності тих чи інших антибіотиків, скільки на актуальних даних стосовно набутої резистентності збудників. Сьогодні одним з наймасштабніших епідеміологічних досліджень стійкості збудників бактеріальних інфекцій дихальних шляхів є дослідження SOAR (Survey of Antibiotic Resistance), в якому, починаючи з 2012 р., бере участь і наша країна. Об'єктом дослідження є штами *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. catarrhalis* та *S. ruogenes*, виділені від хворих із позалікарняними інфекціями дихальних шляхів. Минулого року на конгресі ESCMID у Барселоні академік Юрій Іванович Фещенко вперше представив результати української гілки дослідження SOAR. Виявилось, що в нашій країні відсутні штами *S. pneumoniae*, резистентні до амоксициліну/клавуланату та цефуроксиму. Ці дані розвінчують міф про необхідність стартової терапії НП респіраторними фторхінолонами у зв'язку з високою резистентністю збудників до інших класів антибактеріальних препаратів. Звичайно, респіраторні фторхінолони займають важливе місце у лікуванні НП, але мають призначатись лише тоді, коли не отримано відповіді на антибактеріальну терапію через 72 год (максимум 86 год) від її початку. Невисокий рівень резистентності *S. pneumoniae* був виявлений до таких препаратів, як пеніцилін (12,6%), цефуроксим (4,5%), цефіксим (11,2%), кларитроміцин та азитроміцин (11,9%), ципрофлоксацин (10,5%).

Можна помітити, що рівень резистентності *S. pneumoniae* до макролідів все-таки є вищим порівняно з іншими препаратами. Тому, якщо з анамнезу відомо про факт прийому пацієнтом макролідів за останні кілька років, стартову антибактеріальну терапію слід розпочинати із захищених амінопеніцилінів. Але може бути ситуація, коли пацієнт з НП протягом останніх трьох місяців приймав захищений амінопеніцилін (наприклад, з приводу гострого отиту), після чого – макролідний антибіотик. В такому випадку лікар має право розпочинати стартову терапію НП із респіраторних фторхінолонів (моксифлоксацин або левофлоксацин). Варто зазначити, що моксифлоксацин є більш ефективним антибіотиком, ніж левофлоксацин.

У лікарів часто виникають труднощі за необхідності призначення антибіотиків вагітним жінкам. На сьогодні немає результатів досліджень, які б свідчили про абсолютну безпеку антибіотиків для вагітної. У той же час виділяють препарати групи В (best), для яких відсутні докази ризику. Очолюють цей список амоксицилін/клавуланова кислота, амоксицилін та бензилпеніцилін, які можна призначати навіть у першому триместрі вагітності. Із макролідів рекомендують застосовувати еритроміцин, спіраміцин, азитроміцин; із цефалоспоринів – цефуроксим, цефтріаксон, цефазолін, цефаклор, цефотаксим, цефіпім.

Варто наголосити, що серед макролідів азитроміцин має найбільш високу активність до збудників НП, особливо до гемофільної палички, відносно якої інші макроліди недостатньо ефективні. Крім того, азитроміцин має додаткові позитивні ефекти, зокрема імуномодуючий на початковому етапі захворювання та проти-запальний у подальшому.

Соціально-економічні реалії сьогодення змушують лікарів віддавати перевагу генеричним антибактеріальним препаратам. Але обирати слід лише ті, що мають високу тотожність оригінальному препарату. Одним з таких препаратів є Амоксиклав® (амоксицилін/клавуланова кислота). Наявність різних лікарських форм препарату дає можливість застосовувати його як у дорослих (звичайні та дисперговані таблетки), так і у дітей (суспензія, дисперговані таблетки). Дисперговані таблетки Амоксиклав® Квітаб характеризуються гарною фармакокінетикою, зручністю вживання та кращим профілем гастроінтестинальної безпеки.

Зазвичай, азитроміцин випускається по 3 таблетки/капсули в упаковці, але для лікування НП цієї кількості, як правило, недостатньо. З листопада цього року на українському фармацевтичному ринку буде доступна унікальна форма випуску – таблетки Азитро Сандоз® № 6.

