

В.Ю. Приходько

Національна медична академія  
післядипломної освіти  
ім. П.Л. Шупика

# НЕГОСПІТАЛЬНА ПНЕВМОНІЯ В ЛІТНІХ ЛЮДЕЙ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ (лекція)

## Резюме

У лекції наведено дані про розповсюдженість та класифікацію пневмоній. Особливий акцент зроблено на антибактеріальній терапії негоспітальної пневмонії в практиці сімейного лікаря. Критеріями ефективності антибактеріальної терапії пневмонії є нормалізація температури тіла на 2-4-й день, усунення респіраторної крепітації (або вологих хрипів) впродовж першого тижня, позитивна рентгенологічна динаміка (впродовж 4 тижнів), покращення загального стану хворого, зменшення задишки, контроль симптомів серцевої недостатності стандартною терапією. Враховуючи нечітку клінічну картину пневмонії у літніх людей, критерії її усунення також є не досить чіткими. Тому оцінка якості лікування пневмонії у літньої людини вимагає від лікаря значної уваги і динамічного спостереження за хворим.

## Ключові слова

Літні люди, пневмонії, негоспітальна пневмонія, антибактеріальна терапія.

Пневмонія — запалення легеневої тканини інфекційного походження з переважним ураженням альвеол та розвитком у них запальної ексудації, а також включенням у запальний процес інтерстиціальної тканини легені. Для пневмонії характерним є інфекційне запалення нижніх дихальних шляхів з обов'язковим ураженням альвеол, що виявляється клінічно респіраторною симптоматикою і запальною інфільтрацією раніше неуразених ділянок легеневої тканини, яка виявляється при променевих методах дослідження (рентгенографія). Найважливішими ознаками пневмонії є:

- наявність інфекційного збудника;
- гостре запалення легеневої тканини;
- ураження альвеолярної тканини з розвитком ексудації;
- виявлення ділянок інфільтрації в легеневій тканині при рентгенологічному дослідженні.

Враховуючи це, неприйнятними є терміни «гостра» або «хронічна» пневмонія. Також неправильно використовувати термін «пневмонія», коли мова йде про запалення легеневої тканини неінфекційної природи. Неінфекційні запальні процеси в легеневій тканині зазвичай називають пневмонітом, а в разі переважного ураження респіраторних відділів легень — альвеолітом. Якщо ж до асептичного запального процесу приєднується бактеріальна, вірусно-бактеріальна або грибкова інфекції, правомочним є термін «пневмонія». На практиці пневмонією називають будь-

який стан, який супроводжується респіраторною симптоматикою й наявністю інфільтратів у легенях (часто через рентгенологічний висновок). Зважаючи на складність проведення бактеріологічного дослідження в терапевтичній амбулаторній, та й деколи в клінічній практиці, лікарі перестраховуються, встановлюючи діагноз пневмонії хворим із застійною серцевою недостатністю й колагенозами. Дійсно, важко провести межу, яка відділяє неінфекційний пневмоніт від пневмонії, викликаної активізацією бактеріальної інфекції на тлі застійних і запальних явищ у легеневій тканині. Тому в діагностиці пневмоній лікарі стикаються з великою частотою помилок. Якщо об'єктивні причини помилок у розпізнаванні пневмонії сягають 73,5%, то суб'єктивні помилки складають 26,5-56,3% (Дворецький Л.І., 2008).

Класифікація пневмоній заснована на клініко-патогенетичному принципі з урахуванням епідеміологічної ситуації та чинників ризику:

- негоспітальна пневмонія (розвинулася поза лікарню, в домашніх умовах);
- госпітальна (нозокоміальна) пневмонія розвивається в стаціонарних умовах через 48 годин і більше після госпіталізації з приводу іншого захворювання;
- аспіраційна пневмонія (госпітальна або негоспітальна) пов'язана з аспірацією орофарингеальної або шлунково-кишкової мікрофлори в нижні дихальні шляхи (при алкоголізмі, наркоманії, неврологічних і психічних захворюваннях, втраті свідомості);

© В.Ю. Приходько

- пневмонія у хворих із важкими порушеннями імунітету (вроджений імунodefіцит, ВІЛ, ятрогенна імуносупресія).

