

Основные принципы диагностики и лечения внебольничной пневмонии

Мы продолжаем освещать доклады, прозвучавшие на научно-практической конференции «Вирусные и бактериальные инфекции при заболеваниях легких» и XIII Украинской школе по антимикробной химиотерапии, которые проходили 3 ноября 2010 года в г. Киеве. В данной публикации представляем обзор двух докладов ведущих пульмонологов нашей страны, посвященных диагностике и лечению внебольничной пневмонии (ВП).



Заведующий отделением технологий лечения неспецифических заболеваний легких ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор Александр Ярославич Дзюблик в докладе раскрыл основные принципы диагностики и лечения внебольничной пневмонии.

— Внебольничная пневмония — острое инфекционное заболевание, возникшее вне стационара или не ранее чем через 4 нед после выписки из него или диагностированное в первые 48 ч после госпитализации, или развившееся у пациента, не находящегося в доме сестринского ухода/отделении длительного медицинского наблюдения ≥ 14 суток, сопровождающееся симптомами инфекции нижних дыхательных путей (лихорадкой, кашлем, выделением мокроты, возможно гнойной, болью в груди, одышкой) и рентгенологическими признаками «свежих» очагово-инфильтративных изменений в легких при отсутствии диагностической альтернативы.

Определить возбудителя ВП достаточно сложно. В настоящее время даже с использованием самых современных методов микробиологической диагностики этиология ВП может быть установлена только в 30–50% случаев. У амбулаторных больных и пациентов, госпитализированных в общетерапевтические отделения, наиболее частым возбудителем ВП является пневмококк (30–35% случаев), несколько реже ВП вызывают гемофильная палочка, атипичные микроорганизмы и респираторные вирусы.

При подозрении на ВП в амбулаторных условиях достаточно собрать анамнез, провести аускультацию легких, рентгенографию органов грудной клетки (РОГК) и общий анализ крови. В условиях стационара, помимо перечисленных исследований, могут быть проведены микробиологическое исследование (бактериоскопия, посев мокроты, а при тяжелом течении заболевания — и крови), биохимическое исследование крови, фибробронхоскопия, определение насыщения крови кислородом или газового состава крови, диагностический торакоцентез, полимеразная цепная реакция (ПЦР).

Ключевым методом диагностики ВП является РОГК (выявление очагово-инфильтративных изменений в легких), она также используется для оценки динамики патологического процесса и полноты выздоровления. ПЦР играет важную роль в диагностике ВП, вызванной респираторными вирусами, а также является перспективным методом обнаружения атипичных возбудителей. Но окончательное место данного метода в диагностике ВП пока не определено, поэтому в связи с высокой стоимостью он не может быть рекомендован для широкого использования.

Выбор антибактериального препарата при ВП осуществляется, как правило, эмпирически и зависит от нескольких факторов: тяжести заболевания, возраста пациента, наличия сопутствующей патологии и других модифицирующих факторов. На основании оценки этих факторов больных условно разделяют на 4 клинические группы.

К I группе относятся амбулаторные больные с ВП нетяжелого течения без сопутствующих заболеваний и других модифицируемых факторов. Наиболее частыми возбудителями ВП у таких пациентов являются *S. pneumoniae*, *M. pneumoniae*, *C. pneumoniae*, *H. influenzae* и респираторные вирусы. Препаратами первого выбора являются амоксициллин или макролид в виде монотерапии перорально. Предпочтение следует отдавать амоксицилину в связи с более высокой активностью в отношении пневмококка. Альтернативой может быть фторхинолон III–IV поколения перорально.

Ко II группе относятся амбулаторные больные с ВП нетяжелого течения с сопутствующими заболеваниями и/или модифицируемыми факторами. Возбудителями ВП у таких пациентов являются *S. pneumoniae* (включая антибиотикорезистентные штаммы), *H. influenzae*, *M. pneumoniae*, *C. pneumoniae*, *S. aureus*, представители семейства *Enterobacteriaceae* и респираторные вирусы. Больным этой группы назначают защищенный аминопенициллин, например амоксициллин/клавуланат (Аугментин™), или цефалоспорины II поколения. Альтернатива — респираторный фторхинолон перорально или цефтриаксон при невозможности перорального приема таблетированных препаратов.

