

Смертность от хронического бронхита прогрессивно росла среди лиц старше 40 лет, этот рост был более выражен в возрастных группах старше 55 лет и достигал максимальных значений среди лиц 70-74 лет. Среди мужского населения в 2002 году были зарегистрированы два «пика» смертности мужчин от хронического бронхита: в возрасте 55-59 лет (5,52 на 100 тыс.) и 70-74 лет (5,91 на 100 тыс.).

Среди женщин рост смертности от хронического бронхита имел место в возрастных группах старше 40 лет с максимумом в возрасте 85 лет и старше. Наиболее высокие цифры этого показателя были отмечены в 1996 году (4,06 на 100 тыс.), а самые низкие — в 2002 — 2,34 на 100 тыс. населения (возраст старше 85 лет). Специалисты НИИ пульмонологии МЗ РФ отмечали, что смертность от ХОБЛ в возрастной группе старше 45 лет занимает 4-е место среди всех других причин смерти, указывали на рост этого показателя (Татарский А. Р. и др., 2004). Эти тенденции оказались не характерными для Татарстана. Больничная летальность (анализ данных формы № 14 по строке «бронхит хронический, эмфизема») имела тенденцию к постепенному снижению с 1994 года и в 2003 году составила 0,11% и 0,09%, соответственно, по Казани и республике в целом.

Проведенное исследование выявило неоднородность показателей, характеризующих эпидемиологию ХОБЛ в Татарстане. Было очевидно влияние доступной пульмонологической помощи в г. Казани (2 пульмонологических отделения, 3 аллергологических центра, дневной стационар, наличие платных пульмонологических услуг, доступность для населения исследований функции внешнего дыхания), что отражала стабильность показателей, высокая заболеваемость и рост болезненности. Определенное влияние оказывает пульмонологическая наука. Только за последние 3 года в Казанском медицинском университете было защищено 2 докторских и 5 кандидатских диссертаций по специальности «пульмонология», объектом исследований были преимущественно жители столицы Татарстана. Кроме того, следует отметить тенденции к снижению

смертности от ХОБЛ, начиная с 2000 года — то есть с момента внедрения протоколов ведения этой группы больных.

Активное выявление больных ХОБЛ представляет серьезную проблему. А. Г. Чучалин (2004) указывал, что в США обструктивной болезнью легких страдает 10 миллионов человек, что в несколько раз больше, чем в России. Если учесть число курящих в России, то станет очевидной необходимость скрининга этих пациентов для того, чтобы приблизиться к истинным значениям распространенности заболевания. Для получения объективной информации необходима, прежде всего, грамотность в вопросах пульмонологии врачей общей практики, участковых терапевтов, семейных врачей. В Республике Татарстан с 1999 года ведется целенаправленная работа в этом направлении, ежегодно проводится 2 республиканских и 4-6 межрайонных конференций, на которых ХОБЛ является одним из частых тем для обсуждения. В 2004 году были обновлены протоколы ведения больных ХОБЛ в нашей республике (Приказ МЗ РТ № 1424), они были приведены в соответствие с федеральными рекомендациями и глобальной инициативой GOLD последнего пересмотра.

Значимость своевременной ранней диагностики ХОБЛ определяется возможностью раннего воздействия на болезнь, что реально позволяет замедлить прогрессирование обструкции, адекватно лечить каждое обострение заболевания (Brunton S. et al., 2004). Активная позиция пульмонологов РТ и сотрудников РМИ-АЦ создают предпосылки к повышению качества оказания помощи этой группе больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Татарский А. Р., Бабак С. Л., Кирихин А. В., Баскаков А. В. Хроническая обструктивная болезнь легких. // Consilium medicum. — 2004. — Том 6. — № 4. — С. 259-263.
2. Чучалин А. Г. Актуальные вопросы пульмонологии (Белая книга). // Русский мед. журнал. — 2004. — Том 12. — № 2. — С. 53-58.
3. Brunton S., Carmichael B. P., Colgan R. et al. Acute exacerbation of chronic bronchitis: a primary care consensus guideline. // Am. J. Manag. Care. — 2004. — Vol. 10. — № 10. — P. 689-696.