Ризик розвитку пневмонії збільшується з віком. Поширеність позалікарняних пневмоній серед осіб похилого та старечого віку в США складає 20-40% [Дворецкий Л.И. и соавт., 1997]. За даними National Center for Health Statistics, у літніх людей захворюваність на позалікарняну пневмонію в 2 рази вища, ніж в осіб молодого віку; частота госпіталізацій при цьому захворюванні з віком збільшується більш ніж у 10 разів. Летальність при пневмонії серед хворих старших за 60 років у 10 разів вища, ніж в інших вікових групах, і сягає 10-15% при пневмококових пневмоніях [Дворецкий Л.И. и соавт., 1997]. Серед літніх хворих частіше спостерігається важкий перебіг пневмонії, тому серед них вище потреба в госпіталізації.

Надзвичайно важливою є класифікація пневмоній за ступенем тяжкості, оскільки на ній базується рішення лікаря про лікування хворого амбулаторно або про госпіталізацію до стаціонару. Виділяють пневмонії легкого, середньотяжкого й тяжкого перебігу. Якщо легкий і середньотяжкий перебіг може бути об'єднано під терміном «не тяжкий перебіг», то для важкого перебігу є певні клінічні критерії. Наявність у хворого не менше ніж двох «малих» або одного «великого» критерію тяжкого перебігу свідчить про тяжкий перебіг пневмонії і високу ймовірність летального наслідку. Важкий перебіг пневмонії — показання до негайної госпіталізації у відділення інтенсивної терапії.

«Малі» критерії тяжкого перебігу:

- частота дихання 30 на хвилину й більше;
  - порушення свідомості;
  - сатурація кисню ( $\text{SaO}_2$ ) менше ніж 90% за даними пульсоксиметрії, парціальний тиск кисню в артеріальній крові ( $\text{PaO}_2$ ) нижче ніж 60 мм рт. ст.;
  - систолічний артеріальний тиск нижче ніж 90 мм рт. ст.;
  - двостороннє або багаточасткове ураження легень, наявність порожнин із розпадом, плевральний випіт.
- «Великі» критерії тяжкого перебігу пневмоній:
- потреба в штучній вентиляції легенів;
  - швидке прогресування вогнищево-склеротичних змін у легенях: збільшення розмірів інфільтрації більше ніж на 50% за 2 дні;
  - септичний шок або необхідність введення вазопресорних препаратів протягом 4 годин і більше;
  - гостра ниркова недостатність (кількість сечі менше ніж 80 мл за 4 години або рівень креатиніну плазми вище ніж 180 мкмоль/л).

У літніх хворих такі ознаки, як задишка, зменшення виділення сечі, порушення свідомості,

можуть спостерігатися при відносно незначній гіпертермії і досить швидко посилюватися. Це пов'язано із наявністю супутніх захворювань — ІХС, серцевої недостатності, хронічної хвороби нирок, хронічної ішемії мозку. Тяжкий перебіг пневмонії у літніх людей спричиняє наявність важкої супутньої патології.

Діагноз пневмонії базується на виявленні за допомогою клініко-рентгенологічного обстеження легеневих і позалегеневих її проявів.

Легеневі прояви пневмонії: задишка; кашель; виділення мокротиння (слизове, слизисто-гнійне, «іржаве» тощо); болі під час дихання; локальні клінічні ознаки (притуплення перкуторного звуку, бронхіальне дихання, крепітуючі хрипи, шум тертя плеври); локальні рентгенологічні ознаки (сегментарні і часткові затемнення).

При пневмонії в літніх хворих такі класичні ознаки, як притуплення перкуторного звуку, крепітація, не завжди чітко виражені [Дворецкий Л.И., 1997; Яковлев С.В., 2009]. По-перше, це можна пояснити тим, що часто наявна у літніх хворих дегідратація, обумовлена різними причинами (вживання рідини у невеликих кількостях, лікування діуретиками), обмежує процеси ексудації в альвеоли, у зв'язку з чим порушується утворення легеневого інфільтрату. По-друге, у літніх людей притуплення перкуторного звуку та наявність хрипів може бути пов'язано із супутньою серцево-судинною патологією (серцева недостатність). Складно трактувати виявлені при перкусії та аускультативні ознаки у літніх хворих, які страждають на хронічні обструктивні захворювання легень. Перкуторно тупість при пневмонії важко відрізнити від ателектазу, бронхіальне дихання з наявністю хрипів може бути наслідком наявності пневмосклеротичної ділянки, вологі хрипи можуть вислуховуватися за наявності лівошлуночної недостатності. Помилкова інтерпретація аускультативних даних є найчастішою причиною клінічної гіпердіагностики пневмонії у літніх.

