

группой риска позволит эффективно проводить профилактику пограничных нервно-психических расстройств и способствовать социально-трудовой адаптации работников предприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вейн А.М. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика.-М.: Медицинское информационное агенство, 1998.-752 с.

2. Казначеев В.П. Очерки теории и практики экологии человека.- М., 1983.-260 с.

3. Каменский Ю.Н., Кирпичников А.Б., Викторов В.С. Здоровье и работоспособность локомотивных бригад в связи с возрастом и стажем работы в профессии//Теоретические и прикладные проблемы современного здравоохранения и медицинской науки: Сб. науч. тр.-2001.-Ч.1.-С.184-187.

4. Капцов В.А., Панкова В.Б., Кутовой В.С. Основные факторы профессионального риска у работников железнодорожного транспорта//Гигиена и санитария.-2001.-№1.-С.38-43.

5. Лебедев М.А. Предболезненные состояния при пограничных психических расстройствах//Журнал неврологии и психиатрии.-1997.-№6.-С.22-25.

6. Постановление Правительства Российской Федерации от 8 сентября 1999 года №1020 «Об утверждении перечня профессий и должностей работников, обеспечивающих движение поездов, подлежащих обязательным предварительным, при поступлении на работу, и периодическим медицинским осмотрам».

7. Прохоров А.А. Актуальные медико-социальные проблемы охраны здоровья работающих на железнодорожном транспорте//Актовая речь 18 октября 1996.-М., 1996.

8. Указание Министерства путей сообщения №372пр-у от 11 октября 1999 г. об исполнении постановления Правительства Российской Федерации от 8 сентября 1999 года №1020 «Об утверждении перечня профессий и должностей работников, обеспечивающих движение поездов, подлежащих обязательным предварительным, при поступлении на работу, и периодическим медицинским осмотрам».

9. Яхина Ф.Ф., Яхин Ф.А. Эпидемиология вегетативных расстройств и факторы риска вегетативной дистонии.-Казань, 2000.-84 с.

10. Selbach H.W. Birkmayer. Klinische Pathologie des vegetativen Nervensystems.-Basel, 1976.-№1.-P.299-332.



УДК 616.24-002.001.33

Л.И.Ковалева, Ю.В.Кулаков

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕРМИНА «ВТОРИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ» В СОВРЕМЕННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ

*Владивостокский государственный медицинский университет,
Дальневосточный государственный университет, Владивосток*

РЕЗЮМЕ

Целью данной работы являются обзор публикаций отечественных и зарубежных авторов, их отношение к определению термина «пневмония» и классификации пневмоний; определение места вторичных пневмоний в современной классификации и актуальности проблемы вторичных пневмоний.

SUMMARY

L.I.Kovaleva, Yu.V.Kulakov

SIGNIFICANCE OF THE TERM "SECONDARY PNEUMONIA" FOR MODERN CLASSIFICATION

The purpose of this paper is to review Russian and foreign papers on this subject; the attitude of the authors to the term "pneumonia" and pneumo-

nia classification; secondary pneumonia in modern classification; significance of the problem of secondary pneumonia.

Несмотря на почти двухсотлетний период изучения пневмоний, вопросы классификации и определения понятия пневмонии являются актуальными, о чем говорит большое количество работ отечественных и зарубежных авторов [1, 4, 11, 24]. Проблема классификации пневмоний касается не только специалистов пульмонологов, но и морфологов, рентгенологов, микробиологов. Исторические этапы развития учения о пневмонии являются основой современного определения и различных классификаций пневмонии.

Целью данной работы являются обзор публикаций отечественных и зарубежных авторов, их отношение к определению термина «пневмония» и классификации пневмоний; определение места вторичных пневмоний в современной классификации и актуальности проблемы

вторичных пневмоний.

