

УДК 616.24-002-08

Актуальные вопросы лечения внегоспитальной пневмонии

Е.А. Костюкова, Н.В. Жукова, И.М. Кривошеева

ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского»

Ключевые слова: внегоспитальная пневмония, клинические группы, антибактериальная терапия

Эпидемиология пневмоний на современном этапе характеризуется возникшей с конца 80-х годов тенденцией к росту заболеваемости и летальности как у нас в стране, так и во всем мире. В развитых странах заболеваемость пневмониями составляет от 3,6 до 16 на 1000 человек. В настоящее время во всем мире пневмонии занимают 4 – 5-е место в структуре причин смерти после сердечно-сосудистой патологии, онкологических заболеваний, цереброваскулярной патологии и хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), а среди инфекционных болезней – 1-е место. Согласно данным зарубежных эпидемиологических исследований, заболеваемость внегоспитальной пневмонией у взрослых (≥ 18 лет) колеблется в широком диапазоне: у лиц молодого и среднего возраста она составляет 1-11,6‰, в старших возрастных группах – 25-44‰. Летальность при внегоспитальной пневмонии оказывается наименьшей (1-3%) у лиц молодого и среднего возраста без сопутствующих заболеваний. Напротив, у пациентов старше 60 лет, при наличии серьезной сопутствующей патологии (ХОБЛ, злокачественные новообразования, алкоголизм, сахарный диабет, заболевания почек и печени, сердечно-сосудистой системы и др.), а также в случаях тяжелого течения ВП (мультилобарная инфильтрация, вторичная бактериемия, частота дыхания ≥ 30 в 1 мин, гипотензия, острая почечная недостаточность) этот показатель достигает 15-30%.

Определение и классификация

Пневмония - острое инфекционное заболевание преимущественно бактериальной этиологии, которое характеризуется очаговым поражением респи-

раторных отделов легких и наличием внутриальвеолярной экссудации [1]. Инфекционный характер заболевания отличает пневмонии от воспалительных заболеваний/поражений легких неинфекционной природы. В соответствии с Международной классификацией болезней, травм и причин смерти (МКБ) 10-го пересмотра (1992) собственно пневмонии обособлены и от инфекционных поражений легких, которые вызваны облигатными для человека патогенами бактериальной или вирусной природы (чума, туляремия, Q-лихорадка, корь и др.). Последние рассматриваются в рамках соответствующих нозологических форм.

В настоящее время различают пневмонии:

- внебольничная (внегоспитальная) – бактериальная, вирусная, микобактериальная, паразитарная;
- нозокомиальная (внутрибольничная, госпитальная) – возникающая через 48-72 часа после госпитализации по поводу какого либо другого заболевания;
- аспирационная;
- у лиц с тяжелыми дефектами иммунитета – врожденный иммунодефицит, синдром приобретенного иммунодефицита, онкопатология.

Большинство случаев заболевания приходится на долю внебольничных пневмоний (ВП). Основными возбудителями нетяжелых ВП являются *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamydia pneumoniae*. У больных с тяжелой ВП наряду с перечисленными возбудителями определенную роль играют *Legionella pneumophila*, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, представители се-

мейства Enterobacteriaceae.

В силу разных причин в Украине отсутствуют достоверные данные об антибиотикорезистентности среди возбудителей ВП. Исходя из географической близости и общих традиций в использовании антибиотиков в качестве ориентира можно использовать результаты микробиологических исследований, выполненных в России [3].

