

УДК 616.24-002-085

ПАРХОМЕНКО Т.А., ГРУШКО І.В., НЕЧИПУРЕНКО Т.Б., КИВА А.І.
Донецький національний медичинський університет ім. М.Горького

ОСОБЕННОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ (лекция для врачей, интернов, студентов)

РЕЗЮМЕ. Статья посвящена проблеме адекватного выбора антибактериальной терапии в зависимости от диагностированных групп внебольничной пневмонии. Авторами обусловлена медико-социальная актуальность пневмонии как острого, преимущественно бактериального, воспаления легочной паренхимы. Приведены статистические данные Украины, России и США по заболеваемости и смертности. Отражена проблема ранней диагностики внегоспитальной пневмонии. Выделены особенности ведения беременных женщин, страдающих пневмонией. Освещены этиологические факторы внегоспитальной пневмонии, выделены основные и атипичные возбудители. Дано современное подразделение больных на группы в зависимости от степени тяжести процесса, наличия модифицирующих факторов, сопутствующих заболеваний и социальных условий больного. Представлены современные схемы антибактериального лечения для каждой группы больных, указаны названия основных групп антибиотиков, новых препаратов, а также альтернативные варианты антибактериального лечения. Сделан акцент на возможные комбинации антибактериальных препаратов при лечении тяжелого течения пневмонии. Оговорены основные принципы лечения пневмоний, указаны возможные причины низкой эффективности антибактериальной терапии. Рекомендовано проведение дифференциальной диагностики с туберкулезом легких, неопластическим процессом, хронической сердечной недостаточностью. Приведена литературная справка об эпидемиологии, диагностики и лечении пневмоний.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, группы пневмонии, антибиотикотерапия.

Внебольничная пневмония относится к числу наиболее распространенных острых инфекционных заболеваний во всем мире. В Северном полушарии заболеваемость внебольничной пневмонией (ВП) составляет порядка 12 случаев на 1000 человек в год, большинство случаев приходится на зимнее время. Наибольший уровень заболеваемости ВП отмечается у детей раннего и лиц старческого возраста, составляя от 30-50 случаев на 1000 человек в год. В возрасте 15-45 лет частота ВП, по данным ряда авторов, составляет 1-5 случаев на 1000 населения. Согласно данным зарубежных эпидемиологических исследований, заболеваемость ВП 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%, в США – 20-40%. В США ежегодная заболеваемость внебольничной пневмонией у пациентов, находящихся в домашних условиях, составляет 20-40 случаев на 1 тыс. человек, среди пациентов гериатрических учреждений – 60-115 на 1 тыс., а частота госпитальных пневмоний – 250 случаев на 1 тыс. человек. В течение года общее число взрослых больных ВП в пяти европейских странах (Великобритания, Франция, Италия, Германия, Испания) превышает 3 млн. человек. Распространенность внебольничной пневмонии среди взрослого контингента в России по некоторым

данным составляет 17,4% [2]. Согласно официальной статистике в 2006 г. в РФ было зарегистрировано 591493 случаев заболевания, что составило 4,14%. У лиц в возрасте старше 18 лет заболеваемость составила 3,44%. В Украине в 2006 г., по данным официальной статистики, заболеваемость взрослых пневмонией составила 384,3 случая на 100000 населения, а смертность – 11,7 случая на 100000 населения, т.е. умерло около 3% из числа тех, кто заболел воспалением легких. Согласно данным Госкомстата Украины [7], уровень заболеваемости населения в Украине за 1996-2010 гг. увеличился, в том числе за счет болезней дыхательной системы. За 14 лет уровень последних вырос на 10,4% – с 13221 до 14595.

