

ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ

Пневмония относится к числу наиболее распространенных инфекционных заболеваний. В Европе заболеваемость пневмонией колеблется в интервале от 2 до 15 случаев на 1 000 человек в год. Этот показатель значительно выше у пожилых: 25—44 на 1 000 человек в год у лиц старше 70 лет, при этом у обитателей домов инвалидов, домов престарелых он достигает 68—114 на 1 000 человек в год. Общая летальность при пневмонии составляет 20—30 случаев на 100 000 человек в год.

Пневмонии занимают 1-е место среди причин летальности от инфекционных болезней

и 6-е место — среди всех причин летальности.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, принципы диагностики, тактика ведения, антибактериальная терапия

Пневмонии — группа различных по этиологии, патогенезу, морфологической характеристике острых инфекционных (преимущественно бактериальных) заболеваний, характеризующихся очаговым поражением респираторных отделов легких с обязательным наличием внутриальвеолярной экссудации.

Согласно Международной классификации болезней, травм и причин смерти X (1992) поражения легких, обусловленные воздействием физических, химических факторов, имеющих аллергическое или сосудистое происхождение, исключены из рубрики «пневмонии», а поражения, вызванные облигатными патогенными бактериями или вирусами, рассматриваются в рамках соответствующих инфекционных заболеваний.

Этиологическая классификация пневмоний представлена в МКБ-X. Однако ее использование в практической работе затруднено, т.к. в 50—70% случаев по тем или иным причинам невозможно поставить этиологический диагноз. В клинике пневмонии подразделяют в зависимости от особенностей их возникновения, инфицирования легочной ткани и состояния иммунной защиты. Учитывая эти факторы, можно сделать вывод о вероятных возбудителях и назначить стартовую антимикробную терапию.

Клиническая классификация пневмоний

1. Внебольничная пневмония (домашняя, амбулаторная).
2. Нозокомиальная (госпитальная, внутрибольничная).
3. Аспирационная.
4. Пневмония у пациентов с выраженным иммунодефицитом (врожденный, ВИЧ-инфекция, ятрогенный).
5. В последние годы стали выделять отдельную группу пневмоний, связанную с оказанием медицинской помощи:
 - пневмонии у обитателей домов престарелых и интернатов;
 - пациентов, выписанных из стационаров и/или получавших антимикробные препараты в предшествующие 3 месяца;
 - пациентов, находящихся на хроническом диализе в течение не менее чем 30 суток;
 - пневмонии у больных, которым в домашних условиях обрабатывают раневую поверхность;
 - у пациентов с иммунодефицитными заболеваниями.

По спектру и чувствительности возбудителей пневмонии у этих пациентов близки к нозокомиальным.

Внебольничная пневмония (ВП) — острое заболевание, возникшее во внебольничных условиях (вне стационара или не ранее 4 недель после выписки из него или диагностированное в течение первых 48 часов после госпитализации; у пациентов,

Таблица 1. Возбудители внебольничной пневмонии

Наиболее распространенные возбудители	Редкие возбудители	Особые клинические ситуации
<i>Streptococcus pneumoniae</i> , 30—50%. <i>Атипичные возбудители</i> , 8—25%. <i>Chlamydomphila pneumoniae</i> . <i>Mycoplasma pneumoniae</i> . <i>Legionella pneumoniae</i> . <i>Haemophilus influenzae</i> , 1—3%	В 3—5% случаев ВП вызывают: <i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Klebsiella pneumoniae</i> , другие энтеробактерии	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> — больные муковисцидозом, бронхоэктазами. <i>Pneumocystis jiroveci</i> — ВИЧ-инфицированные, выраженная иммуносупрессия

находящихся в домах престарелых/интернатах, — не более 14 суток), сопровождающееся появлением симптомов инфекции нижних отделов дыхательных путей (лихорадка, кашель, выделение мокроты, возможно гнойной, боль в грудной клетке, одышка) и рентгенологическими признаками «свежих» очагово-инфильтративных изменений в легких при отсутствии очевидной диагностической альтернативы.

Патогенетические механизмы

Основное значение при возникновении ВП имеют:

- аспирация секрета ротовой полости;
- вдыхание аэрозоля, содержащего микроорганизмы.

Гематогенный путь и непосредственное распространение инфекции из соседних пораженных органов имеют меньшее значение и в основном встречаются при сепсисе и хирургических заболеваниях.

Этиология внебольничной пневмонии представлена в *таблице 1*.