Ключевая роль среди возбудителей ВП принадлежит *S. pneumoniae*. В 2008 г. Институт клинических и лабораторных стандартов США (CLSI) изменил критерии чувствительности пневмококков к пенициллину. В соответствии с ними устойчивость пневмококков к пенициллину в России составляет 1,2% (результаты исследований ПеГАС-I и ПеГАС-II) [2]. Сохраняется высокая чувствительность *S. pneumoniae* к аминопеницилинам (амоксциллин), включая ингибиторозащищенные (амоксциллин/клавуланат) (уровень чувствительности 99,7%), цефалоспорином III поколения и респираторным фторхинолонам. Не составляет пока проблемы и чувствительность к макролидам. В то же время зарегистрировано значительное снижение чувствительности пневмококков к тетрациклину (29,6% резистентных штаммов) и ко-тримоксазолу (уровень устойчивости – 40,8%) [2]. Вторым по значимости возбудителем ВП среди типичных микроорганизмов является *H. influenzae*. В настоящее время в России нечувствительность (умеренная резистентность + резистентность) *H. influenzae* к ампициллину составляет 5,2%, амоксициллин/клавуланату, цефотаксиму, ципрофлоксацину и левофлоксацину – 0%, азитромицину – 1,5%, тетрациклину – 5,0%. В то же время к ко-тримоксазолу она достигает 29,8%. В целом, за исключением ко-тримоксазола, пока нет оснований отказываться от какого-либо класса антибактериальных средств, применяемых для лечения инфекций, вызванных этим микроорганизмом.

Резистентность атипичных патогенов (*M. pneumoniae*, *C. pneumoniae*) к антибиотикам у клинически значимых штаммов не встречается, хотя описана в лабораторных условиях. Есть все основания полагать, что в ближайшее время она не станет сколько-нибудь серьезной клинической проблемой.

Факторы риска

Важным фактором риска возникновения ВП является курение, причем риск возрастает по мере увеличения длительности курения, количества выкуриваемых за день сигарет и кумулятивной экспозиции к табачному дыму. Среди взрослых, бросивших курить, повышенный риск ВП снижается спустя 5 лет после отказа от курения.

Среди других факторов, непосредственно связанных с возникновением ВП, следует упомянуть иммуносупрессивную терапию; инфекции верхних дыхательных путей в течение месяца, предшествующего заболеванию ВП; перенесенные в прошлом пневмонии (подтвержденные рентгенологически);

хронический бронхит или хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ); ожирение; профессиональную экспозицию к пыли; перенесенную в детстве пневмонию; неполную семью (холост/не замужем, разведен(-а), вдовец/вдова), незанятость (отсутствие работы), лечение кортикостероидами и бронходилататорами [3].

Диагностика внегоспитальной пневмонии

В соответствии с современными представлениями ВП диагностируется по наличию очаговой инфильтрации легочной ткани на рентгенограммах и не менее 2 из нижеследующих признаков:

- острое начало заболевания с температурой тела $>38^{\circ}\text{C}$;
- кашель с выделением мокроты;
- притупление звука/тупость при перкуссии; ослабленное, жесткое или бронхиальное дыхание; фокус звонких мелкопузырчатых хрипов и/или крепитация;
- лейкоцитоз ($>10 \times 10^9/\text{л}$) или палочкоядерный сдвиг ($>10\%$) [1].

При отсутствии рентгенологического подтверждения клинический диагноз ВП рассматривается как неточный/неопределенный, хотя и имеет право на существование.

Где лечить пациента?

Большинство больных с ВП могут лечиться в амбулаторных условиях, главными достоинствами которых являются удобство и комфорт для пациента, пероральный прием антибиотиков, а также меньшая стоимость лечения для системы здравоохранения в целом (по данным зарубежных исследований, лечение больных с ВП в госпиталях обходится в 20-25 раз дороже, чем в домашних условиях [3]). Важным условием амбулаторной терапии является минимальный риск неблагоприятного исхода (замедленного выздоровления, развития осложнений и/или смерти). Соответственно, основными кандидатами на лечение в домашних условиях будут больные с нетяжелой ВП.