Как указывает Ю.К.Новиков [19], первые упоминания о воспалении в респираторных отделах дыхательного тракта, не оформленные в привычные для современных врачей нозологические рамки, приводятся Корнелиусом Цельсом (Celsus Cornelius). В 1684 году Томасом Виллисом (Willis Thomas) были подробно описаны симптомы острой лихорадки, кашля и затрудненного дыхания, а в 1830 г. Рене Лаэннеком (Laennec Rene) определены особенности аускультативной картины. Все это приблизило врачей к пониманию пневмонии, как самостоятельного заболевания. Выделение Карлом Рокитанским (1842) двух морфологических вариантов пневмонии: долевой и бронхопневмонии, а затем открытые Вильгельмом Рентгеном (Rontgen Wilhelm) возможности лучевой диагностики (1895) создали основы классификации и диагностики пневмонии, которыми пользуются и современные клиницисты.

Следующий исторический этап в учении о пневмонии был связан с развитием микробиологии и возможностями этиологической диагностики заболевания. В конце XIX века были открыты *Streptococcus pneumoniae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* и другие микроорганизмы, что послужило основой создания этиологической классификации пневмонии. Разработка этого направления позволила Н.А.Реиманн (1938) выделить группу “атипичных” пневмоний, а в дальнейшем и верифицировать внутриклеточных возбудителей пневмонии: *Mycoplasma pneumoniae* (1965), *Legionella pneumophila* (1977) и *Chlamydia pneumoniae* (1989).

Большинство современных специалистов считают, что пневмония относится к наиболее распространенным заболеваниям, возникает в любом возрасте, имеет определенные особенности течения в различные возрастные периоды [6, 9, 31]. Она представляет собой комплекс патологических процессов, развивающихся в дистальных отделах легочной ткани. Основным проявлением этих процессов является инфекционное, экссудативное, реже межклеточное воспаление, вызванное микроорганизмами различной природы, и доминирующее во всей картине заболевания. С клинических позиций понятие “пневмония” следует определить как инфекционное заболевание нижних отделов дыхательных путей, подтвержденное рентгенологически [18].

Первичной пневмонией принято считать заболевание, возникшее у человека со здоровыми прежде органами дыхания и при отсутствии заболеваний других органов и систем, приведших к пневмонии или способствующих ее возникновению. Вторичные пневмонии возникают на фоне хронических заболеваний органов дыхания (хронический бронхит; пневмосклероз разной этиологии, бронхоэктазии, опухоль, посттуберкулезные изменения в бронхах и легких, муковисцидоз и др.) как осложнение инфекционных заболеваний различных органов [3, 6, 9].

В основу первой классификации пневмоний, разработанной Карлом Рокитанским (1842), был предложен морфологический принцип, и пневмонии различались в зависимости от локализации и размеров пневмонического инфильтрата. В 1937 г. Буллова (G.M.Bullowa) предложил классификацию острой пневмонии, осно-

ванную на этиологическом принципе. Немного позже была широко распространена классификация, разработанная Хеглином (R. Hegglin, 1969), которая строилась по этиопатогенетическому принципу и выделяла первичную и вторичную пневмонию с указанием этиологии заболевания.

Первая общепринятая Российская классификация острых пневмоний была предложена Н.С.Молчановым в 1962 году и утверждена на XV Всесоюзном съезде терапевтов [17]. Согласно данной классификации выделялись:

- по этиологии (бактериальные, вирусные и курикетозные, обусловленные физическими и химическими раздражителями, смешанные);
- по клинко-морфологическим признакам (паренхиматозная крупозная, паренхиматозная очаговая, интерстициальная и смешанная);
- по течению (остротекучая и затяжная).

Классификация не учитывала те случаи, когда речь шла о микоплазменной пневмонии, вызванной хламидиями и другими микроорганизмами, указывалась практически не встречающаяся у взрослых интерстициальная пневмония.