Возбудители внебольничной пневмонии при определенных клинических ситуациях представлены в *таблице 2*.

Фактором риска развития бактериальной пневмонии является респираторная вирусная инфекция. В то же время поражение интерстициальной легочной ткани вирусами отличается от бактериального воспаления и по сравнению с бактериальным воспалением требует назначения другой терапии.

Такие возбудители, как *Streptococcus viridians*, коагулазонегативные стафилококки, *Enterococcus spp.*, *Neisseria spp.*, *Candida spp.*, считаются этиологически незначимыми, и их обнаружение в бактериологическом материале чаще всего свидетель-

ствует о контаминации материала микрофлорой верхних дыхательных путей.

На тактику ведения и выбор антимикробного препарата влияют особенности клинической ситуации, степень тяжести и наличие факторов риска осложненного течения и неблагоприятного исхода пневмонии, риск заражения антибиотико-резистентными штаммами.

Резистентность основных возбудителей пневмонии к антибактериальным препаратам. В целом доля пенициллиноустойчивых пневмококков в России, по данным исследований ПеГАС 1-111, не превышает 10%, при этом в основ-

Таблица 2. Возбудители внебольничной пневмонии при определенных клинических ситуациях.

- алкоголизм — пневмококки, анаэробы, Enterobacteriaceae;
- ХОБЛ, курение — пневмококки, Г-палочки, легионелла;
- сахарный диабет — пневмококки, золотистый стафилококк;
- обитатели домов престарелых — пневмококки, Enterobacteriaceae, гемофильная палочка, *S. aureus*, *C. pneumoniae*, анаэробы;
- несанированная полость рта — анаэробы;
- эпидемия гриппа — пневмококки, *S. aureus*, пиогенные стрептококки, гемофильная палочка;
- бронхоэктатическая болезнь, муковисцидоз — *P. aeruginosa*, *P. cepacia*, *S. Aureus*;
- в/в наркоманы — *S. aureus*, анаэробы;
- локальная бронхообструкция (рак легкого) — анаэробы;
- контакт с кондиционерами, увлажнителями воздуха, системами охлаждения воды — *L. pneumophila*;
- вспышка заболевания в тесно взаимодействующем коллективе — *S. pneumoniae*, *M. pneumoniae*, *C. pneumoniae*

ном отмечается умеренно выраженная резистентность и пневмококки сохраняют чувствительность к амоксицилину. Резистентность к макролидам также не превышает 10%, хотя в последние годы отмечено ее нарастание. Сохраняется высокая резистентность к тетрациклину и ко-тримоксазолу. Устойчивость гемофильных палочек к ко-тримоксазолу достигает 29,8% при сохранении чувствительности к ко-амоксиклаву, цефалоспорином 2—3 поколения. В то же время возможны существенные колебания уровня резистентности в зависимости от региона, конкретного медицинского учреждения, что обуславливает необходимость проведения локального мониторинга антибиотикорезистентности.

Для успешного лечения ВП необходимо:

- правильная и «полная» постановка диагноза;
- знание наиболее вероятных возбудителей этого заболевания с учетом особенностей конкретной клинической ситуации;
- оценка факторов риска возможной неэффективности терапии и развития нежелательных действий антимикробных препаратов;
- оценка риска антибиотикорезистентности;
- выбор АМП на основании критериев эффективности, безопасности, фармакоэкономических аспектов, удобства применения;
- установление режима введения и начало антимикробной терапии сразу после обоснованного предположения о пневмонии;
- мониторинг эффективности и безопасности лечения;
- принятие решения о прекращении антимикробной терапии.

Факторами риска неблагоприятного течения ВП являются:

- возраст 60 лет и старше;
- сопутствующие заболевания:
 - хронические болезни легких (ХОБЛ, БА);
 - злокачественные заболевания;
 - СД;
 - ЗСН;
 - алкоголизм;

- наркомания;
- курение;
- выраженный дефицит массы тела;
- ожирение;
- цереброваскулярные заболевания;
- неэффективность стартовой антибиотикотерапии;
- социальный и психический статус.

Тактика врача при ведении пациента с подозрением на ВП:

1. Выявление пяти типичных клинических симптомов (*лихорадка, кашель, выделение мокроты, возможно гнойной, боль в грудной клетке, одышка*). Типичные клинические симптомы пневмонии могут отсутствовать у пациентов пожилого и старческого возраста или больных с тяжелой соматической патологией, выраженным иммунодефицитом. В этих случаях в клинической картине преобладают симптомы интоксикации, декомпенсации хронических заболеваний.