Для решения вопроса о месте лечения пациента наиболее удобной представляется шкала CURB-65. Данная аббревиатура расшифровывается так: Confusion (спутанность сознания), Urea ([азот] мочевины >7 ммоль/л), Respiratory rate (число дыхательных движений $>30/\text{мин}$), Blood pressure (снижение систолического артериального давления <90 мм рт. ст. или диастолического давления ≥ 60 мм рт. ст.), 65 – возраст >65 лет. Больному присваивают по 1 баллу при наличии каждого из вышеперечисленных признаков, после чего подсчитывается сумма баллов. Если итоговая сумма равна 0 или 1, риск смерти от ВП низкий и больные могут лечиться дома. У больных с 2 баллами по шкале CURB-65 риск смерти повышен. Их можно госпитализировать на краткий срок либо лечить в амбулаторных условиях под контролем врача стационара. Если сумма равна 3 баллам, больного рекомендуется лечить как паци-

Режим дозирования АМП у взрослых больных ВП

Препараты	Пути введения	Доза и кратность введения
Аминопенициллины		
Ампициллин	В/в, в/м	0,5-1 г с интервалом 6 час.
Амоксициллин (флемоксин, амоксил, грамокс)	Внутрь	0,5-1 г с интервалом 8 час.
Ингибиторзащищенные пенициллины		
Амоксициллин/клавулановая кислота (аугментин, флемоклав, амоксиклав)	В/в, внутрь	1,2 г с интервалом 8-12 час; 0,375; 0,625; 1,0 г с интервалом 8-12 час.
Ампициллин/сульбактам (уназин, амписулциллин).	В/в, в/м	0,75-1,5-3 г с интервалом 6-8 час
Пиперациллин/тазобактам (тазоцин, зоперцин)	В/в	4,5 г с интервалом 6-8 час.
Тикарциллин/клавулановая кислота (тиметин)	В/в	3,2 г с интервалом 6-8 час.
Цефалоспорины II поколения		
Цефуросим (кимацеф, кетоцеф, зинацеф, зиннат)	В/в, в/м Внутрь	0,75-1,5 г с интервалом 12 ч. 0,5 г с интервалом 12 час.
Цефаклор (цеклор, биклор)	Внутрь	0,5 г с интервалом 8 час.
Цефалоспорины III поколения		
Цефоперазон (гепацеф)	В/в, в/м	1-2 г с интервалом 8-12 час.
Цефотаксим (клафоран)	В/в, в/м	1-2 г с интервалом 8-12 час.
Цефтриаксон (лонгацеф, лендацин, роцефин)	В/в, в/м	1-2 г с интервалом 24 час.
Цефтазидим (цефтум, фортум)	В/в, в/м	1-2 г с интервалом 8-12 час.
Цефалоспорины IV поколения		
Цефепим (максипим, новапим)	В/в	1-2 г с интервалом 12 час.
Карбапенемы		
Меропенем (меронем)	В/в	0,5-1 г с интервалом 8 час.
Имипенемы/целастатин (тиенам, конет)	В/в, в/м	0,5-1 г с интервалом 6-8 час.
Эртапенем (инванз)	В/в; в/м	1 г с интервалом 24 час.
Монобактамы		
Азтреонам (азактам)	В/в, в/м	0,5-1-2 г с интервалом 6-8=12 час.
Аминогликозиды		
Амикацин (амицил, амикин, флекселит)	В/в, в/м	0,5-1 г с интервалом 8-12 час.
Макролиды		
Эритромицин	В/в, внутрь	0,5-1 г с интервалом 6 час.
Кларитромицин (кларид, фромилид, биаксин)	В/в, внутрь	0,25-0,5 г с интервалом 12 час.
Спирамицин (ровамицин)	В/в, внутрь	1 500 000-3 000 000 МЕ с интервалом 8-12 час.
Азитромицин (сумамед, зитрокс, азимед)	В/в, внутрь	0,25-0,5 г с интервалом 24 час 3 дня.
Рокситромицин (рулид, реницин)	Внутрь	0,15 г с интервалом 12 час.
Джозамицин (вильпрафен)	Внутрь	0,5 г с интервалом 12 час.
Фторхинолоны II поколения		
Ципрофлоксацин (цифран, ципринол)	В/в, Внутрь	0,1-0,2 г с интервалом 12 час; 0,25-0,5 г с интервалом 12 час.
Пефлоксацин (абактал, пефлацин)	В/в, внутрь	0,4 г с интервалом 12 час.
Офлоксацин (заноцин, таривид)	В/в, внутрь	0,2-0,4 г с интервалом 12-24 час.
Ломефлоксацин (ломадей)	Внутрь	0,4 г с интервалом 24 час.
Фторхинолоны III поколения		
Левифлоксацин (таваник, левофлокс, локсоф, L-флокс)	В/в, внутрь	0,5-0,75 г с интервалом 12-24 час.
Фторхинолоны IV поколения		
Моксифлоксацин (авелокс)	Внутрь, в/в	0,4 г с интервалом 24 час.
Гатифлоксацин (тебрис, гатимак, гафлокс, гатиспан, гатибакт)	В/в, внутрь	0,4 г с интервалом 24 час