Диагностика и лечение внебольничных пневмоний в амбулаторно-поликлинических условиях

Р. Ф. ХАМИТОВ.

Казанский государственный медицинский университет.

Респираторные инфекции являются одними из самых распространенных инфекционных заболеваний человека. Большая их часть актуальна для амбулаторной практики и требует от поликлинического врача умения ориентироваться в вопросах диагностики и рациональной терапии различных инфекций. Несмотря на постоянное совершенствование методов диагностики и лечения внебольничные пневмонии (ВП) на сегодняшний день, по-прежнему остаются в числе лидирующих причин заболеваемости и смертности от инфекционных заболеваний в развитых странах. Установлено, что ежегодно на 1000 взрослого населения болеют

пневмонией 5-8 человек. Исходя из этого, можно предположить, что в РФ пневмонией ежегодно заболевают более 1,5 млн. человек [6]. При этом в данные официальной медицинской статистики попадают лишь около 400 тыс. человек, то есть, около 1 млн. пациентов переносят протекающую под различными клиническими масками пневмонию на ногах, не получая своевременного и адекватного лечения и определяя значимый процент различных осложнений, в первую очередь, гнойно-деструктивных [7].

В соответствии с современными данными в большинстве случаев ВП имеют нетяжелое течение и не требуют госпитализации.

Таблица 1

Причины недостаточной эффективности работы амбулаторно-поликлинической службы

ОБЪЕКТИВНЫЕ	СУБЪЕКТИВНЫЕ
Дефекты в управлении амбулаторно-поликлинической службы	Малозффективные формы и методы работы заведующих терапевтическими отделениями поликлиник и заместителей по лечебной работе и медико-социальной экспертизе по повышению деловой квалификации врачей поликлиник
Плохая материально-техническая база поликлинических учреждений	Слабое знание врачами поликлиник организации своей работы на врачебном участке среди пациентов с заболеваниями органов дыхания
Низкий уровень и недостаточный объем диагностических возможностей обследования больных	Отсутствие плановой профилактической работы, установка на прием больных по обращаемости, а не по выявляемости заболеваний
Недостатки пред- и постдипломной подготовки поликлинических врачей в вопросах пульмонологии	Недостаточность знаний врачами поликлиник оптимальных методов восстановительного лечения пульмонологических больных
Перегруженность врачей поликлиник непрофессиональными функциями	Деонтологические и этические просчеты и ошибки
Устаревшие показатели работы, по которым оценивается качество и эффективность деятельности врачей	Низкое качество преемственности в работе поликлиник со стационарами, отделениями скорой и неотложной помощи
Перегруженность врачей поликлиник излишними формами отчетности	Низкий уровень научной организации труда в работе поликлиник

Таким образом, ведущая роль в лечении этих пациентов принадлежит врачам амбулаторно-поликлинического звена, качество работы которых во многом определяет течение болезней органов дыхания и, в частности, пневмоний. С нашей точки зрения представляют большой практический интерес выявленные в работе отечественных авторов причины недостаточной эффективности работы амбулаторно-поликлинической сети, определяющие направления ее совершенствования и представленные в табл. 1 [3].

Для адекватной диагностики ВП, определяющей своевременность лечебных мероприятий, большое значение особенно для поликлинических врачей, имеющих объективные затруднения в доступности диагностического оборудования, приобретает правильная собранная **анамнез**.

В типичных случаях ВП — это острое начало с высокой температурой, кашель (в начале сухой, в последующем продуктивный), плевропальпаторные боли, при тяжелом течении — одышка, изредка кровохарканье. Такие признаки как мышечные и головные боли, дисфония, сухой кашель, цикличность течения с рецидивами, меньшая выраженность лихорадки могут более часто сопровождать пневмонии, вызванные *Mycoplasma pneumoniae* или *Chlamydia pneumoniae*.