2. Выявление физикальных симптомов — признаки консолидации легочной ткани (укорочение перкуторного звука, бронхиальное дыхание, усиление бронхофонии и голосового дрожания над пораженным участком легкого; очаг крепитации или мелкопузырчатых звонких хрипов).

3. Рентгенологическое исследование (обзорная рентгенография в прямой и боковой проекциях) позволяет выявить очагово-инфильтративные изменения в легочной ткани. Повторное рентгенологическое исследование проводится не ранее чем через 14 дней. Выполнение его в более ранние сроки возможно при отрицательной клинической динамике, возникновении осложнений. С целью уточнения диагноза при затяжном, осложненном течении пневмонии показано проведение КТ легких.

Диагноз «пневмония» считается определенным (категория доказательности А), если при обнаружении инфильтративного очага в легких при рентгенологическом исследовании у пациента присутствуют два из следующих симптомов:

- 1) острая лихорадка в начале заболевания с повышением температуры $\geq 38^\circ$;
- 2) кашель с мокротой;

3) физикальные признаки (очаг крепитации, мелкопузырчатых звонких хрипов, бронхиальное дыхание, укорочение перкуторного звука);

4) лейкоцитоз более 10 000 или палочкоядерный сдвиг лейкоцитарной формулы более 10%.

Уточнить тяжесть состояния, сделать прогноз и выбрать наиболее рациональное лечение позволяющих данные клинического анализа крови и биохимических методов исследования.

Микробиологическое исследование. Если в препаратах мокроты или транстрахиального аспирата, окрашенных по Граму, определяется менее 25% полиморфно-ядерных лейкоцитов и менее 10% эпителиальных клеток при просмотре не менее 10 полей зрения при увеличении × 100 раз, культуральное исследование проводить нецелесообразно. Интерпретация результатов исследований должна проводиться с учетом клинических данных. При

тяжелом течении пневмонии до начала антибактериальной терапии необходимо взять образцы крови для культурального анализа.

Следует помнить, что никакие исследования не должны служить основанием для задержки введения первой дозы антибактериальных препаратов!

Рутинная микробиологическая диагностика в амбулаторных условиях не оказывает существенного влияния на выбор антимикробного препарата, и ее проведение не обязательно (категория доказательности В).

Дифференциальная диагностика пневмонии на основе исключения синдромно-сходных заболеваний представлена в *таблице 3*.

При решении вопроса о госпитализации для оценки тяжести пневмонии предложено использовать шкалы CURB и CRB-65 (Lim W.S., 2003).

Таблица 3. Заболевания, с которыми дифференцируют пневмонию

Заболевание	Особенности клинической картины	Рентгенологические данные	Дополнительные методы исследования
Рак легкого	Уменьшение массы тела, анорексия, охриплость голоса, стридор, бронхиальное дыхание, сухие хрипы	При рентгенографии — округлая тень или ателектаз	Исследование на атипические клетки мокроты, плеврального экссудата, диагностическая бронхоскопия с биопсией, ультразвуковое исследование печени, компьютерная томография легких
Туберкулез легких	Контакт с больными туберкулезом или туберкулез в анамнезе, асоциальные пациенты, постепенное начало заболевания, умеренно выраженная интоксикация, кровохарканье, скудные физикальные признаки, отсутствие эффекта от антимикробной терапии	Более типична верхнедолевая локализация; могут определяться округлые четкие очаги, реже — лобарные инфильтраты, увеличение корней легких, наличие «дорожки» между пораженной зоной и корнем	Повторные исследования мокроты на микобактерии туберкулеза, исследование плеврального экссудата, компьютерная томография легких, диагностическая бронхоскопия с биопсией при подозрении на туберкулез бронха, реакция Манту
ТЭЛА	ТЭЛА или тромбоз глубоких вен ног в анамнезе, длительный (в течение 4 недель и более) постельный режим, злокачественные новообразования; кровохарканье, одышка без ортопноэ, нарушения сердечного ритма, артериальная гипотензия, шок	Чаще поражаются оба легких, правое — чаще, чем левое, нижние доли — чаще, чем верхние; может определяться расширение одного из корней легких или «обрубленный» корень, одностороннее повышение прозрачности легочного поля, треугольная тень инфаркта легкого, легочные инфильтраты, дисковидные ателектазы, плевральный выпот на стороне поражения	Анализ крови на Д-димер, ЭКГ, ЭхоКГ, перфузионно-вентиляционная сцинтиграфия легких, доплеровское исследование сосудов ног

Шкала CURB:

- *confusion* — спутанность сознания;
- *urea* — уровень азота мочевины крови > 7 ммоль/л;
- *respiration* — число дыханий > 30 в минуту;
- *blood pressure* — артериальное давление: систолическое < 90 мм рт.ст., диастолическое < 60 мм рт.ст.