Кашель у літніх людей може бути відсутній на тлі загальної слабкості (інсульт, паркінсонізм). При цьому на тлі вислуховування вологих хрипів у легенях хворий зовсім не кашляє. З іншого боку, наявність кашлю може бути пов'язано із прийманням ІАПФ або супутньою гостроезофагеальною рефлюксною хворобою. А от наявність і посилення задишки можуть бути достатньо чутливим симптомом пневмонії. Якщо на тлі стандартного лікування ІХС і серцевої недостатності у хворого з підозрою на пневмонію зростають прояви задишки, слабкості, то слід схилитися до діагностики пневмонії.

Позалегеневі прояви пневмонії: лихоманка; озноби й пітливість; міалгії; головний біль; ціаноз; тахікардія; herpes labialis; шкірний висип, ураження слизових (кон'юнктивіт); сплутаність свідомос-

ті; діарея; жовтяниця; зміни у периферичній крові (лейкоцитоз, зсув формули ліворуч, токсична зернистість нейтрофілів, підвищення ШОЕ).

Лихоманка при пневмонії в похилому й старечому віці спостерігається досить часто — у 75-80% (Яковлев С.В., 2009), хоча порівняно з молодшими пацієнтами захворювання частіше перебігає з нормальною або навіть пониженою температурою, що є прогностично менш сприятливим чинником. А от Березняков И.Г. (2001) вказує на те, що серед хворих у віці 75 років і старше, які захворіли на позагоспітальну пневмонію, температура тіла  $>38^{\circ}\text{C}$  реєструвалася лише у 30%, а тахікардія більше ніж 100 уд./хв була лише в 37% пацієнтів. Важко орієнтуватися на тахікардію в літніх хворих із постійною миготливою аритмією. Ми звернули увагу на те, що несприятливою прогностичною ознакою є збільшення дефіциту пульсу на променевої артерії у хворих із початково добре корегованою фібриляцією передсердь.

Частими проявами пневмонії в літніх є порушення ЦНС у вигляді апатії, сонливості, загальмованості, втрати апетиту, сплутаності свідомості аж до розвитку сопорозного стану. Зазначена симптоматика, особливо якщо вона дуже швидко розвинулася, може наштовхнути на думку про гостре порушення мозкового кровообігу [Яковлев С.В., 1997] із призначенням зовсім іншого лікування (вазоактивні препарати, ноотропи), що призведе до несвоєчасного призначення антибіотиків і погіршить прогноз. У низці випадків першими проявами пневмонії є раптове порушення фізичної активності, розвиток апатії, втрата інтересу до навколишнього життя, відмова від їжі, нетримання сечі. Подібні ситуації іноді помилково трактують як прояв сенільної деменції.

Клінічна картина пневмонії може бути стертою за наявності важких супутніх захворювань (ішемічна хвороба серця, серцева недостатність, цукровий діабет, колагенози, захворювання щитоподібної залози, онкопатологія, імунodefіцитні стани), а також у хворих похилого й старечого віку з вік-опосередкованими захворюваннями (церебральний атеросклероз, ІХС). З клінічних проявів пневмонії в літніх людей на перший план може виступати декомпенсація фонових захворювань. Так, у хворих із ХОЗЛ клінічні прояви пневмонії можуть характеризуватися посиленням кашлю, появою дихальної недостатності, що може помилково розцінюватися як загострення ХОЗЛ. При розвитку пневмонії у хворого із застійною серцевою недостатністю остання може прогресувати й стати рефрактерною до лікування. Клінічними проявами пневмонії можуть також бути декомпенсація цукрового діабету з розвитком кетоацидозу у літніх хворих на цукровий діабет, поява ознак печінкової недостатності у хворих на цироз печінки, розвиток або прогресування ниркової не-

достатності у хворих на хронічний пієлонефрит. Лейкоцитоз може бути відсутній у третини хворих на пневмонію (Яковлев С.В., 1997), а в людей літнього віку він менше виражений. Проте навіть на тлі незначного лейкоцитозу ( $9-11 \times 10^9$  лейкоцитів) ми спостерігали явища токсичної зернистості нейтрофілів, яка відображує денатурацію цитоплазми клітин при запальному процесі.

Лікар повинен бути готовий до того, що в пацієнтів із модифікуючими чинниками можуть бути відсутні або слабко виражені ознаки легеневого запалення.