В ряде случаев (пожилой возраст, иммунокомпрометированные (ослабленные) пациенты) лихорадка может быть невыраженной вплоть до полного отсутствия. В клинической картине на первый план могут выдвигаться слабость, обильное потоотделение, неврологическая симптоматика с нарушениями сознания, болями в животе.

В ряде ситуаций, особенно в период эпидемий ОРВИ, некоторые врачи пренебрегают физикальным осмотром, тем самым, допуская грубейшее нарушение, и часто просматривают дебют пневмонии, начинающейся под маской вирусной инфекции. При внимательном **физикальном исследовании** выявляется локальное усиление голосового дрожания (при большом поражении с болевой стороны), возможно притупление перкуторного звука, при аускультации на ограниченном участке выслушиваются жесткое или бронхиальное дыхание, крепитация и/или мелкопузырчатые хрипы. При осложненном течении (плевропальпаторные изменения, формирование субплевропальпаторной полости деструкции) представленные физикальные данные будут соответствующим образом изменены (ослабленное или «амфорическое» дыхание, ослабление голосового дрожания, возможное отсутствие крепитации или мелкопузырчатых хрипов). Следует помнить о недопустимости использования термина «крепитирующие хрипы», применение которого свидетельствует о незнании врачом механизмов формирования аускультативной симптоматики при заболеваниях органов дыхания.

В силу объективных причин лабораторно-инструментальная диагностика ВП в амбулаторных условиях осуществляется достаточно ограниченными методами, которых тем не менее бывает достаточно, чтобы диагноз относился к категории «определенного».

Общий анализ крови с лейкоформулой должен оцениваться в острой фазе и на этапе реконвалесценции. Для пневмонии характерно ускорение СОЭ. Возможно выявление лейкоцитоза и/или палочкоядерного сдвига влево. При тяжелом и крайне тяжелом течении лейкоцитоз может превышать 25,0х10⁹/л или имеет место лейкопения < 4,0х10⁹/л; снижение Нб < 90 г/л, гематокрита — менее 30%. Конечно же, такую пневмонию не следует продолжать вести в амбулаторных условиях ввиду большой угрозы осложненного течения.

Оценка **общего анализа мочи** имеет значение, в первую очередь, для дифференциальной диагностики пневмоний (изменения не характерны) от клинически сходной патологии. Следует помнить, что на высоте пневмонической лихорадки может наблюдаться небольшая протеинурия.

Абсолютно обязательным методом в диагностике пневмонии является **рентгенография грудной клетки** (при этом желательно проведение именно рентгенографии, а не скопии). Первичное исследование необходимо проводить в двух проекциях. Предполагается обнаружение очагово-инфильтративных изменений в легких в сочетании с соответствующей симптоматикой инфекции нижних дыхательных путей. В ряде случаев при пневмонии могут отсутствовать характерные инфильтративные изменения: ранний срок заболевания (менее 24 ч), дегидратация, нейтропения. Обязательно необходимо проводить контрольное рентгенологическое обследование для оценки динамики патологического процесса и полноты выздоровления. При «естественном течении» внебольничной пневмонии контроль необходим через 10–14 дней. Следует отметить, что на данных сроках не следует ждать полной

нормализации рентгенологической картины, важно зафиксировать четкий регресс пневмонических изменений, убедиться в соответствии рентгенологической динамики клинической картине заболевания. При тяжелом течении (в случае стационарного лечения), а также при необходимости дифференциальной диагностики допустимы повторные исследования и на более коротких сроках. Отсутствие или недоступность рентгенологического подтверждения очаговой инфильтрации в легких (рентгенография или крупнокадровая флюорография органов грудной клетки) делает диагноз пневмонии неточным/неопределенным.