В III группу входят больные с ВП нетяжелого течения, которые нуждаются в госпитализации в терапевтическое отделение по медицинским показаниям (наличие неблагоприятных прогностических факторов). Заболевание может быть вызвано *S. pneumoniae* (включая антибиотикорезистентные штаммы), *H. influenzae*, *M. pneumoniae*, *C. pneumoniae*, *S. aureus*, представителями семейства *Enterobacteriaceae* и респираторными вирусами. Пациентам этой группы назначают β -лактамы (защищенный аминопенициллин или цефалоспорины II–III поколения) парентерально в комбинации с пероральным макролидом. При положительной клинической динамике через несколько дней (обычно через 2–3 дня) парентеральное введение β -лактама можно заменить его пероральным приемом (ступенчатая терапия). Оптимальным выбором в данном случае может быть Аугментин™, который представлен как в инъекционной, так и в пероральной лекарственной форме (таблетки и суспензия). Ступенчатая терапия позволяет сократить длительность пребывания больного в стационаре (антибиотикотерапия продолжается амбулаторно), что снижает риск развития госпитальной инфекции, а также уменьшает стоимость лечения. Альтернативная схема лечения в III группе — монотерапия респираторным фторхинолоном внутривенно.

К IV группе относятся больные с ВП тяжелого течения, требующие госпитализации в отделение реанимации и интенсивной терапии. Этиологическими факторами ВП выступают *S. pneumoniae*, *L. pneumophila*, *H. influenzae*, грамотрицательные энтеробактерии, *S. aureus*, полимикробные ассоциации, синегнойная палочка. IV группу принято разделять на две подгруппы — с низким и высоким риском синегнойной инфекции. Пациентам первой подгруппы назначают внутривенно защищенный аминопенициллин или цефалоспорины II–III поколения в комбинации с макролидом, альтернатива — комбинация респираторного фторхинолона с β -лактамом внутривенно. Также как и в III группе может быть использована ступенчатая схема терапии. При подозрении на синегнойную палочку используют препараты с антисинегнойной активностью.



Доцент кафедры фтизиатрии и пульмонологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, кандидат медицинских наук Людмила Владимировна Юдина выступила с докладом «Внегоспитальная пневмония: как не ошибиться в выборе антибиотика?», в котором на примере двух реальных клинических случаев представила основные принципы выбора антибиотика и наиболее распространенные ошибки.

— **Больная Б.**, 65 лет, направлена на консультацию с диагнозом ВП верхней доли правого легкого. В течение 10 лет пациентка страдает сахарным диабетом. При поступлении женщина предъявляла жалобы на повышение температуры тела до 37,8 °C и кашель. До обращения принимала ципрофлоксацин 5 дней, затем азитромицин 3 дня без достижения положительного клинического эффекта. РОГК, выполненная в двух проекциях (при подозрении на ВП — обязательно), подтвердила диагноз.

В первую очередь следует отметить, что применение ципрофлоксацина в данной клинической ситуации было необоснованным и, как и следовало ожидать, не привело к достижению клинического эффекта. Необоснованным было и назначение азитромицина, так как пациентка относится ко II клинической группе.

Препаратами первого выбора у больных II группы (приблизительно 70% пациентов с ВП) согласно утвержденному в Украине протоколу лечения ВП (приказ МЗ Украины от 19.03.2007 г. № 128) являются защищенные аминопенициллины (амоксициллин/клавуланат) и цефалоспорины II поколения (цефуроксим аксетил), альтернативой — респираторные фторхинолоны. В амбулаторных условиях (больным I и II групп) антибиотики назначают преимущественно перорально. Только при невозможности перорального приема назначают цефтриаксон внутримышечно.

Пациентке в соответствии с национальными рекомендациями по лечению ВП был назначен защищенный амоксициллин — Аугментин™ по 875/125 мг 2 р/сут в течение 7 дней — в комплексе с амброксолом и фенспиридом. Через неделю

было отмечено улучшение самочувствия и нормализация температуры тела, а выполненная через 14 дней повторная РОГК показала полное разрешение пневмонической инфильтрации.