Заболеваемость пневмонией в Украине составила 494,3 на 100 тыс. населения за 2011 г. по данным официальной статистики. Распространенность заболеваемости пневмонией среди беременных не отличается от популяционных данных. Однако пневмония при беременности сопровождается акушерско-гинекологическими осложнениями: в 44% случаев – преждевременными родами, в 22% – недоношенностью плода, в 33% – его гипотрофией. Летальность при ВП оказывается наименьшей (1-3%) у лиц молодого и среднего возраста без сопутствующих заболеваний. Напротив, у пациентов старше 60 лет при наличии серьезной сопутствующей патологии

(хроническая обструктивная болезнь легких, злокачественные новообразования, алкоголизм, сахарный диабет, заболевания почек и печени, сердечно-сосудистой системы и др.), а также в случаях тяжелого течения ВП, этот показатель достигает 15-30 %.

Искусство лечения пневмонии должно базироваться на тщательном анализе всех факторов, определяющих группу пневмонии:

- тяжести течения;
- наличия сопутствующей патологии;
- наличия модифицирующих факторов;
- социального статуса больного и др. немедицинских показаний к его госпитализации, что определяет группу ВП.

Если у больного *легкое течение* пневмонии, отсутствуют модифицирующие факторы, сопутствующая патология и позволяют социальные условия, ВП определяется как пневмония **1-й группы**. При этом должны отсутствовать все 14 общих критериев тяжести пневмонии.

К общим критериям тяжести пневмонии относятся:

- частота дыхания ≥ 30 /мин;
- САД < 90 мм рт.ст. или ДАД ≤ 60 мм рт.ст.;
- нарушение сознания;
- SpO₂ < 90 % (по данным пульсоксиметрии);
- РаО₂ < 60 мм рт.ст. и/или РаСО₂ > 50 мм рт.ст. при дыхании комнатным воздухом;
- креатинин сыворотки крови > 177 мкмоль/л или азот мочевины $> 7,0$ ммоль/л (азот мочевины = мочевины (ммоль/л): 2,14);
- быстрое прогрессирование очагово-инфильтративных изменений в легких (увеличение размеров инфильтрации > 50 % в течение ближайших 2-х суток);
- двухсторонняя легочная инфильтрация;
- полости распада;
- плевральный выпот;
- лихорадка $\geq 39,9^{\circ}\text{C}$ или температура тела ниже $35,5^{\circ}\text{C}$;
- частота сердечных сокращений ≥ 125 /мин;
- лейкоцитоз в периферической крови $> 20,0 \times 10^9$ /л или лейкопения $< 4,0 \times 10^9$ /л;
- гематокрит < 30 % или гемоглобин < 90 г/л;
- внелегочные очаги инфекции, такие как менингит, септический артрит и т.д.

Для **2-й группы** *легкого течения* пневмонии допустимы наличие сопутствующей патологии или модифицирующих факторов (за исключением беременности, которая подразумевает обязательную госпитализацию). Если количество и тяжесть сопутствующей патологии и модифицирующих факторов не приводит к появлению ни одного из 14 общих критериев тяжести пневмонии и социальные условия позволяют, пациент относится ко 2-й группе ВП. Пневмония 1-й и 2-й групп должна лечиться в амбулаторных условиях.

При наличии хотя бы одного из 14 общих критериев тяжести пневмонии (независимо от

выявления или отсутствия сопутствующей патологии или модифицирующих факторов), наличия беременности или социальных условий, не позволяющих провести лечение амбулаторно, пациент относится к **3-й группе** ВП. Такая пневмония относится к заболеванию *средней тяжести* течения по рекомендациям классификации последнего пересмотра (Проект приказа по оказанию помощи больным с пневмонией, 2013 г) и должна лечиться в условиях терапевтического или пульмонологического стационара.

Тяжелое течение пневмонии требует пребывания больного в отделении интенсивной терапии. Такая пневмония классифицируется как **ВП 4-й группы**.

Основой лечения пневмонии является этиотропная терапия, успех назначения которой составляет 95 % успеха лечения заболевания. Патогенетическая и симптоматическая терапия решающей роли не играет. Диагноз ВП – абсолютное показание для назначения антибиотиков, которые являются основой лечения у таких больных.