1–2 балла — риск летального исхода минимальный (1,5%), пациент лечится амбулаторно. При наличии 2 баллов риск составляет 9,2%, пациент госпитализируется; амбулаторное лечение в данном случае возможно, но под врачебным строгим наблюдением и контролем. При наличии ≥ 3 баллов риск летального исхода — 22%, показана срочная госпитализация.

Так как на догоспитальном этапе далеко не всегда можно определить уровень азота мочевины, используют **шкалу CRB-65:**

- *confusion* — нарушение сознания;
- *respiratory rate* — частота дыхания ≥ 30 в минуту;
- *blood pressure* — САД < 90 мм рт.ст. или ДАД < 60 мм рт.ст.;
- возраст ≥ 65 лет (65).

Если эти симптомы отсутствуют, риск летального исхода составляет 1,2% и пациент лечится амбулаторно. При 1–2 баллах риск — 8,15%, пациенту показано лечение и наблюдение в стационаре. При 3–4 баллах вероятность летального исхода — 31%, показана срочная госпитализация.

■ При наличии острой дыхательной недостаточности, признаков шока, развитии острой почечной недостаточности или других тяжелых осложнений больной подлежит госпитализации в отделение интенсивной терапии.

Госпитализации также подлежат пациенты с факторами риска неблагоприятного исхода заболевания, которым невозможно обеспечить адекватный уход и выполнение всех врачебных предписаний в домашних условиях.

При наличии острой дыхательной недостаточности, признаков шока, развитии острой почечной

Таблица 4. Критерии тяжести внебольничной пневмонии

Клинические критерии	Лабораторные критерии
дыхательная недостаточность: — частота дыхания ≥ 30 в минуту; — SaO ₂ < 90%; — PaO ₂ / FiO ₂ < 250; — потребность в ИВЛ; — 2—3-долевое поражение легких по данным рентгенограммы органов грудной клетки (мультилобарное поражение); — внелегочные очаги инфекции; — нарушение сознания; — анурия; — гипотермия < 36 °С; — артериальная гипотония: — САД < 90 мм рт.ст.; — ДАД < 60 мм рт.ст.; — потребность в вазопрессорах (септический шок)	— лейкопения < 4 × 10 ⁹ /л; — тромбоцитопения < 100 × 10 ¹² /л; — гемоглобин < 100 г/л; — гематокрит < 30%; — острая почечная недостаточность, азотемия (креатинин > 176,7 мкмоль/л, азот мочевины > 7 ммоль/л)

Примечание. PaO₂ — напряжение кислорода артериальной крови; FiO₂ — фракция кислорода во вдыхаемой смеси.

Рисунок 1. Выбор антибактериального препарата (АБП) при внебольничной пневмонии (ВБП)

Нетяжелая ВБП у пациентов до 60 лет без сопутствующих заболеваний (пневмококки, микоплазма, хламидии, гемофильная палочка):

- амоксициллин 0,5—1,0 г 3 раза в сутки или макролид внутрь (азитромицин 0,5 г в первые сутки, 0,25 г в последующие три дня; кларитромицин 0,5 г 2 раза в сутки; эритромицин 0,5 г 4 раза в сутки), азитромицин 0,5 г — 1 сутки, 0,25 г/с — 3 дня; 2,0 г — однократно;
- альтернативные АБП: респираторные фторхинолоны (левофлоксацин 0,5 г 1 раз в сутки, моксифлоксацин 0,4 г 1 раз с сутки) 0,1 г 2 раза в сутки или доксициклин (высокая резистентность).

недостаточности или других тяжелых осложнений больной подлежит госпитализации в отделение интенсивной терапии. Критерии тяжести внебольничной пневмонии, требующей госпитализации в отделение интенсивной терапии, представлены в *таблице 4*.

Каждый из приведенных в *таблице 5* критериев достоверно повышает риск неблагоприятного исхода пневмонии (категория доказательности А).

При наличии хотя бы одного из этих симптомов пневмония расценивается как тяжелая и пациента госпитализируют в ОИТР.