Основними особливостями перебігу пневмонії в ослаблених і літніх хворих є:

- відсутність лихоманки;
- переважання позалегенових симптомів у ЦНС і серцево-судинній системі;
- відсутність змін у периферичній крові;
- відсутність типових рентгенологічних змін.

Враховуючи те, що терапевти поліклінічної ланки та сімейні лікарі частіше стикаються з негоспітальною пневмонією, приділимо їй основну увагу. Негоспітальна пневмонія — гостре захворювання, що виникло в позалікарняних умовах і супроводжується симптомами інфекції нижніх дихальних шляхів (лихоманка, кашель, виділення мокротиння, біль у грудях, задишка) і рентгенологічними ознаками нових вогнищево-інфільтративних змін у легенях за відсутності очевидної діагностичної альтернативи. Діагноз негоспітальної пневмонії встановлюється за наявності у хворого рентгенологічно підтвердженої вогнищевої інфільтрації й не менше ніж 2 клінічних ознак із перерахованих нижче:

- гострий початок захворювання з температурою тіла вище ніж  $38^{\circ}\text{C}$ ;
- кашель із виділенням мокротиння;
- фізикальні ознаки (притуплення перкуторного звуку, ослаблене або жорстке бронхіальне дихання, хрипи або крепітація);
- лейкоцитоз більше ніж  $10 \times 10^9/\text{л}$  та/або паличкоядерний зсув більше ніж 10%.

За неможливості проведення рентгенологічного дослідження діагноз негоспітальної пневмонії є неточним і підтверджується рентгенологічно лише в 22% випадків.

У хворих із респіраторною вірусною інфекцією на можливу негоспітальну пневмонію можуть вказувати: збільшення ЧСС більше ніж 100 уд./хв, лихоманка  $> 38^{\circ}\text{C}$ , задишка більше ніж 24 дихальних рухів/хв, при аускультатії — крепітація або вологі хрипи над обмеженою ділянкою легеневого поля. У таких випадках рекомендується термінове рентгенологічне дослідження органів грудної клітки.

Пневмонії є інфекційними захворюваннями, тому етіотропна терапія повинна базуватися на знанні збудника, його чутливості до різних груп антибіотиків, даних про антибіотикорезистентність.

Однак досвід свідчить, що такі рекомендації просто давати, але надзвичайно складно втілювати в практику. Для встановлення збудника проводять бактеріологічне дослідження мокротиння. При цьому враховуються як якісний склад мікрофлори, так і її кількість. Діагностично значущими є концентрації більше ніж 1 млн мікробних тіл в 1 мл мокротиння. Вірогідність мікробіологічного дослідження збільшується, якщо терміни від відділення мокротиння до його посіву на середовище не перевищують двох годин і попередньо прополоскана порожнина рота, що зменшує контамінацію мокротиння флорою верхніх дихальних шляхів. У людей, які не можуть повноцінно прополоскати рот (літні з проблемними зубами, ослаблені хворі), можна отримати зростання мікрофлори з порожнини рота, яка не має відношення до розвитку пневмонії. І звичайно ж, результати бактеріологічного дослідження можуть бути спотворені попередньою антибактеріальною терапією. Мікроскопію мазка мокротиння, пофарбованого за Грамом, слід застосовувати до початку антибактеріальної терапії. У мазку мокротиння можна диференціювати пневмококи, стрептококи, стафілококи, гемофільну паличку й визначити переважання в мокротинні грампозитивної або грамотрикативної флори.

Реальні клінічні ситуації, коли пацієнт починає самостійно приймати антибіотики при підвищенні температури й появи кашлю, зустрічаються не так уже й рідко. Дані посівів у таких випадках викликають великі сумніви, орієнтуватися на них недоцільно. Найвірогіднішими є дані посівів мокротиння, взяті до початку антибіотикотерапії. Однак навіть правильно зробивши дослідження, ми не зможемо скористатися його результатами в той же день. Результати бактеріологічного дослідження стають відомими не раніше ніж на 3-4-й день, а перша доза антибіотиків повинна бути введена в перші 4 години. Особливо це стосується хворих із важким перебігом, затримка лікування для яких загрожує істотним збільшенням ризику смерті. Тому вибір антибіотика першого ряду здійснюється емпірично. Надалі ж визначення чутливості мікроорганізмів до антибіотиків дозволяє виявити резистентні штами, а отримана антибіотикограма дає напрямок для корекції вже призначеної антибіотикотерапії. Слід пам'ятати й те, що навіть при використанні всіх бактеріологічних методів встановити етіологію пневмонії вдається лише в половини хворих, причому нерідко це відбувається ретроспективно, а не на ранніх стадіях хвороби (Нонік В.Є., 1998).