Выбор антибиотика, как правило, основывается на эмпирическом представлении о возможной этиологии пневмонии, чему посвящена современная классификация ВП. В зависимости от определенной группы внебольничной пневмонии рассматривается наиболее вероятный спектр предполагаемых возбудителей. Также выбор может осуществляться на основе точного определения этиологического фактора пневмонии. Поскольку для диагноза легких форм пневмонии не является обязательным этиологическая диагностика, лечение 1-й и 2-й групп пневмонии происходит преимущественно на основании эмпирического подбора терапии. Предполагаемая этиология заболевания требует знаний природной активности антибиотиков относительно основных возбудителей ВП. Однако в каждой конкретной ситуации необходимо также учитывать распространенность и характер вторичной резистентности возбудителей.

Пневмококк (*S.pneumoniae*) высоко чувствителен к β -лактамам – аминопенициллинам и цефалоспорином. Макролидные антибиотики являются альтернативными препаратами при аллергии к β -лактамам. Высокой эффективностью (в том числе при ВП, которая вызвана пенициллин-резистентным пневмококком) характеризуются «респираторные» фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин, гемифлоксацин), ванкомицин и линезолид. Аминогликозиды (гентамицин и др.) не имеют клинически значимой активности в отношении к *S. pneumoniae*.

Гемофильная палочка (*H.Influenzae*) чувствительна преимущественно к β -лактамам и фторхинолонам и малочувствительна к макролидам.

Для «атипичных», внутриклеточных возбудителей, – микоплазмы, хламидии и легионел-

лы (*M.pneumoniae*, *S.Pneumoniae* и *Legionella* spp.), напротив, макролиды являются препаратами выбора наряду с респираторными фторхинолонами. Тетрациклины (доксициклин) могут быть альтернативными препаратами при легком течении пневмонии в этом случае. Преимущество комбинированной терапии при подтверждении легионеллезной этиологии ВП, в частности, польза дополнительного использования с макролидом рифампицина, на сегодняшний день не является достоверным. Информация о приобретении резистентности внутриклеточных возбудителей к макролидам, тетрациклинам или фторхинолонам остаются единичными и не имеют существенного клинического значения.

Препаратом выбора при ВП, обусловленной метициллинчувствительным стафилококком (*S. aureus*), является оксациллин, альтернативой может быть амоксициллин/клавулановая кислота, цефалоспорины I поколения (цефазолин) или линкозамин. В случае выявления метициллинрезистентных штаммов стафилококка рекомендуют использовать ванкомицин, цефтаролин или линезолид.

Для представителей семейства *Enterobacteriaceae* высокую природную активность имеют защищенные аминопенициллины, цефалоспорины III-IV поколения, карбопенемы и фторхинолоны.

После установления диагноза ВП лечение начинают препаратами выбора. В случае невозможности их назначения (отсутствие, непереносимость, использование в течение последних трех месяцев по различным причинам) или неэффективности препарата выбора на протяжении 48-72 часов лечения назначаются альтернативные препараты. Эффективным считается препарат, приведший к уменьшению проявлений интоксикации и/или снижения температуры тела больного, уменьшению признаков дыхательной недостаточности. При наличии позитивной динамики приведенных показателей, назначенную антибактериальную терапию продолжают. Если же у пациента сохраняется высокая лихорадка и интоксикация или симптоматика прогрессирует, то лечение следует считать неэффективным, следует провести коррекцию терапии. При неэффективности антибактериальной терапии необходимо дополнительно обследовать больного для уточнения диагноза или выявления возможного осложнения пневмонии. Эмпирический выбор антибактериального препарата осуществляется с учетом группы пневмонии и особенностей клинической картины.

Для лечения пневмонии 1-й группы должны осуществляться 3 принципа:

- амбулаторное лечение
- монотерапия
- таблетированная форма препарата (per os).

В связи с известной предполагаемой этиологией 1-й группы пневмонии как средство

выбора для начальной терапии рекомендованы амоксициллин или макролиды (табл.).