Рутинная микробиологическая диагностика внебольничных пневмоний в амбулаторной практике недостаточно информативна и не оказывает существенного влияния на выбор антибактериального препарата, в связи с этим **не может быть рекомендована** в качестве обязательной в этиологической диагностике амбулаторных пневмоний. Однако, несмотря на неоправданность верифицированной этиологической диагностики ВП в амбулаторных условиях, следует помнить о возможности вероятностной диагностики, основывающейся на данных анамнеза, в том числе, эпидемиологического (табл. 2) [1].

Таблица 2
Факторы риска развития ВП известной этиологии

УСЛОВИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ	ВЕРОЯТНЫЕ ВОЗБУДИТЕЛИ
Алкоголизм	<i>S. pneumoniae</i> , анаэробы, аэробные грам (-) бактерии (чаще — <i>K. pneumoniae</i>)
Хронический бронхит/курение	<i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>M. catarrhalis</i> , <i>Legionella</i> spp.
Декомпенсированный сахарный диабет	<i>S. pneumoniae</i> , <i>S. aureus</i>
Пребывание в домах престарелых	<i>S. pneumoniae</i> , представители семейства <i>Enterobacteriaceae</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>S. aureus</i> , <i>C. pneumoniae</i> , анаэробы
Несанированная полость рта	Анаэробы
Эпидемия гриппа	<i>S. pneumoniae</i> , <i>S. aureus</i> , <i>S. pyogenes</i> , <i>H. influenzae</i>
Предполагаемая массивная аспирация	Анаэробы
Развитие ВП на фоне бронхоэктазии, муковисцидоза	<i>P. aeruginosa</i> , <i>B. cepacia</i> , <i>S. aureus</i>
Внутривенные наркоманы	<i>S. aureus</i> , анаэробы
Локальная бронхиальная обструкция (например, бронхогенная карцинома)	Анаэробы
Контакт с кондиционерами, увлажнителями воздуха, системами охлаждения воды	<i>L. pneumophila</i>
Вспышка заболевания в закрытом организованном коллективе (например, школьники, военнослужащие)	<i>S. pneumoniae</i> , <i>M. pneumoniae</i> , <i>C. pneumoniae</i>

При этом следует учитывать, что никакие диагностические исследования не должны задерживать начало антимикробной терапии.

Также в ряде случаев возможен учет и особенностей зависимости клинического течения ВП от ее этиологии. Так, для пневмококковой ВП более характерны острое начало, высокая лихорадка, боли в грудной клетке; для клебсиеллезной — тяжелое течение, факт аспирации у алкоголизированного субъекта, кровохарканье; для микоплазменной — мышечные и головные боли, симптомы инфекции верхних отделов дыхательных путей.

В отдельных случаях может проследиваться связь между возбудителем ВП и рентгенологическими проявлениями заболевания: очагово-сетчатая инфильтрация при микоплазменной этиологии; обширная верхнедолевая или задне-сегментарная локализация при клебсиеллезной. Указанные критерии должны использоваться со значительной долей условности.

При проведении дифференциальной диагностики ВП на сегодняшний день следует учитывать большую клинко-эпидемиологическую актуальность туберкулеза легких. Важное значение имеет отсутствие при туберкулезе заметной клинко-рентгенологической динамики в результате инициальной неспецифической антибактериальной терапии, назначаемой при подозрении на ВП, на сроках, отражающих ее «естественное течение». В связи с этим ошибочным является первичное назначение антибактериальных препаратов, обладающих туберкулостатическими свойствами (аминогликозидов, рифамицинов, фторхинолонов II-IV