Эти недостатки были устранены О.В.Коровиной (ВНИИ пульмонологии МЗ СССР, 1978), в классификации которой отражены сведения об этиологии заболевания, первичности и вторичности пневмонии, клинко-морфологическая характеристика (крупозная, бронхопневмония), особенности течения (острая, затяжная). В Российской классификации острая пневмония впервые подразделяется на первичную и вторичную [14].

В патогенезе вторичных пневмоний большая роль отводилась также воздействию ионизирующего излучения, наличие онкологических заболеваний и болезней системы крови (в том числе проводимая в таких случаях химиотерапия), травмы, отравления, ранения, оперативные вмешательства, искусственная вентиляция легких, алкоголизм, заболевания сердечно-сосудистой системы и других внутренних органов.

Данное понимание сути болезни было заложено и в Международной классификации болезней, травм и причин смерти IX (1975) и X (1992) пересмотров, где пневмония четко обособлена от других очаговых воспалительных заболеваний легких неинфекционного происхождения.

С точки зрения морфолога острые пневмонии можно классифицировать по нескольким признакам [10]. Патологоанатомы выделяют фибринозную и геморрагическую пневмонию. Острые пневмонии также делятся на первичные и вторичные. К первичным острым пневмониям относят пневмонии как самостоятельное заболевание и как проявление другой болезни, имеющее нозологическую специфику (например, гриппозная, чумная пневмонии). Вторичные острые пневмонии являются чаще всего осложнением многих заболеваний [13].

По топографоанатомическому признаку (локализации) различают три основных типа пневмонии: паренхиматозная пневмония; интерстициальная пневмония; бронхопневмония. По распространенности воспаления: милиарная пневмония или альвеолит; ацинозная; дольковая, сливная дольковая; сегментарная, полисегмен-

тарная; долевая пневмонии. По характеру воспалительного процесса пневмония бывает: серозная (серозно-лейкоцитарная, серозно-десквамативная, серозно-геморрагическая), гнойная.

В нашей стране на 5 конгрессе пульмонологов (1995) был принят консенсус по пневмонии. Привычный для нас термин "острая пневмония" заменен на термин "пневмония", который подразумевает только острую пневмонию в связи с отсутствием в Международной классификации болезней самостоятельной формы "хроническая пневмония". Согласно достигнутому консенсусу, следует различать: внебольничные (внегоспитальные) пневмонии; пневмонии, возникшие в стационарных условиях – госпитальные (нозокомиальные); атипичные пневмонии; пневмонии у лиц с иммунодефицитом.

Эта классификация была рекомендована клиницистам для упорядочения методов диагностики и особенно способов лечения пневмонии [22].

В этот же период времени пульмонологами широко применялась также следующая классификация: внебольничные пневмонии (в том числе и атипичные); внутрибольничные (госпитальные, нозокомиальные) пневмонии; аспирационные пневмонии; пневмонии у лиц с иммунодефицитом (врожденным или приобретенным).

Классификация носила не академический характер, а соответствовала практическим требованиям диагностики и лечения. Смешение анамнестических (внебольничные и госпитальные пневмонии) и патогенетических (аспирационные и у больных с иммунодефицитом) критериев нарушает стройность классификации. Например, как при госпитальной, так и при внебольничной пневмонии ведущим механизмом развития заболевания может быть аспирация; иммунодефицит способствует развитию внебольничной, а уж тем более – внутрибольничной пневмонии.

В желании оптимизировать перечень диагностических исследований и подходы к антибактериальной терапии пневмоний с начала 90-х годов стали создаваться и активно популяризоваться многочисленные согласительные рекомендации по ведению пациентов с пневмониями – Канадского общества инфекционных болезней (1993) – КОИБ [40], Американского торакального общества (1993) [42], Британского торакального общества (1993) [32], Американского общества инфекционных болезней (1998) – АОИБ [29], Европейской рабочей группы по изучению внебольничной пневмонии (1998) [37] и др.