Макролиды являются препаратами выбора при подозрении на атипичную этиологию заболевания (*S. pneumoniae*, *M. pneumoniae*). Следует отдавать предпочтение наиболее исследованным при ВП макролидам с улучшенными фармакокинетическими особенностями (азитромицин, клатромицин) или благоприятным профилем безопасности и минимальной частотой лекарственных взаимодействий (азитромицин, клатромицин или джозамицин, спирамицин). Респираторные фторхинолоны III-IV поколения назначаются при невозможности приема больным препарата выбора или альтернативного препарата первой линии. Возможной причиной неэффективности лечения макролидом может быть резистентность к этой группе антибиотиков штаммов пневмококка или заболевание, вызванное грамотрицательными возбудителями.

Принципы лечения 2-й группы ВП совпадают с таковыми для 1-й группы, поскольку обе они представляют собой легкое течение пневмонии. Однако особенностями воплощения этих принципов для 2-й группы являются:

1. использование более эффективных β -лактамов: защищенных аминопенициллинов (амоксициллин / клавулановая кислота) либо цефалоспоринов II-го поколения (цефуроксима акцетила, который имеет таблетированную форму для терапии первого выбора);
2. при неэффективности такой терапии первой линии возможно:
 - дополнение препарата первой линии вторым препаратом – макролидом;
 - замена препарата первой линии альтернативным препаратом – фторхинолоном III-IV поколения в качестве монотерапии;
 - замена перорального препарата первой линии при низком комплаенсе на парентеральный – цефалоспорины III поколения (цефтриаксон, цефотаксим).

Эти изменения диктуются увеличивающейся вероятностью этиологической роли грамотрицательных микроорганизмов, в том числе тех, которые имеют механизмы развития резистентности к антибиотикам (табл.).

Принципы лечения 3-й группы ВП:

- стационарное лечение
- комбинированная терапия
- парентеральное назначение хотя бы одного препарата.

При средней тяжести течения назначают только мощные β -лактамы: защищенные аминопенициллины (амоксициллин / клавулановая кислота, ампициллин/сульбактам) либо цефалоспорины III-го поколения (цефотаксим, цефтриаксон) в сочетании с макролидом. При этом β -лактамы чаще вводятся парентерально, а макролиды – энтерально.

Таблиця. Выбор антибактериальной терапии при лечении разных групп ВП

Группа ВП	Возможный возбудитель	Препарат выбора	Альтернативный препарат
1 группа	S.pneumonia, M.pneumonia, C.pneumonia, H.influenza, <i>Респираторные вирусы</i>	Пероральный прием: - Амоксициллин <i>или</i> - Макролид	Пероральный прием: - Макролид <i>или</i> - Доксцилин <i>или</i> - Фторхинолон III-IV поколения <i>при неэффективности Амоксициллина.</i> - Аминопенициллин <i>или</i> - Фторхинолон III-IV поколения <i>при неэффективности Макролида.</i>
	S.pneumonia, H.influenza, M.pneumonia, C.pneumonia, S.aureus, M.cattarrhalis, род Enterobacteriaceae, <i>Респираторные вирусы</i>	Пероральный прием: - Амоксицилин/ клавулановая кислота <i>или</i> - Цефуроксим аксетил	Пероральный прием: - добавить к β-лактаму Макролид <i>или</i> - монотерапия фторхинолоном III-IV поколения
3 группа (течение средней тяжести)	S.pneumonia, H.influenza, M.pneumonia, C.pneumonia, Грам-негативные энтеробактерии, <i>Респираторные вирусы</i>	Парентеральное применение (в/м, в/в): - Аминопенициллин (преимущественно защищенный) + Макролид <i>или</i> - Цефалоспорины III поколения + Макролид	Внутривенное применение: - Фторхинолон III-IV поколения <i>или</i> - Карбапенем (Эртапенем неактивный в отношении синейной палочки) + Макролид <i>или</i> - Цефалоспорины V поколения (цефтаролин) + Макролид
	S.pneumonia, Legionella sp., H.influenza, S.aureus, M.pneumonia, C.pneumonia, Грамнегативные энтеробактерии, Pseudomonas spp., <i>Полимикробные ассоциации</i>	Внутривенное применение: - защищенный Аминопенициллин + Макролид <i>или</i> - Цефалоспорины III поколения + Макролид <i>или</i> - Эртапенем + Макролид <i>или</i> - Цефалоспорины V поколения (Цефтаролин) + Макролид При подозрении на P. aeruginosa внутривенное применение: - Цефалоспорины III – IV поколения (активный в отношении синейной палочки) + Аминогликозид <i>или</i> - Ципрофлоксацин (Левифлоксацин)	Внутривенное применение: - Фторхинолон III-IV поколения + β-лактам Внутривенное применение: - Карбапенем (Имипенем или Меропенем, или Лорипенем) + Аминогликозид <i>или</i> - Ципрофлоксацин (Левифлоксацин)
4 группа (тяжелое течение)			