Таким чином, спектр складнощів, які виникають у лікаря-терапевта на поліклінічному етапі при підборі антибіотикотерапії пацієнту з негоспітальною пневмонією, є надзвичайно великим. Тому спробуємо з'ясувати клінічні особливості пневмоній, що викликані різними збудниками.

Збудниками пневмонії можуть бути:

- *Streptococcus pneumoniae* — пневмокок;
- *Haemophilus influenzae* — гемофільна паличка;
- *Moraxella catarrhalis* — мораксела;
- *Mycoplasma pneumoniae* — мікоплазма;
- *Legionella pneumophila* — легіонела;
- *Clamidia pneumoniae et psittaci* — хламідія;
- *Staphylococcus aureus* — стафілокок;
- *Klebsiella pneumonia* — клебсієла;
- *Pseudomonas aeruginosa* — псевдомонас (можливо при імунодефіцитних станах);
- *Enterobacteriaceae* — ентеробактерії (ешерихії — при пневмоніях із важким перебігом).

Найчастішими бактеріальними збудниками позалікарняних пневмоній є пневмококи (45%), гемофільні палички (15%), грамотрикативні бактерії (мораксели і клебсієли) (10%). Атипична мікрофлора (мікоплазми, хламідії, легіонели) є збудником пневмоній у 15% випадків. У 15% хворих збудник залишається невизначеним. У молодих осіб пневмонії частіше викликаються моноінфекцією, а в осіб старших за 60 років — асоціаціями збудників, 3/4 з яких представлені поєднаннями грампозитивної й грамотрикативної флори. Частота мікоплазмових і хламідійних пневмоній значно варіює (4-20%) залежно від епідеміологічної ситуації. До мікоплазмової та хламідійної інфекції більше схильні молоді люди (Нонік В.Є., 1998). Для людей літнього віку ці збудники не є характерними. Тому, підбираючи емпіричну терапію літнім людям, потрібно орієнтуватися на антибіотики, які є ефективними при пневмококової інфекції та гемофільній паличці.

Внутрішньолікарняні пневмонії, що розвинулися через дві і більше діб після надходження пацієнта до стаціонару, як правило, викликаються грамотрикативними паличками й стафілококами, нерідко резистентними до антибіотиків. Аспіраційні пневмонії, що ускладнюють інсульти, епілепсію, алкоголізм, зазвичай викликані грамотрикативною флорою та/або анаеробами. Пневмонії в людей з імунодефіцитними станами викликані різними грампозитивними та грамотрикативними мікроорганізмами (у тому числі й умовно-патогенною флорою), грибами, мікоплазмою. Для хворих на ВІЛ-інфекцію характерними є пневмоцистні пневмонії й мікобактеріози.

Пневмококові пневмонії найчастіше зустрічаються взимку та ранньою весною, причому захворюваність збільшується під час епідемій грипу. Ризик пневмококової пневмонії вищий в осіб, які мають різні обтяжливі чинники (цироз печінки, цукровий діабет, ниркова недостатність, хвороби крові). На тлі попередніх ознак гострої респіраторної вірусної інфекції різко виникає лихоманка, озноб, посилюється або з'являється кашель. Кашель — спочатку непродуктивний, проте незабаром з'являється бідне мокротиння типового



«іржавого» або зеленуватого кольору, а іноді — з домішками крові. Хворі можуть відзначати різкий «плевральний» біль. Дані фізикального дослідження: вкорочення перкуторного звуку над зоною пневмонії, бронхіальне дихання, крепітація, посилення бронхофонії. Найчастіше виявляються ослаблене дихання й локальні вологі хрипи, може вислуховуватися шум тертя плеври. Можливий розвиток ексудативного плевриту (майже у 30% хворих). Рентгенологічна картина: пневмонія не має сегментарних обмежень, відзначається часткова або міжчасткова інфільтрація легеневої паренхіми. Найчастіше вражаються верхні частки. У периферичній крові виявляється лейкоцитоз зі зсувом ліворуч. Ускладненням пневмонії може бути не тільки ексудативний плеврит, але й погіршення гемодинаміки (ціаноз, задишка, прогресування серцевої недостатності) у літніх хворих з ішемічною хворобою серця та в людей, що страждають на алкоголізм.