В этом контексте особый интерес представляют рекомендации АОИБ (2000) [30] и КОИБ/Канадского торакального общества – КОИБ/КТО (2000) [41].

Поначалу подобные рекомендации вызвали оживленные дискуссии о роли и месте самих рекомендаций в практической деятельности врача. Однако со временем споры уступили место убежденности в том, что приверженность рекомендациям минимизирует стоимость лечения, сокращает сроки госпитального лечения и сопровождается снижением летальности [21, 25].

На сегодняшний день большинством клиницистов повсеместно используется клинические классификации, рекомендованные рабочими группами [28, 34]. В соот-

ветствии с этими классификациями также выделяют четыре формы пневмоний: внебольничная, внутрибольничная, атипичная, и на фоне иммунодефицитных состояний [33]. Данная классификация отражает не только место возникновения заболевания, но и существенные особенности (эпидемиологические, клинкорентгенологические), а главное – определенный спектр возбудителей, течение, исход и программы лечения больных пневмониями [18].

В зарубежной классификации [34, 39] и в периодической отечественной литературе довольно часто отождествляются понятия первичные – внебольничные и вторичные – внутрибольничные, нозокомиальные пневмонии. Так академиком А.Г.Чучалиным (1999) [27] нозокомиальная пневмония трактуется как госпитальная, вторичная пневмония, возникающая у больного, находящегося в больнице более 48 часов. Внегоспитальная пневмония является наиболее частой формой пневмонии (80-90%), наблюдаемой у молодых и особенно пожилых людей, а также у лиц, страдающих различной хронической патологией (болезни органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, почек, крови, обмена и др.) и может также иметь вторичный характер [2, 15].

В последнее время врачебная практика требует большей детализации вторичных пневмоний с учетом их многообразия и широкого спектра возбудителей [16].

Выделяют пневмонии:

- аспирационные,
- посттравматические,
- послеоперационные,
- пневмонии, развивающиеся на фоне ХНЗЛ,
- на фоне хронического алкоголизма,
- у лиц со злокачественными новообразованиями,
- с иммунодефицитными состояниями,
- нозокомиальные пневмонии,
- ИВЛ-ассоциированные,
- у лиц с трахеостомой,
- у лиц, получавших массивную антибактериальную терапию по поводу тяжелых, предшествующих пневмонии заболеваний.

Факторами риска возникновения вторичных пневмоний в последние годы являются наркомания, токсикомания [5, 7, 12]. При наличии фоновой патологии необходимо указать на нее в диагнозе, подчеркнув вторичный характер заболевания (наличие хронических obstructивных заболеваний легких, сердечной недостаточности, сахарного диабета, опухоли легкого, иммунодефицитного состояния и др.). Данный компонент диагноза имеет значение в выборе индивидуальной лечебно-реабилитационной программы, так как большинство так называемых вторичных пневмоний приобретает осложненное и затяжное течение [8].

По данным В.Е.Ноникова [20] к числу актуальных микроорганизмов, ответственных за развитие внебольничной пневмонии, относятся следующие:

- *Streptococcus pneumoniae* (пневмококк) – самый частый возбудитель пневмонии среди всех возрастных групп (30% и более);
- *Mycoplasma pneumoniae* вызывает внебольничную пневмонию в 20-30% случаев у лиц моложе 35 лет; этиологический вклад этого возбудителя у лиц старших

возрастных групп оценивается более скромно (1-9%);

- *Chlamydia pneumoniae* вызывает пневмонию, как правило, нетяжелого течения в 2-8% случаев;

- *Haemophilus influenzae* ответственна за развитие пневмонии у взрослых (чаще у курильщиков и больных, страдающих хроническим обструктивным бронхитом) в 5-18% случаев;

- *Legionella* spp. (прежде всего *Legionella pneumophila*) – нечастый возбудитель внебольничной пневмонии (2-10%); однако легионеллезная пневмония занимает второе место (после пневмококковой) среди смертельных случаев заболевания;