Выбор стартовой антибактериальной терапии проводится эмпирически, но с учетом существую-

щих представлений о наиболее вероятных возбудителях заболевания в данной клинической ситуации (*табл. 5, рис. 1*).

При назначении макролидов выбирают препарат с улучшенными фармакокинетическими свойствами (азитромицин, кларитромицин, спирамицин). Ампициллин, несмотря на сходный с амоксициллином антимикробный спектр действия, не назначают внутрь, т.к. обладает низкой биодоступностью (*табл. 6, 7*).

При нетяжелой пневмонии возможно назначение антимикробных препаратов внутрь. При подозрении на пневмонию, вызванную *P. aeruginosa* (больные с бронхоэктазами, муковисцидозом, частыми госпитализациями и приемом антимикробных препаратов в анамнезе), антибиотиками первого ряда являются антисинегнойные пенициллины и цефалоспорины (цефтазидим, цефепим, тикарциллин/клавуланат, пиперациллин/тазобактам), карбапенемы (меропенем, имипенем), ципрофлоксацин. Эти препараты можно применять как в режиме монотерапии, так и в комбинации с аминогликозидами II—III поколения.

Критерии эффективности антибактериальной терапии

Эффективность антибактериальной терапии ВП оценивают через 48—72 часа после начала лечения. Критериями эффективности являются: снижение температуры тела и уменьшение симптомов интоксикации, одышки, уменьшение степе-

Таблица 5. Группы больных, вероятные возбудители ВП и выбор антимикробного препарата

Группы больных	Вероятные возбудители	АМП первого ряда	Альтернативные АМП
Амбулаторные пациенты: ВП нетяжелого течения у лиц моложе 60 лет без сопутствующей патологии	<i>S. pneumoniae, M. pneumoniae, C. pneumoniae, H. influenzae</i>	Амоксициллин внутрь или макролиды внутрь	Респираторные фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин) внутрь
Амбулаторные пациенты: ВП нетяжелого течения у лиц старше 60 лет с сопутствующей патологией	<i>S. pneumoniae, H. influenzae, S. aureus, Enterobacteriaceae</i>	Потенцированные ингибиторами β-лактамаз аминопенициллины (амоксициллин/клавуланат, амоксициллин/тазобактам) внутрь или цефуроксим ацетил внутрь	Респираторные фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин) внутрь

ни «гнояности» мокроты. При неэффективности антибактериальной терапии проводят смену антимикробных препаратов, обследуют больного для уточнения диагноза или выявления возможных осложнений ВП (плеврит или эмпиема плевры, абсцедирование).

Длительность антибактериальной терапии

Критериями отмены антибактериальной терапии ВП являются:

- нормализация тела в течение 3–4 дней;
- отсутствие симптомов интоксикации;
- отсутствие дыхательной недостаточности (частота дыхания < 20 в минуту);
- отсутствие гнойной мокроты;
- количество лейкоцитов в крови < $10 \cdot 10^9$ /л, нейтрофилов < 80%, юных форм < 6%;
- отсутствие отрицательной динамики на рентгенограмме.

Длительность лечения обычно составляет 7–10 дней. При тяжелой ВП неуточненной этиологии рекомендуется 10-дневный курс антибактериальной терапии. В эти же сроки обычно наблюдается исчезновение лейкоцитоза. Продолжительность терапии в случае наличия клинических и (или) эпидемиологических данных о микоплазменной или хламидийной этиологии ВП должна составлять 14 дней, хотя имеются клинические данные об эффективности и более коротких курсов антибактериальной терапии при «атипичной» ВП. Более длительные курсы антибактериальной терапии (от 14 до 21 дня) показаны при ВП стафило-

кокковой этиологии или ВП, вызванной грамотрицательными энтеробактериями. При подозрении на легионеллезную пневмонию длительность антибактериальной терапии должна составлять 21 день.

■ Никакие исследования не должны служить основанием для задержки введения первой дозы антибактериальных препаратов!