Таблица 3

Антибактериальная терапия внебольничной пневмонии у амбулаторных пациентов

ОСОБЕННОСТИ НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ВОЗБУДИТЕЛИ	ПРЕПАРАТЫ ВЫБОРА	АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ
Нетяжелая ВП у пациентов в возрасте до 60 лет без сопутствующих заболеваний	<i>S. pneumoniae</i> , <i>M. Pneumoniae</i> , <i>C. Pneumoniae</i> , <i>H. Influenzae</i>	Амоксициллин внутрь или макролиды внутрь ¹ (Зитролид®)	«Респираторные» фторхинолоны внутрь, Доксициклин внутрь ²
Нетяжелая ВП у пациентов 60 лет и старше и/или с сопутствующими заболеваниями (ХОБЛ, сахарный диабет, застойная сердечная недостаточность, цирроз печени, злоупотребление алкоголем, наркомания, физическое истощение)	<i>S. pneumoniae</i> , <i>H. Influenzae</i> , <i>C. Pneumoniae</i> , <i>S. Aureus</i> , <i>Enterobacteriaceae</i>	Амоксициллин/клавуланат внутрь или Цефуроксим аксетил внутрь + макролиды внутрь ¹ (Зитролид®)	«Респираторные» фторхинолоны внутрь (левофлоксацин, моксифлоксацин)

Примечание.
¹ — Макролиды являются препаратами выбора при непереносимости бета-лактамов или подозрении на *Mycoplasma pneumoniae* или *Chlamydia pneumoniae*. Следует отдавать предпочтение макролидным антибиотикам с улучшенными фармакокинетическими свойствами (азитромицину [**Зитролид®**], кларитромицину).
² — Доксициклин может назначаться исключительно при подозрении на *M. pneumoniae* или *C. pneumoniae*, однако следует учитывать высокий (>25%) уровень резистентности к нему пневмококков в России.

генерации) при наличии сомнений в неспецифическом характере воспалительного процесса (локализация, наличие контакта с бактериовыводителем и т.п.). Отсутствие в окрашенном по Цилю-Нильсену мазке мокроты микобактерий, не позволяет с абсолютной уверенностью исключить возможность туберкулеза.

Сходную клиническую картину с лихорадкой и рентгенологически выявляемой инфильтрацией легочной ткани могут вызывать и неинфекционные причины:

- инфильтративный рост новообразования;
- кардиогенный отек легочной ткани как следствие застойной сердечной недостаточности;
- тромбоз мелких ветвей легочной артерии (инфаркт-пневмонит);
- ателектазы;
- острый респираторный дистресс-синдром;
- легочные геморрагии, коагулопатии, митральный стеноз и т.д.;
- ушиб легкого;
- лучевые пневмониты;
- лекарственные пневмониты (например, химически индуцированная легочная эозинофилия, простая легочная эозинофилия, «амиодароновое» легкое, лекарственный фиброзирующий альвеолит и т.д.);
- васкулиты (синдром Гудпасчера, гранулематоз Вегенера, узелковый полиартериит и т.д.).

Респираторные инфекции являются основными показаниями для назначения антибиотиков в амбулаторной практике. На их долю приходится около 75% случаев применения антибактериальных препаратов. По данным ВОЗ в 1997 г. было выписано в общей сложности 818 млн. рецептов на антибиотики для лечения респираторных инфекций, большинство из которых составили внебольничные пневмонии.

Результаты отечественного многоцентрового исследования показали недостаточный уровень знаний врачей амбулаторно-поликлинической службы в отношении этиологии и тактики антибактериальной терапии ВП, переоценку значимости препаратов с недоказанной при ВП клинической эффективностью (витаминов, антигистаминных лекарственных средств, местных противогрибковых препаратов, иммуномодуляторов и т.д.) [5].

Осуществляемое в соответствии с современными требованиями антимикробное лечение ВП в амбулаторных условиях представлено в табл. 3 [4].

Адекватный клинический эффект может быть получен при применении пероральных форм препаратов (категория доказательств C). Парентеральные антибиотики в амбулаторных условиях не имеют доказанных преимуществ перед пероральными.