Больная К., 18 лет, поступила с жалобами на одышку, непродуктивный кашель, лихорадку и общую слабость. Заболела остро с повышения температуры тела до 39 °C, появлением озноба, кашля с трудноотделяемой мокротой и одышки. По данным РОГК в двух проекциях был установлен диагноз ВП нижней доли правого легкого. До обращения пациентка самостоятельно принимала ацетилсалициловую кислоту, котримоксазол, а также использовала народные средства. Через 4 дня после начала заболевания участковый врач назначил цефазолин внутримышечно, на фоне терапии которым состояние пациентки улучшилось незначительно.

Следует отметить, что ко-тримоксазол, который пациентка принимала самостоятельно, сегодня не рекомендован для лечения ВП и других внебольничных инфекций дыхательных путей в связи с чрезвычайно высоким уровнем резистентности к нему основных респираторных патогенов. Этим можно объяснить отсутствие эффекта от лечения. Цефалоспорины I поколения (цефазолин, цефалексин, цефадроксил) согласно современным рекомендациям также не являются препаратами выбора для эмпирической терапии ВП, так как не обладают достаточной активностью в отношении гемофильной палочки и атипичных возбудителей.

В связи с выраженной интоксикацией и массивной пневмонической инфильтрацией возникла необходимость в госпитализации больной. Таким образом, пациентка относится к III клинической группе. Оптимальной схемой антибиотикотерапии у больных III группы согласно отечественным рекомендациям является применение защищенных аминопенициллинов или цефалоспоринов II–III поколения (для парентерального введения) в комбинации с макролидом (перорально), альтернативно — респираторные фторхинолоны внутривенно.

Следует подчеркнуть, что защищенные аминопенициллины более предпочтительны, чем цефалоспорины, в связи с ростом распространенности штаммов микроорганизмов, продуцирующих β -лактамазы расширенного спектра. Эти ферменты способны разрушать цефалоспорины III поколения (цефтриаксон и др.), которые, по мнению Л.С. Страчунского, больше не должны быть «рабочими лошадками» в госпитальных учреждениях.

С учетом вышеизложенного нашей пациентке были назначены Аугментин™ (по 1000/200 мг каждые 8 ч внутривенно), кларитромицин (500 мг/сут перорально в течение 7 дней) и амброксол. На 4-й день динамика была оценена как положительная, и парентеральное введение Аугментина было заменено его пероральным приемом в дозе 875/125 мг 2 р/сутки (ступенчатая терапия). Общая продолжительность курса антибиотикотерапии составила 10 дней.

В результате проведенного лечения наступило клиническое выздоровление, при проведении повторной РОГК отмечено практически полное исчезновение инфильтративных изменений в легких.

Таким образом, защищенные аминопенициллины (например, амоксициллин/клавуланат — Аугментин™) являются препаратами выбора у пациентов с ВП II и III клинических групп. Обоснованием для такой рекомендации является целый ряд факторов:

- высокая распространенность штаммов респираторных патогенов (гемофильной палочки, моракселлы, стафилококка и др.), продуцирующих β -лактамазы (в том числе расширенного спектра действия), которые разрушают незащищенные β -лактамы (пенициллины, цефалоспорины), в то время как амоксициллин/клавуланат устойчив к действию β -лактамаз;

- рост уровня резистентности пневмококка к целому ряду антибиотиков, в то время как его устойчивость к амоксицилину/клавуланату в течение многих лет остается стабильно низкой — по данным российских исследований ПеГАС I и II не превышает 0,3%;

- высокая бактериологическая и клиническая эффективность Аугментина при ВП, продемонстрированная в многочисленных клинических исследованиях;

- наличие лекарственных форм Аугментина для парентерального и перорального применения, что позволяет назначать препарат пациентам с разной тяжестью ВП, а также проводить ступенчатую терапию, снижающую стоимость лечения и частоту осложнений, связанных с инъекционным введением и госпитальными инфекциями.

AGMT/10/UA/28.03.2011/4789

Печатается при поддержке ГлаксоСмитКляйн

Подготовил Вячеслав Килимчук