- Кишечные грамотрицательные палочки (прежде всего семейство *Enterobacteriaceae*) – неактуальный возбудитель внебольничной пневмонии (меньше 5%), как правило, у больных с сопутствующими заболеваниями (сахарный диабет, застойная сердечная недостаточность, почечная, печеночная недостаточность и др.);

- *Staphylococcus aureus* – неактуальный возбудитель (меньше 5%), как правило, у больных с известными факторами риска (пожилой возраст, наркомания, хронический гемодиализ, переносимый грипп);

- *Moraxella (Branhamella) catarrhalis* – неактуальный возбудитель (1-2%), как правило, у больных с сопутствующим хроническим обструктивным бронхитом.

Среди внебольничных пневмоний выделяют три группы:

- пневмония нетяжелого течения у лиц моложе 60 лет без сопутствующих заболеваний (ведущими возбудителями являются *S.pneumoniae*, *M.pneumoniae*, *C.pneumoniae* и *H.influenzae*);

- пневмония нетяжелого течения у лиц старше 60 лет и/или на фоне сопутствующих заболеваний (ведущие возбудители – *S.pneumoniae*, *H.influenzae*, аэробные грамотрицательные микроорганизмы и т.д.);

- тяжелая пневмония независимо от возраста и коморбидного статуса (ведущие возбудители – *S.pneumoniae*, *Legionella* spp., аэробные грамотрицательные микроорганизмы).

По классификации А.Торрес, М.Вудхерд (1997) [43] выделяют клинические формы пневмонии:

- нетяжелая «пневмококковая»;
- тяжелая «пневмококковая»;
- тяжелая пневмония неясной этиологии.

По степени тяжести течения: тяжелое и нетяжелое.

По современной классификации Европейского респираторного общества к внебольничным пневмониям также относят:

- легкую пневмококковую пневмонию;
- легкую атипичную пневмонию;
- тяжелую пневмококковую пневмонию;
- тяжелую пневмонию неизвестной этиологии;
- аспирационную (анаэробную) пневмонию.

Очевидна практическая значимость этой классификации, когда основными критериями служат этиология и степень тяжести пневмонии, необходимые в первую очередь для выбора антибиотика [23].

Нозокомиальные пневмонии всегда вторичны по отношению к тому заболеванию, по поводу которого больной был госпитализирован. Возбудителем этих пневмоний может быть и пневмококк, но наиболее ха-

рактерны все-таки грамотрицательные микроорганизмы и стафилококк.

Как считает Alan Fein [36] клиническая картина самой пневмонии не является определяющей в этиологическом диагнозе. Большее значение имеет клиника тех заболеваний, на фоне которых развилась пневмония (тяжелая дыхательная недостаточность и искусственная вентиляция легких, онкологические заболевания, первичный или вторичный иммунодефицит и т.д. [35, 38].

Основные группы возбудителей, которые вызывают нозокомиальные пневмонии:

- *Escherichia coli*,
- *Pseudomonas aeruginosae*,
- *Staphylococcus aureus*,

- могут быть и другие возбудители – анаэробы. В последнее время много стали говорить о грибковой нозокомиальной пневмонии.

Не вызывает сомнения необходимость учитывать в каждом конкретном случае этиологический фактор заболевания. Однако этиология не в полной мере определяет течение заболевания, и, кроме того, трудности бактериологической верификации возбудителя у больных вторичными пневмониями не всегда позволяют определить нозологический диагноз по этиологическому принципу [26].