При неэффективности терапии первой линии возможны:

- замена двух препаратов первой линии альтернативным препаратом – фторхинолоном III-IV поколения в качестве монотерапии;
- замена двух препаратов первой линии комбинацией парентерально введенного карбапенема (эртапенема) и макролида;
- замена двух препаратов первой линии комбинацией парентерально введенного цефалоспорины V поколения (цефтаролина) и макролида.

Принципы лечения 4-й группы ВП:

- стационарное лечение
- комбинированная терапия
- преимущественно парентеральное назначение.

Применяется защищенный аминопенициллин, либо цефалоспорин III-го либо V поколения (цефотаксим, цефтриаксон, цефтаролин), либо карбопенем (эртапенем) в сочетании с макролидом.

При неэффективности такой терапии возможна замена на комбинацию фторхинолона III-IV с β -лактамом.

При неэффективности первой линии терапии и наличии факторов риска присутствия синегнойной палочки, либо выявленной этиологии или только подозрении – назначают антипсевдомонадные цефалоспорины III-IV поколения (цефтазидим, цефоперазон/сульбактам, цефепим) в сочетании с аминогликозидом, либо ципрофлоксацином (левофлоксацином). Альтернативным в этом случае является назначение комбинации карбапенема (меропенема, лорипенема) с аминогликозидом или ципрофлоксацином (левофлоксацином).

Общие правила ведения больного подразумевают продление антибактериальной терапии дополнительно на 3-5 дней после нормализации температуры тела. Длительность «закрепления» эффекта тем дольше, чем дольше достигалась эта нормализация. В среднем у пациентов с нетяжелым течением ВП и внеклеточной этиологией антибактериальная терапия осуществляется 7-10 дней. В случае получения клинических или эпидемиологических данных, которые свидетельствуют о микоплазменной или хламидийной или легионеллезной этиологии заболевания, длительность антибактериальной терапии должна быть продолжена до 10-14 дней.

У больных с ВП тяжелого течения и неустановленной этиологии длительность антибактериальной терапии составляет 10 дней. При лечении больных с ВП стафилококковой этиологии либо обусловленной грамотрицательными энтеробактериями или синегнойной палочкой, рекомендуют провести более длительную антибактериальную терапию – до 14 дней (иногда дольше).

При наличии осложнений ВП, внелегочных очагов инфекции или недостаточного ответа на лечение, сроки введения антибиотиков определяют индивидуально. Сохранение от-

дельных клинических, лабораторных или инструментальных изменений не является абсолютным показанием для сохранения антибиотикотерапии. Так, кашель может сохраняться, однако при существенном снижении его интенсивности, продуктивности и гнойности, а также при отсутствии лейкоцитоза (количество лейкоцитов $< 10^{12}/л$, нейтрофильных гранулоцитов менее 80%), антибиотикотерапию можно не проводить. Критериями достаточности антибиотикотерапии могут служить отсутствие дыхательной недостаточности (ЧДД $< 20/мин.$) и симптомов интоксикации. В этом случае следует назначить симптоматическую терапию. Длительный субфебрилитет (температура тела в границах $37,0-37,5^{\circ}C$) может не быть признаком бактериальной инфекции, а проявлением постинфекционной астенизации больного. Рентгенологическое восстановление ткани легкого происходит не ранее, чем через 21 день от начала заболевания, в связи с чем рентгенконтроль, проведенный в течение этого срока, не может служить основанием для продления антибиотикотерапии при наличии общей положительной динамики. В случае прогрессирования процесса по распространенности или обнаружения осложнений (абсцесс, плеврит), рентгенкартина может анализироваться в качестве одного из критериев определения тактики антибиотикотерапии. Длительное сохранение клинической, лабораторной или рентгенологической симптоматики требует проведения дифференциальной диагностики с такими заболеваниями, как рак легких, туберкулез, застойная сердечная недостаточность и др.