Тетрациклины		
Доксициклин (юнидокс, вибрамицин)	В/в, внутрь	0,1-0,2 г с интервалом 12- 24 час.
Гликопептиды		
Ванкомицин (эдицин, ванкоцин, ванмиксан)	В/в	0,5-1 г с интервалом 8-12 час.
Тейкопланин	В/в, в/м	0,4 г с интервалом 12- 24 час.
Оксазолидиноны		
Линезолид (зивокс)	В/в, внутрь	0,4-0,6 г с интервалом 12 час.
Линкозамиды		
Клиндамицин (далацин С, климицин)	В/в, в/м,	0,6 г с интервалом 6-8 час
	Внутрь	0,15 г с интервалом 6-8 час.
Линкомицин	В/в, в/м,	0,3-0,6 г с интервалом 6-8 час;
	Внутрь	0,5 г с интервалом 12 час.

ента с тяжелой ВП в стационаре [4].

Должен ли антибиотик выбора для лечения больных с ВП быть активным в отношении атипичных патогенов?

С учетом этиологической значимости в возникновении ВП как типичных (*S. pneumoniae*, *H. influenzae*), так и атипичных (*M. pneumoniae*, *C. pneumoniae*) микроорганизмов следовало бы ожидать, что оптимальными антибиотиками для лечения ВП будут препараты, охватывающие весь спектр предполагаемых возбудителей. Этому критерию отвечают макролиды, тетрациклины (доксициклин) и респираторные фторхинолоны (здесь и далее антибиотики, активные в отношении атипичных патогенов, будут именоваться препаратами МТФ-группы).

Существует два подхода к лечению больных с ВП в амбулаторных условиях. Первый, условно говоря, «американский», в качестве препаратов выбора предлагает антибиотики МТФ-группы. Другой – «европейский» (принятый и в нашей стране) – исходит из того, что β-лактамы не исчерпали своих возможностей в амбулаторной терапии больных с ВП.

Эффективность β-лактамов и антибиотиков МТФ-группы у больных с рентгенологически верифицированной ВП в возрасте 18 лет, получавших лечение в амбулаторных условиях, проанализирована в недавнем метаанализе (всего 3402 человека; частота излечения и улучшения составила в среднем 90%, смертность – 0,7%) [5].

По клинической эффективности (первичная цель анализа) антибиотики МТФ-группы не отличались от β-лактамов: относительный риск (ОР) 0,98; 95% доверительный интервал (95% ДИ) 0,93-1,04.

Вторичной целью анализа было сравнение клинической эффективности различных классов антибиотиков МТФ-группы (фторхинолонов и макролидов) и разных β-лактамов (цефалоспоринов и ингибиторозащищенных β-лактамов). И на этот раз сравниваемые классы антибиотиков не различались: макролиды vs (то есть по сравнению с) фторхинолоны: ОР 1,00; 95% ДИ 0,97-1,03; цефалоспорины vs ингибиторозащищенные β-лактамы: ОР 1,01; 95% ДИ 0,95-1,08.

Различия в смертности при амбулаторной терапии больных с ВП были доступны анализу при срав-

нении антибиотиков МТФ-группы и β-лактамов, а также макролидов с фторхинолонами. Достоверных различий между сравниваемыми классами антибиотиков выявлено не было [5].