Таким образом, в течение многих лет термин «вторичная пневмония» использовался в классификации отечественных и зарубежных пульмонологических школ. Такое пристальное внимание к проблеме вторичных пневмоний говорит не только об актуальности этой темы, а также и о многих нерешенных вопросах диагностики, лечения, профилактики осложнений и реабилитации больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ариэль Б.М., Барштейн Ю.А. Методология изучения пневмонии (опыт двух столетий)//Пульмонология.-1991.-№1.-С.56-8.
2. Бойко Д.В. Особенности сегментарных пневмоний у детей//Новости лучевой диагностики.-2000.-№2.-С.14-17.
3. Вишнякова Л.А., Путов Н.В. Этиология острой пневмонии//Тер. архив.-1990.-№3.-С.15-19.
4. Вовси М.С. Некоторые вопросы патогенеза и клиники крупозной пневмонии//Тер. архив.-1940.-XVIII.
5. Воробьева Г.А. Изменение показателей реактивности организма при вторичных пневмониях и методы их коррекции: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.-Владивосток, 1997.
6. Гогин Е.Е. Вторичные пневмонии – страх и новая проблема//Тер. архив.-1985.-№5.-С.20-23.
7. Гомзякова И.Т. Изменение показателей реактивности организма при тяжелом и осложненном течении вторичных пневмоний и влияние тинростима на отклонения в иммунном статусе: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.-Владивосток, 1998.
8. Дворецкий Л.И. Пневмонии. Диагностика, лечение, геронтологические аспекты//Русский мед. журнал.-1996.-Т.4, №11.-С.684-94.
9. Диагноз в пульмонологии//Тер. архив.-1990.-

№3.-С.7-15.

10. Есипова И.К. Патологическая анатомия легких.-М.: Медицина, 1978.-174 с.

11. Замотаев И.П. Острые пневмонии//Болезни органов дыхания/Под ред. Н.Г. Палеева.-М.: Медицина, 1989.-Т.2.-С.17-102.

12. Казак И.К. Клинико-рентгенологические особенности пневмоний у опийных наркоманов//Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 9-й: Сборник резюме.-М., 1999.-С.286.

13. Клинические классификации некоторых внутренних заболеваний и примеры формулировки диагнозов: Методические рекомендации/В.С.Гасилина, П.С.Григорьева, О.Н.Минушкина, Б.А.Блохина.-М.-1995.-С.480-487.

14. Коровина О.В. Руководство по пульмонологии/Под ред. Н.В. Путова, Г.Б. Федосеева.-Л., 1984.

15. Крылов А.А., Марченко В.А. Руководство по фитотерапии.-СПб., 2000.

16. Логвиненко А.С., Сидорова Л.Д., Логвиненко Н.И. Номенклатура и классификация важнейших неспецифических заболеваний легких:Методическое пособие.-Новосибирск, 1999.-С.8-12.

17. Молчанов Н.С., Ставская В.В. Клиника и лечение острых пневмоний.-М., 1974.

18. Никонова Е.В., Чучалин А.Г., Черняев А.Л. Пневмонии, эпидемиология, классификация, клинко-диагностические аспекты//Русский мед. журнал.-1998.-Т.5, №17.-С.1095-1099.

19. Новиков Ю.К. Современные подходы к лечению пневмоний//Русский мед. журнал.-2002.-Т.10, №5.-С.251-254.

20. Ноников В.Е. Пневмония: этиология и терапия//Врач.-2001.-№11.-С.8-10.

21. Руководство по инфекционным болезням с атласом инфекционной патологии/Под ред. Ю.В.Лобзина, С.С.Козлова, А.Н.Ускова.-М., 2000.

22. Стандарты (протоколы) диагностики и лечения больных с неспецифическими заболеваниями легких. Приложение к приказу № 300 МЗ РФ от 09.10.98.

23. Страчунский Л.С., Козлов С.Н. Современная антимикробная химиотерапия:Рук-во для врачей.-М.: Боргес, 2002.-436 с.

24. Сильвестров В.П., Федотов П.И. Пневмония.-М.: Медицина, 1987.-245 с.

25. Синопальников А.И., Страчунский Л.С. Новые рекомендации по ведению взрослых пациентов с внебольничной пневмонией (по материалам рекомендаций Американского общества инфекционных болезней, 2000 г. и Канадского общества инфекционных болезней/Канадского торакального общества, 2000 г.)//КМАХ.-2001.-Т.3.-С.54-68.