В случае положительной динамики в течение 2-4 дней, которая может проявляться снижением лихорадки ($< 37,5^{\circ}C$), уменьшением выраженности одышки, интоксикации, отсутствием нарушения сознания, положительной динамикой других симптомов заболевания, возможна замена парентерального введения антибиотиков на пероральный прием (ступенчатая терапия) с дальнейшей выпиской больного из стационара. В этом случае должен быть комплаенс с пациентом в отношении перехода на таблетированный прием препаратов, пациент не должен иметь проблем, отягощающих прием препаратов через пищеварительный тракт. При проведении ступенчатой терапии приоритет дают антибактериальным препаратам, которые имеют две лекарственных формы – как парентерального введения, так и для перорального, чтобы сохранить преемственность эффекта. Однако, для приема внутрь возможно назначение антибиотиков других групп, которые имеют подобные антимикробные свойства и одинаковый уровень приобретенной резистентности.

Гриппозная первичная и вторичная пневмония требует назначения противовирусной терапии: адамантаны (амантадин, ремантадин) или ингибиторов функции нейроминидазы вируса гриппа А и В (озельтамивир, занамивир).

Кроме того, бактериальный компонент вторичной гриппозной пневмонии проводят согласно вышеизложенным стандартам лечения ВП. Следует учитывать, что вторичная гриппозная пневмония часто вызывается *S.pneumoniae*, *S.pyogenes*, *S.aureus*, *H.Influenzae*, *Klebsiella spp.* У больных с вирусом гриппа А(Н1N1), которые находились на ИВЛ, раннюю респираторно-ассоциированную пневмонию чаще всего связывают с метициллин-резистентным *S.aureus* (MRSA). Наиболее опасной является стафилококковая пневмония, которая развивается через 2-3 дня после дебюта первых симптомов гриппа и сопровождается развитием гипоксемии, повышением уровня лейкоцитов, кровянистой мокротой. Пневмония, вызванная MRSA, наиболее тяжело поддается лечению и может вызвать смерть на протяжении 24 часов от начала первых симптомов заболевания.

Таким образом, своевременная и адекватная терапия пневмонии зависит от правильности и полноты диагноза. Инициальные подходы к антибактериальной терапии строго регламентированы и зависят от вида пневмонии и группы внебольничной пневмонии согласно последней классификации. Своевременное правильное лечение позволяет достигнуть лучшего клинического эффекта, предупредить затяжное течение пневмонии или ее осложнения.

Список литературы

1. Березняков И.Г. Внебольничные пневмонии/ И.Г. Березняков. – Киев, 2009. – 160 с.
2. Антибиотики в лечении пневмоний у больных пожилого и старческого возраста / Джемайло В.И., Купраш Л.П., Купраш О.В. // Клиническая антибиотикотерапия. – 2005. – №5. – С. 11-15.
3. Негоспітальна та госпітальна (нозокоміальна) пневмонія у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія: методичний посібник / Феценко Ю.І., Голубовська О.А., Гончаров К.А. [та інші.]. – К., 2013. – 122 с.
4. Пульмонология: нац. рук./ гл. ред. А.Г. Чучалин; АСМОК, Российское респираторное о-во и Ассоц. мед. обществ по качеству. – ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 960 с.
5. Пневмония и беременность / Распопина Н., Черейская Н., Шугинин И. // Врач. – 2002. – № 11. – С. 25-27.
6. Шехтман М.М. Болезни органов дыхания и кровообращения у беременных/ М.М. Шехтман, Г.М. Бурдули. – М.: Триада-Х, 2002. – 232 с.
7. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society Consensus Guidelines of the Management of Community-Acquired Pneumonia in Adults// Clin. Infect. Dis. – 2007. – № 7. – P. 27-72.
8. <http://www.ukrstat.gov.ua>.
9. <http://medstat.gov.ua>