Какова длительность лечения больных с ВП?

Оптимальная продолжительность АБТ больных с ВП остается предметом дискуссий. Согласно действующим рекомендациям лечение антибиотиками должно продолжаться в течение 3-5 дней после нормализации температуры тела, в среднем – 7-10 дней [1].

Эффективность кратких курсов АБТ больных с нетяжелой ВП нашла подтверждение в недавнем метаанализе [6]. В работе обобщаются результаты сравнительных исследований разных по длительности курсов монотерапии ВП у взрослых: 7 дней и >7 дней. Результаты исследования свидетельствуют об отсутствии различий в смертности, риске клинических неудач и частоте эрадикации (уничтожения, истребления) возбудителей при сравнении кратких и традиционных (более длительных) курсов АБТ у больных с нетяжелыми ВП. К таким же выводам пришли авторы еще одной работы [7].

Согласительные документы – это алгоритм действий врача при диагностике и лечении того или иного заболевания, они создаются в результате кропотливого многолетнего анализа, основанного на результатах широкомасштабных, межгосударственных рандомизированных исследований. Таким документом в Украине является приказ МОЗ №128 от 19.03.2007 – «Об утверждении клинических протоколов оказания медицинской помощи по специальности «Пульмонология». Согласно данному приказу предлагается распределять всех взрослых пациентов с ВП на четыре клинические группы, с учетом предполагаемого этиологического фактора и вариантов течения заболевания [1].

Клинические группы

I группа (с нетяжелым течением, без сопутствующей патологии и других модифицирующих факторов) *S. pneumoniae*, *M. pneumoniae*, *C. pneumoniae*, *H. influenzae* и респираторные вирусы.

II группа (с нетяжелым течением, с сопутствующей

щей патологией и/или другими модифицирующими факторами) *S. Pneumoniae*, *H. influenzae*, *S. aureus*, *M. Catarrhalis*, *Enterobacteriaceae* (*E. coli*, *Klebsiella* spp.)

III группа (госпитализированные в терапевтическое отделение с нетяжелым течением)

S. pneumoniae, *H. influenzae*, атипичные возбудители, грамотрицательные энтеробактерии.

IV группа (госпитализированные в ОРИТ с тяжелым течением) *S. pneumoniae*, *Legionella* spp., *H. influenzae*, грамотрицательные энтеробактерии, *S. aureus* и *M. Pneumoniae*, *P. aeruginosa*.

Когда начинать лечение?

В настоящее время накапливаются данные о том, что назначение антибиотиков больным с ВП до госпитализации в стационар ассоциируется со снижением летальности. По-видимому, оптимальным для введения первой дозы антибиотика (внутри или парентерально) следует считать время сразу после верификации диагноза ВП в кабинете врача в поликлинике (или другое приспособленное помещение) либо в приемном покое стационара.

Ведение больных с внегоспитальной пневмонией

Лечение ВП I группы

Адекватный клинический эффект возможен при пероральном приеме антибактериального препарата (монотерапия!). Как средство выбора рекомендуют амоксициллин или макролид (klarитромицин, азитромицин, mideкамицин, спирамицин).

Альтернативный препарат - респираторный фторхинолон III - IV поколения.

В случае неэффективности амоксициллина через 48-72 часов лечения, в качестве препарата 2 ряда назначают макролид или доксициклин.

Это обусловлено его высокой активностью в отношении к атипичным возбудителям, которые могут быть наиболее вероятной причиной неудачного лечения аминопенициллином.

В случае неэффективности стартовой а/б терапии макролидом препаратом 2 ряда может быть амоксициллин или фторхинолон III - IV поколения. Возможной причиной неэффективности лечения макролидом может быть наличие резистентных к этой группе антибиотиков штаммов пневмококка или заболевание вызвано Гр(-) возбудителями.