26. Холошина Г.И. Клиника, диагностика и лечение вторичных пневмоний.-Владивосток.-1991.-132 с.

27. Чучалин А.Г. Пневмония – актуальная проблема современной медицины//Медицинская газета.-1995.-№41.

28. American Thoracic Society. Guidelines for the Initial Management of Adults with Community-Acquired Pneumonia. Diagnosis Assesment of Severity and Initial

Antimicrobial Therapy//Am. Rev. Resp. Dis.-1993.-Vol.148, №5.-P.1418-1426.

29. Bartlett J.G., Breiman R.F., Mandell L.A., File T.M. Jr. Community-acquired pneumonia in adults: guidelines for management. Infectious Diseases Society of America//Clin. Infect. Dis.-1998.- Vol.26.-P.811-838.

30. Bartlett J.G., Dowell S.F., Mandell L.A. et al. Practice guidelines for the management of community-acquired pneumonia in adults. Infectious Diseases Society of America//Clin. Infect. Dis.- 2000.-Vol.31.-P.347-382.

31. Baum G.M., Crapo J.D., Celli B.R., Karlinsky J.B. Textbook of pulmonary diseases.-Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1998.

32. British Thoracic Society. Guidelines for the management of community-acquired pneumonia in adults admitted to hospital//Br. J. Hosp. Med.-1993.-Vol.49.-P.346-350.

33. BTS Guidelines for the Management of Community Acquired Pneumonia in Adults//Thorax.-2001.-Vol.56 (Suppl. IV).-P.1-64.

34. Ewig S. Community-acquired pneumonia: definition, epidemiology, and outcome//Semin. Respir.Infect.-1999.-Vol.14.-P.94-102.

35. European Study on Community-acquired pneumonia (ESOCAP) Commitee. Guidelines for management of adult community-acquired lower respiratory tract infections//Eur. Resp. J.-1998.-Vol.11.-P.986-991.

36. Fein A., Grossman R., Ost D., Farber B., Cassiere H. Diagnosis and management of pneumonia and other respiratory infections.-Caddo: Professional Communications, Inc., 1999.

37. Guidelines for management of adult community-acquired lower respiratory tract infections. European Study on Community-acquired Pneumonia (ESOCAP) Committee//Eur. Resp. J.-1998.-Vol.11.-P.986-991.

38. Huchon G., Woodhead M. and European Study Group on Community Acquired Pneumoniae (ESOCAP) Committee. Management of adult community-acquired lower respiratory tract infections//Eur. Resp. J.-1998.-Vol.8, №61.-P.391-426.

39. Inglis T.J.J. Clinical Microbiology.-Philadelphia: Churchill Livingston, 1997.

40. Mandell L.A., Niederman M. Antimicrobial treatment of community-acquired pneumonia in adults: a conference report. Canadian Community-Acquired Pneumonia Consensus Conference Group//Can. J. Infect. Dis.-1993.-Vol.4.-P.25.

41. Mandell L.A., Marrie T.J., Grossman R.F., Chow A.W., Hyland R.H. and the Canadian CAP Working Group. Canadian guidelines for the initial management of community-acquired pneumonia: an evidence-based update by the Canadian Infectious Diseases Society and the Canadian Thoracic Society//Clin. Infect. Dis.-2000.-Vol.31.-P.383-421.

42. Niederman M.S., Bass J.B., Campbell G.D., et al. Guidelines for the initial empiric therapy of community-acquired pneumonia: proceedings of an American Thoracic Society Consensus Conference//Am. Rev. Resp. Dis.-1993.-Vol.148.-P.1418-1426.

43. Pneumoniae/Eds. A.Torres, M.Woodheard.-European Respiratory Monograph, 1997.-262 p.