25.04.2014

ПАРХОМЕНКО Т.А., ГРУШКО І.В., НЕЧИПУРЕНКО Т.Б., КІВА О.І.
Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

ОСОБЛИВОСТІ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ РІЗНИХ ГРУП ПОЗАЛІКАРНЯНОЇ ПНЕВМОНІЇ

РЕЗЮМЕ. Стаття присвячена проблемі адекватного вибору антибактеріальної терапії залежно від діагностованих груп позалікарняної пневмонії. У статті обумовлена медико-соціальна актуальність пневмонії, як гострого, переважно бактеріального, запалення легеневої паренхіми. Наведені статистичні дані України, Росії та США по захворюваності та смертності. Відображена проблема ранньої діагностики позалікарняної пневмонії. Виділені особливості ведення вагітних жінок, що страждають на пневмонію. Освітлені етіологічні чинники позагоспітальної пневмонії, виділені основні та атипові збудники. Надано сучасний підрозділ хворих на групи залежно від ступеня тяжкості процесу, наявності модифікуючих чинників, супутніх захворювань і соціальних умов хворого. Представлені сучасні схеми антибактеріального лікування для кожної групи хворих, вказані назви основних груп антибіотиків, нових препаратів, а також альтернативні варіанти антибактеріального лікування. Зроблено акцент на можливих комбінаціях антибактеріальних препаратів при лікуванні важкого перебігу пневмонії. Обумовлені основні принципи лікування пневмоній, вказані можливі причини низької ефективності антибактеріальної терапії. Рекомендовано проведення диференційованої діагностики з туберкульозом легенів, неопластичним процесом, хронічною серцевою недостатністю. Приведена літературна довідка про епідеміологію, діагностику та лікування пневмоній.

Ключові слова: позалікарняна пневмонія, групи пневмонії, антибіотикотерапія.

PARKHOMENKO T.A., GRUSHKO I.V., NECHIPURENKO T.B., KIVA A.I.
Donetsk National Medical University named after M.Gorkiy

FEATURES OF ANTIBACTERIAL THERAPY OF DIFFERENT GROUPS OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA

RESUME. The article is concerned with a problem of adequate choice of antibiotic treatment depending on the diagnosed groups of community-acquired pneumonia. Medico-social topicality of pneumonia is substantiated in the article as acute, mainly bacterial inflammation of pulmonary parenchyma. Statistical information of Ukraine, Russia and USA on morbidity and death rate is provided. The article deals with a problem of early detection of community-acquired pneumonia. The features of conduct of expectant mothers, suffering from pneumonia are specified. The article elucidates the etiological factors of community-acquired pneumonia and particularizes the basic and atypical causative agents. Modern subdivision of patients into groups is given depending on severity of the disease active condition, presence of modifying factors, concomitant diseases and social conditions of a patient. Modern antibacterial treatment regimens are presented for every group of patients, the names of basic groups of antibiotics are indicated, as well as new preparations, and alternative variants of antibacterial treatment. Special emphasis is placed on possible combinations of antibacterial preparations for treatment of severe pneumonia course. Basic principles of treatment of pneumonias are specified, possible reasons of low efficiency of antibacterial therapy are named. Differential diagnostics is recommended for a pulmonary tuberculosis, white plague, neoplastic process, chronic cardiac insufficiency. The article provides literary information about epidemiology, diagnostics and treatment of pneumonias.

Keywords: community-acquired pneumonia, groups of pneumonia, antibiotic treatment.