Лечение ВП II группы

Адекватный клинический эффект возможен при пероральном приеме антибактериального препарата. Однако, увеличивается вероятность этиологической роли грамотрицательных бактерий. Как средство выбора следует использовать защищенный аминопенициллин (амоксициллин/клавулановая кислота) или цефалоспорины II поколения (цефуоксиму аксетил), парентеральный цефалоспориновый антибиотик III поколения (цефтриаксон).

Альтернативная терапия фторхинолонами III - IV поколения.

Необходимо проводить комбинированную антибиотикотерапию с использованием защищенного аминопенициллина (амоксициллин/клавулановая кислота, ампициллин/сульбактам) парентерально, или цефалоспорины II-III поколения (цефуоксима аксетил, цефотаксим, цефтриаксон) в сочетании с макролидом.

При невозможности приема больным препарата выбора следует назначить фторхинолон III - IV поколения (монотерапия).

У больных этой группы отсутствие эффекта при лечении препаратами выбора может быть связано с тем, что этиопатогенами ВП являются Гр(-) энтеробактерии, продукция β-лактомазы расширенного спектра действия - ингибиторы этих групп антибиотиков. В связи с этим, на втором этапе антибиотикотерапию следует продолжать фторхинолоном III - IV поколения или карбапенемом.

Лечение ВП IV группы

Если нет риска инфицирования *P. aeruginosa*, рекомендуют внутривенно вводить: защищенный аминопенициллин или цефалоспорины III поколения в сочетании с макролидом. В качестве альтернативы предлагают комбинацию фторхинолона III-IV поколения с β-лактамамом. При легионеллезной пневмонии эффективно сочетание макролида с рифампицином.

При наличии факторов риска инфицирования *P. Aeruginosa* - внутривенно: антипсевдомонадный цефалоспорины III-IV поколения (цефтазидим, цефоперазон, цефепим) в сочетании с ципрофлоксацином (Ципринол). В качестве альтернативы - цефалоспорины, активный в отношении к синегнойной палочке, в сочетании с аминогликозидом и макролидом.

Оценка эффективности терапии.

Оценку эффективности а/б терапии препаратом первого ряда необходимо (обязательно!) проводить через 48 часов от начала лечения (повторный осмотр больного).

Основные критерии эффективности

- уменьшение выраженности интоксикации, снижение температуры тела больного, отсутствие симптомов ДН. Если в начале лечения у пациента отсутствовали данные симптомы заболевания, следует ориентироваться на его общее состояние и показания эОАК (кол-во лейкоцитов, СОЭ). При наличии позитивной динамики приведенных показателей продолжают назначенную антибактериальную терапию.

- !!!Если у пациента сохраняются высокая лихорадка и интоксикация либо симптоматика прогрессирует, то лечение неэффективно, антибактериальный препарат следует заменить на антибиотик 2 ряда и повторно отметить целесообразность госпитализации.

Профілактика

В настоящее время с целью профилактики ВП используются пневмококковая и гриппозная вакцины.

Целесообразность применения пневмококковой вакцины объясняется тем, что *S.pneumoniae* является ведущим возбудителем ВП у взрослых и, несмотря на доступную эффективную антибактериальную терапию, обуславливает высокую заболеваемость и летальность. С целью специфической профилактики инвазивных пневмококковых инфекций, в том числе и пневмококковой ВП с вторичной бактериемией, применяют 23-валентную неконъюгированную вакцину, содержащую очищенные капсулярные полисахаридные антигены 23 серотипов *S.pneumoniae*.

Одновременно с введением пневмококковой можно вводить и гриппозную вакцину (в разные руки) без увеличения частоты нежелательных реакций или снижения иммунного ответа.

Оптимальное время для проведения вакцинации – это октябрь – первая половина ноября. Вакцинация проводится ежегодно, так как уровень защитных антител снижается в течение года.

Литература

1. Протокол надання медичної допомоги хворим на негоспітальну та нозокоміальну (госпітальну) пневмонію у дорослих осіб: етіологія, пато-

генез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія. Затверджений наказом МОЗ України від 19.03.2007 р. № 128.