Сохранение отдельных клинических (стойкий субфебрилитет, сухой кашель, слабость, потливость, хрипы при аускультации), лабораторных (увеличение СОЭ) или рентгенологических (инфильтрация, усиление легочного рисунка) признаков ВП не является абсолютным показанием к продолжению антибактериальной терапии или ее модификации. В большинстве случаев их разрешение происходит самостоятельно или под влиянием симптоматической терапии. Контрольная рентгенография грудной клетки не может служить критерием для определения длительности антибактериальной терапии, т.к. рентгенологическая динамика отмечается медленнее по сравнению с клинической картиной. При длительно сохраняющейся клинической, лабораторной и рентгенологической симптоматике ВП необходимо провести дифференциальную диа-

Таблица 6. Группы больных, вероятные возбудители ВП и выбор антимикробного препарата

Группы больных	Наиболее частые возбудители	Антимикробные препараты первого ряда	Альтернативные АМП
ВП нетяжелого течения	<i>S. pneumonia</i> , <i>H. influenza</i> , <i>C. pneumonia</i> , <i>S. aureus</i> , <i>Enterobacteriaceae</i>	Ампициллин в/в, в/м, амоксициллин/клавуланат в/в, цефуроксим в/в, в/м, цефотаксим в/в, в/м, цефтриаксон в/в, в/м	Респираторные фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин) в/в
ВП тяжелого течения	<i>S. pneumonia</i> , <i>Legionella</i> spp., <i>S. aureus</i> , <i>Enterobacteriaceae</i>	Амоксициллин/клавуланат в/в + макролид в/в, цефотаксим в/в + макролид в/в, цефтриаксон в/в + макролид в/в, цефепим в/в + макролид в/в	Респираторные фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин) в/в, ранние фторхинолоны (ципрофлоксацин в/в, офлоксацин в/в) + цефалоспорины III поколения в/в +/- макролид, эртапенем в/в, в/м +/- макролид в/в

Таблица 7. Режимы дозирования антимикробных препаратов

Антимикробные препараты	Дозы в г, частота приема внутрь	Дозы в г, частота введения парентерально
Ампициллин	0,25—0,5 4 раза в сутки	1—2 4 раза в сутки
Амоксициллин	0,5—1,0 3 раза в сутки	
Амоксициллин/ клавуланат	0,625 3 раза в сутки	1,2 3—4 раза в сутки
Азитромицин	0,5 1 раз в сутки, затем по 0,25 1 раз в сутки	0,5 1 раз в сутки
Кларитромицин	0,5 2 раза в сутки	0,5 2 раза в сутки
Спирамицин	3 млн МЕ 2 раза в сутки	1,5 млн МЕ 2 раза в сутки
Левифлоксацин	0,5 1 раз в сутки	0,5 1 раз с сутки
Моксифлоксацин	0,4 1 раз в сутки	0,4 1 раз в сутки
Ципрофлоксацин	0,5 2 раза в сутки	0,4 2 раза в сутки
Цефуроксим аксетил	0,25—0,5 2 раза в сутки	
Цефуроксим		0,75—1,5 3 раза в сутки
Цефотаксим		1—2 3 раза в сутки
Цефтриаксон		1—2 1 раз в сутки
Цефепим		1—2 2 раза в сутки
Цефоперазон/ сульбактам		1—2 2—3 раза в сутки
Эртапенем		1,0 1 раз в сутки

гностику с такими заболеваниями, как рак легкого, туберкулез, застойная сердечная недостаточность и др.

Помимо антибиотикотерапии проводят патогенетическое и симптоматическое лечение ВП. При дыхательной недостаточности назначают кислородотерапию, при выраженной интоксикации — инфузионную. При появлении признаков бронхиальной обструкции показаны бронхолитики (Атровент — 2—4 вдоха 4 раза в сутки, Беродуал — 2 вдоха 4 раза в сутки). Для улучшения дренажной функции бронхов применяют отхаркивающие средства (амброксол — 100 мг/сут, ацетилцистеин — 600 мг/сут и др.). При высокой, плохо переносимой лихорадке, а также при выраженной плевральной боли показаны нестероидные противовоспалительные средства (парацетамол, диклофенак и др.).

В настоящее время нет доказательств целесообразности назначения при ВП различных биогенных стимуляторов, антигистаминных препаратов, витаминов, иммуномодуляторов (исключая гранулоцитарный колониестимулирующий фактор и препараты IgG для внутривенного введения), а также длительного применения нестероидных противовоспалительных средств и ненаркотических анальгетиков. Эффективность и безопасность данных лекарственных средств не подтверждены результатами рандомизированных контролируемых исследований. Препараты требуют дальнейшего изучения и не дают оснований рекомендовать их для лечения данного заболевания.



ЛИТЕРАТУРА

1. Внебольничная пневмония у взрослых. Практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. Пособие для врачей. Москва, 2010.
2. Рекомендации Американского общества инфекционных болезней (Infectious Diseases Society of America — IDSA) и Американского торакального общества (The American Thoracic Society — ATS), 2007.