Они могут применяться лишь в единичных случаях (например, отказе или невозможности своевременной госпитализации, предполагаемой низкой комплаентности при приеме пероральных препаратов). В этих случаях у молодых пациентов (<60 лет) при отсутствии значимых сопутствующих заболеваний предпочтение следует отдавать бензилпенициллину прокаину, у пациентов 60 лет и старше рекомендуется цефтриаксон.

Как видно из таблицы 3 в условиях растущей резистентности микрофлоры к бета-лактамам, их непереносимости и актуализации «атипичных» возбудителей (*M. pneumoniae*, *C. pneumoniae*) особенно при пневмониях у молодого трудоспособного контингента большое значение приобретают современные макролидные препараты.

Следует отметить, что макролиды сегодня рассматриваются как одна из самых безопасных групп антибиотиков. Наиболее типичными являются диспепсические реакции, возникающие обычно лишь при назначении высоких доз. Созданием высоких тканевых концентраций (в наибольшей степени это присуще азитромицину [**Зитролид®**]) макролиды обеспечивают бактерицидное действие в отношении основных возбудителей неосложненной ВП. За счет слабого взаимодействия с ферментами оксидазной системы цитохрома P450, 15-членные макролиды (**Зитролид®**) практически не оказывают влияние на метаболизм других, совместно назначаемых лекарств. Помимо этого, возможность одно- или двукратного приема суточной дозы азитромицина (**Зитролид®**) (500 мг) в течение 3-4 дней обеспечивает антимикробный эффект еще в течение 5 дней после прекращения приема препарата, что имеет большое значение с точки зрения экономии средств и повышения комплаентности со стороны пациента.

Вместе с тем можно назвать антимикробные препараты, которые практически не следует назначать пациентам с ВП в амбулаторных условиях [2]. К ним, в первую очередь, относится гентамицин (не активен в отношении *S. pneumoniae*, не создает достаточных концентраций в респираторных секретах), ампиокс (дозы ампициллина и оксациллина ниже терапевтических и нерационально скомбинированы), пероральные цефалоспорины I поколения (цефалексин, цефалроксил — не активны в отношении *H. influenzae*). Из пероральных цефалоспоринов III поколения это — цефтибутен (низкая активность в отношении *S. pneumoniae*). Ко-тримоксазол характеризуется высокой природной активностью против основных возбудителей ВП, однако высокий уровень резистентности *S. pneumoniae* (33%) и *H. influenzae* в настоящее время не позволяет рекомендовать его к применению. Назначение тетрациклинов (доксициклина) следует ограничить только случаями хламидийной и микоплазменной пневмоний легкого течения, учитывая высокий уровень резистентности *S. pneumoniae* (27%).

Таблица 4

Клинические признаки и состояния, не являющиеся показанием для продолжения антибактериальной терапии или замены антибиотика

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ	ПОЯСНЕНИЯ
Стойкий субфебрилитет (температура тела в пределах 37,0-37,5 °C)	При отсутствии других признаков бактериальной инфекции может быть проявлением неинфекционного воспаления, постинфекционной астении (вегетативной дисфункции), медикаментозной лихорадки
Сохранение остаточных изменений на рентгенограмме (инфильтрация, усиление рисунка)	Могут сохраняться в течение 1-2 месяцев после перенесенной ВП
Сухой кашель	Может сохраняться в течение 1-2 месяцев после перенесенной ВП, особенно у курящих, пациентов с ХОБЛ
Сохранение хрипов при аускультации	Сухие хрипы могут сохраняться в течение 3-4 недель и более после перенесенной ВП и отражать естественное течение заболевания (локальный пневмосклероз на месте фокуса воспаления)
Увеличение СОЭ	Неспецифический показатель, не является признаком бактериальной инфекции
Сохраняющаяся слабость, потливость	Проявления постинфекционной астении

К весьма частым ошибкам амбулаторной практики также можно отнести недостаточную длительность антимикробной терапии при инфекциях верхних дыхательных путей (тонзиллофарингиты) и чрезмерную продолжительность при инфекциях нижних дыхательных путей (ВП, бактериальные обострения ХОБЛ). Так при ВП не являются показанием к смене антибактериального препарата или продолжению антибиотикотерапии клинические ситуации, представленные в табл. 4 [1].