2. Козлов Р.С., Сивая О.В., Шпынев К.В., Кречикова О.И., Гудков И.В., Агапова Е.А., с соавт. Антимикробная резистентность *Streptococcus pneumoniae* в России в 1999-2005 гг.: результаты многоцентровых проспективных исследований ПегАС-1 и ПегАС-П. *Новости медицины и фармации* 2007; (223): 4-8
3. Березняков П.Г. Терапия больных с внебольничными пневмониями в амбулаторных условиях. *Здоров'я України*, №22(1) 2008, стр. 23-25.
4. Capelastegui A., España P.P., Quintana J.M., et al. Validation of a predictive rule for the management of community-acquired pneumonia. *Eur. Respir. J.* 2006; 27: 151-7.
5. Maimon N., Normaneejumruslers C., Marras T.K. Antibacterial class is not obviously important in outpatient pneumonia: a meta-analysis. *Eur. Respir. J.* 2008; 31: 1068-1076.
6. Li J.Z., Winston L.G., Moore D.H., Bent S. Efficacy of short-course antibiotic regimens for community-acquired pneumonia: a meta-analysis. *Am. J. Med.* 2007; 120 (9): 783-90.
7. Scalera N., File T.M. Jr. How long should we treat community-acquired pneumonia? *Curr. Opin. Infect. Dis.* 2007; 20 (2): 177-181.
8. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике (пособие для врачей) / Чукалин А.Г., Синопальников А.П., Козлов Р.С., Тюрин П.Е., Рачина С.А. // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. Приложение. - №3, том 12. - 2010. - 44с.
9. Ноников В.Е. Пневмония: выбор антибактериальной терапии / *Consilium medicum*. Болезни органов дыхания. Приложение. - 2010. - С.7-11.
10. Козлов Р.С. Резистентность возбудителей инфекций дыхательных путей. Проблема решаема? / *Consilium medicum*. - 2010. - С.31-34.
11. Синопальников А.П. Модификация лекарственной формы «защищенных» пенициллинов – новые возможности в лечении внебольничной пневмонии / *Consilium medicum*. - 2010. - С.35-38.
12. Синопальников А.П., Зайцев А.А. Комплаентность антибактериальной терапии дыхательных путей. Пособие для врачей. - М. - 2009.

Актуальні питання лікування негоспітальної пневмонії

О.А. Костюкова, Н.В. Жукова, І.М. Кривошеєва

Діагноз не госпітальної пневмонії (НП) - безумовне показання для застосування антибіотиків, які є основою лікування у таких хворих. Антибактеріальне лікування необхідно починати одразу після встановлення діагнозу, особливо у тих пацієнтів з НП, які потребують госпіталізації. В даний час для лікування НП застосовують переважно три класи антибактеріальних препаратів - β-лактами, макроліди і респіраторні фторхінолони. Завдання лікаря полягає в тому, щоб визначити найбільш підходящий пацієнтові в конкретній клінічній ситуації антибіотик.

Згідно сучасним посібникам з лікування НП, в тому числі національного консенсусу, затвердженого наказом МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р., доцільним є поділ пацієнтів на окремі групи, у відношенні до кожної з яких можна передбачити найбільш ймовірних збудників та їх чутливість до антибактеріальних препаратів.

Current treatment issues community-acquired pneumonia

EA Kostyukova, NV Zhukova, IM Krivosheeva

The diagnosis of community-acquired pneumonia (NP) - absolute indication for antibiotics, which are the mainstay of treatment in these patients. Antibiotic treatment should begin immediately after diagnosis, especially in patients with NP, requiring hospitalization. Currently, the treatment of NP is used mainly three classes of antibiotics - β-lactams, macrolides and respiratory fluoroquinolones. The task of the doctor is to determine the most appropriate patient-specific clinical situation antibiotic.

According to current guidelines for the treatment of NP, including a national consensus, approved by Order of MOH of Ukraine № 128 from 19.03.2007, the appropriate way is division of patients into separate groups for each of which can provide the most likely pathogens and their sensitivity to antibacterial drugs.