Ефективність антибактеріальної терапії слід обов'язково оцінити через 48-72 год після призначення лікування. В амбулаторних умовах можливий телефонний контакт із пацієнтом на другий день від початку терапії. Критеріями ефективності антибактеріальної терапії є зменшення проявів інтоксикації, зниження температури тіла, відсутність дихальної недостатності. При виконанні цих умов призначену антибактеріальну терапію можна вважати ефективною, отже її слід продовжити. Якщо зберігається висока температура тіла та інтоксикація або ж симптоматика прогресує, лікування розцінюють як неефективне. Причиною неефективності терапії може бути неправильно встановлений діагноз, неввірно призначений антибіотик чи його дозування, резистентність збудника до препарату, що не дозволяє чинити достатній вплив на причинний мікроорганізм. У разі неефективності стартової терапії необхідно провести її корекцію та додатково обстежити пацієнта для уточнення діагнозу або ж виявлення ускладнень пневмонії.

Резистентність збудників найбільш вірогідна у пацієнтів похилого віку, злісних курців, осіб, які впродовж останніх трьох місяців приймали антибіотики, та хворих, які були госпіталізовані із хоспісів або будинків для людей похилого віку.

Тривалість курсу антибактеріальної терапії при НП залежить від етіології та тяжкості захворювання. При легкому неускладненому перебігу в певних випадках може бути достатнім 3-5-денний курс лікування макролідами чи респіраторними фторхінолонами. Але не варто надто скорочувати лікування у пацієнтів похилого віку, за наявності клінічно значущої хронічної супутньої патології, при повільній клінічній відповіді на лікування. Стандартна тривалість лікування НП легкого та середньотяжкого перебігу становить 7-10 днів. Зручним для клініцистів є правило, що дозволяє припинення антибіотикотерапії через 3-5 днів після стійкої нормалізації температури тіла. При тяжкому перебігу НП курс лікування має бути не меншим за 10 днів. У випадку атипової етіології (хламідійної, мікоплазменної чи легіонельозної) мова йде про 10-14 днів; при НП, спричиненій золотистим стафілококом чи синьогнійною паличкою, ≥ 14 днів.

Лікування НП в амбулаторних умовах має проводитись переважно пероральними препаратами за виключенням тих випадків, коли такий шлях введення неможливий (ковтання, всмоктування тощо). Для лікування НП середнього та тяжкого ступеня у госпітальних умовах показана парентеральна стартова терапія, але після стабілізації стану пацієнта та за наявності позитивної динаміки бажано переводити хворого на пероральні засоби. Зазвичай така можливість з'являється через 2-4 доби після початку лікування. Ступенева терапія дозволяє прискорити виписку зі стаціонару, зменшити витрати на лікування та ризик небажаних явищ, пов'язаних з парентеральним шляхом введення.

Підготувала **Наталія Міщенко**

Амоксиклав®

Амоксицилін + Клавуланова кислота



ТАБЛЕТКИ,
ЩО ДИСПЕРГУЮТЬСЯ



ДИТЯЧА ФОРМА



ТАБЛЕТКИ, ВКРИТІ
ПЛІВКОВОЮ ОБОЛОНКОЮ



ДЛЯ В/В ІН'ЕКЦІЙ



ВАШ КЛЮЧ ДО РІЗНИХ ПАЦІЄНТІВ!^{1,2,3}



Список літератури:

1. Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007 Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Пульмонологія"
2. Наказ МОЗ України № 181 від 24.03.2009 Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Отоларингологія"
3. Наказ МОЗ України № 18 від 13.01.2005 Про затвердження клінічних протоколів лікування дітей з пневмонією

Відпускається за рецептом. Інформація для спеціалістів охорони здоров'я.

Лікарські засоби мають побічні реакції. Для докладної інформації дивись інструкцію для медичного застосування препарату.

Ви можете повідомити про побічні реакції та/або відсутність ефективності лікарського засобу представника заявника

за адресою/ телефоном:

03680, Київ, вул. Амосова, 12, БЦ «Горизонт Парк» (044) 495-28-66

www.sandoz.ua

АМОКСИКЛАВ® РП МОЗ України UA/7064/02/01, UA/7064/02/02, UA/7064/01/01, UA/7064/01/02,
UA/7064/03/01, UA/7064/03/02, UA/3011/04/02, UA/3011/04/01.



SANDOZ

a Novartis company