Первоначальная оценка эффективности терапии должна проводиться через 48-72 ч после начала лечения (при повторном осмотре). Начальную антимикробную терапию следует признать неэффективной при сохранении на этих сроках у пациента высокой лихорадки и/или прогрессирующей симптоматики. В этих случаях необходимо пересмотреть тактику лечения и повторно оценить целесообразность госпитализации пациента.

Показаниями к госпитализации, как в случае первичной постановки диагноза ВП, так и при повторном осмотре, являются:

- клинико-лабораторные признаки среднетяжелого и тяжелого течения;
 - невозможность адекватного ухода и выполнения всех врачебных предписаний в домашних условиях;
 - неэффективность стартовой антибактериальной терапии.
- Относительными показаниями служат:
- возраст старше 60 лет;
 - наличие сопутствующих заболеваний (ХОБЛ, бронхоэктазы, злокачественные новообразования, сахарный диабет, хроническая почечная недостаточность, застойная сердечная недостаточность, хронический алкоголизм, наркомания, выраженный дефицит массы тела, цереброваскулярные заболевания);
 - желание пациента и/или членов его семьи.

Лечение внутрибольничной пневмонии

**В. Ф. МАРИНИН, профессор.
ММА им. И. М. Сеченова, Москва.**

О госпитальном характере пневмонии свидетельствует следующее:

1) появление нового легочного инфильтрата, спустя 48-72 часа после госпитализации в сочетании с клиническими данными, подтверждающих инфекционную природу инфильтрата (новая волна лихорадки, гнойная мокрота, лейкоцитоз и др.);

2) отсутствие инфекций, которые находились в инкубационном периоде на момент поступления больного в клинику (1).

Этиологический спектр внутрибольничных пневмоний резко отличается от возбудителей домашних пневмоний.

Основными возбудителями внутрибольничной пневмонии являются грамотрицательные инфекции (синегнойная палочка, клебсиелла, кишечная палочка, протей и др.) и реже стафилококки, пневмококки. Во время пребывания больного в больнице снижение иммунитета сопровождается тем, что «госпитальная» флора становится патогенной для больных.

Факторы риска внутрибольничной пневмонии: лечение заболевания, явившегося причиной госпитализации, оперативные и реанимационные вмешательства, массивные кровопотери, длительное использование антибиотиков, первичный и вторичный иммунодефицит, сепсис, перенесенные травмы, время пребывания больного в стационаре и другие.

С учетом ведущих факторов риска можно выделить четыре варианта госпитальной пневмонии (1):

1. Госпитальные пневмонии у больных, находящихся в отделениях общего профиля при отсутствии у них ведущих факторов риска. Ведущими факторами риска в таких случаях чаще являются предшествующая антибактериальная терапия и профилактическая антибактериальная терапия.

2. Госпитальные пневмонии, возникшие у больных в отделениях общего профиля при наличии у них ведущих факторов риска (предшествующая антибактериальная терапия для лечения какого-либо заболевания и с целью профилактики).

3. «Ранние» вентиляторассоциированные госпитальные пневмонии — развиваются у больных находящихся на искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Среди ведущих факторов риска в этих случаях выделяют продолжительность ИВЛ менее 5-7 дней и отсутствие антибактериальной терапии и в том числе с целью профилактики.

В заключение следует отметить, что основными факторами, способствующими нерациональной антимикробной терапии ВП в амбулаторной практике являются отсутствие знаний, прошлый опыт (без учета меняющейся антибиотикорезистентности), ожидания пациентов (неоправданное назначение антибиотиков при ОРВИ якобы с целью профилактики возможной ВП) и экономические соображения (превалирование значения цены препарата над его эффективностью и безопасностью).

ЛИТЕРАТУРА

1. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. / Пособие для врачей. МЗ РФ и ВНО пульмонологов, МАКМАХ, Альянс клинических химиотерапевтов и микробиологов. Москва, 2003. — 53 с.
2. Дворецкий Л. И., Сидоренко С. В., Шухов В. С. и др. Бактериальные инфекции в амбулаторной практике: проблемы диагностики и выбора оптимального антибактериального препарата. // Вестник практического врача. — 2003. — № 2. — С. 2-7.
3. Журавлева Т. А., Казанцева М. Е., Гришина В. А. Принципы наблюдения за пульмонологическими больными подросткового возраста в поликлинике. // Пульмонология. — 2004. — № 4. — С. 56-59.
4. «Об утверждении Протоколов ведения больных пневмониями (взрослое население) и Протоколов ведения больных хронической обструктивной болезнью легких (взрослое население) в медицинских учреждениях Республики Татарстан». Приложение к приказу МЗ РТ № 1424 от 15.11.2004 г.
5. Рачина С. А., Козлов С. Н., Иделевич Е. А. и др. Представления врачей поликлиник об этиологии и тактике лечения внебольничной пневмонии в амбулаторных условиях. // Пульмонология. — 2004. — № 2. — С. 6-12.
6. Хамитов Р. Ф. Практическая пульмонология. Учебное пособие для системы послевузовского образования. — Казань: КГМУ, 2004. — 118 с.
7. Чучалин А. Г. Белая книга. // Пульмонология. — 2004. — № 1. — С. 7-34.

4. «Поздние» вентиляторассоциированные госпитальные пневмонии — развиваются в условиях ИВЛ, продолжающейся более 7 дней и на фоне длительной и интенсивной антибактериальной или профилактической терапии.

При пневмониях, развившихся в отделениях общего профиля у больных без факторов риска, а также у пациентов, страдающих «ранними» вентиляторассоциированными госпитальными пневмониями, антибактериальную терапию начинают с цефалоспоринов 3-го поколения для парентерального введения. В качестве альтернативных препаратов можно использовать фторхинолоны. При выявлении ведущей роли псевдомонадной инфекции предпочтительнее антипсевдомонадные цефалоспорины 3-4 поколения в сочетании с аминогликозидами.

При госпитальных пневмониях, которые возникли в отделениях общего профиля при наличии факторов риска и при «поздних» вентиляторассоциированных пневмониях существует высокая вероятность этиологической роли неферментирующих микроорганизмов (*P. aeruginosa*, *Acinetobacter spp.*, *Flavobacterium meningosepticum* и др.). В таких случаях предпочтительнее назначение следующих препаратов и их комбинаций: карбопены или антипсевдомонадные цефалоспорины 3-4 поколений в сочетании с аминогликозидами или антипсевдомонадные пенициллины вместе с аминогликозидами, азтреонам и аминогликозиды, фторхинолоны, гликопептиды [1]. В случаях назначения аминогликозидов следует учитывать высокую частоту распространения устойчивости к гентамицину.

Исследование антибиотикорезистентности грамотрицательных возбудителей нозокомиальных инфекций у больных, находящихся в отделениях интенсивной терапии в 9 городах Российской Федерации (1995-1996 гг.) показало, что наиболее активным антибиотиком в группе бета-лактамов в отношении всех видов микроорганизмов был имипенем. Меньшая активность отмечена у цефалоспоринов 3-го поколения — цефтазидима, цефотаксима и цефтриаксона. При анализе активности других классов, наиболее эффективными препаратами были амикацин и ципрофлоксацин. В этом исследовании отмечен очень высокий уровень резистентности к гентамицину, варьирующий от 13% у *E. coli* до 91% у *Acinetobacter spp.*, что может быть связано с неоправданно широким применением гентамицина в стационарах и поликлиниках [2].