Стафілококова пневмонія також (як і пневмококова) часто ускладнює вірусні інфекції. Негоспітальна пневмонія, викликана стафілококом, може перебігати безсимптомно, але є небезпечною з утворенням абсцесів. Початок хвороби, як правило, гострий із високою лихоманкою, ознобами, задишкою, плевральним болем. Відзначається кашель із гнійним мокротинням, може бути кровохаркання. Фізикальні дані: вкорочення перкуторного звуку над зоною пневмонії, бронхіальне або ослаблене дихання, ділянки вологих і сухих хрипів та ознаки плевального випоту. Ексудат може бути серозним, серозно-геморагічним або гнійним. Важкий перебіг відзначається у хворих, що страждають на важкі соматичні захворювання або отримують імуносупресивну терапію (кортикостероїди, цитостатики). Тому групою ризику з розвитку важкої стафілококової пневмонії можуть бути хворі із захворюваннями крові, онкохворі, хворі з колагенозами. Тривале перебування в лікарні або будинку для літніх людей збільшує ризик стафілококової інфекції. Характерним для стафілококової пневмонії є її розвиток за типом багаточисельної вогнищевої пневмонії з утворенням перибронхіальних абсцесів. Рентгенологічна картина: багаточисельні інфільтративні зміни, округлі тіні або (при абсцедуванні) порожнини абсцесів. У периферичній крові — лейкоцитоз із зсувом формули ліворуч. Частіше стафілококами викликана госпітальна (нозокоміальна) пневмонія, яка має схильність до септичного перебігу (у 40% хворих). Госпітальні штами стафілокока зазвичай є антибіотикорезистентними, що ускладнює лікування і збільшує ризик сепсису.

Мікоплазмові пневмонії частіше розвиваються в молодих осіб. Їх відносять до числа атипичних. Мікоплазменну інфекцію можуть переносити домашні тварини, тому можливі сімейні осередки

цієї пневмонії. Розвитку пневмонії передують продромальний період із респіраторними симптомами, загальним нездужанням. Потім з'являється лихоманка, температура підвищується до субфебрильних цифр. Кашель — непродуктивний, хоча іноді може виділятися незначна кількість слизового мокротиння. Характерними є позалегеневі симптоми: міалгії (зазвичай болі в м'язах спини й стегон), рясне потовиділення, сильна слабкість. До мікоплазменної пневмонії відносять нехарактерні типові фізикальні дані, що спостерігаються при пневмоніях, викликаних іншими збудниками: плевральні болі, крепітація, укорочення перкуторного звуку над зоною запалення, бронхіальне дихання. Озноб, задишка також нехарактерні. При аускультативній вислуховуються сухі або локальні вологі хрипи. Рентгенологічна картина: посилення легеневого малюнка. Інфільтративні зміни і плевральний випіт виявляються рідко. У периферичній крові — невеликий лейкоцитоз або лейкопенія при нормальній лейкоцитарній формулі, може бути помірна анемія. Таким чином, мікоплазменна пневмонія є прикладом клініко-лабораторної та клініко-інструментальної дисоціації: лихоманка супроводжується нормальною лейкоцитарною формулою та слизовою мокротинням; проливні поти і сильна слабкість відзначаються за нормальної температури тіла, явища загальної інтоксикації (міалгії, слабкість) розвиваються на тлі незначних рентгенологічних змін. Клініка свідчить про те, що мікоплазменні пневмонії можуть проходити під маскою респіраторної вірусної інфекції, інтоксикації, а хворі можуть не отримувати своєчасного лікування.

У літніх людей досить частими бувають пневмонії, що викликані гемофільною паличкою. Цей вид пневмонії частіше розвивається на тлі хронічного бронхіту в малорухомих через соматичні патології людей (інфаркт, перелом шийки стегна, серцева недостатність). Пневмонії розвиваються поступово й перебігають малосимптомно. Клінічні ознаки спочатку можуть бути розцінені як застійні явища в легенях. Перебіг хвороби зазвичай є характерним для бактеріальних пневмоній і може ускладнюватися абсцедуванням. Фізикальні дані: вкорочення перкуторного звуку над зоною пневмонії, бронхіальне дихання, крепітація, посилення бронхофонії, ослаблене дихання й локальні вологі хрипи, шум тертя плеври. Рентгенологічно інфільтрація обмежена сегментами, рідше — частками. Порожнини абсцесів виявляються не часто. У периферичній крові — лейкоцитоз із зсувом формули ліворуч.

Пневмонія, що викликана клебсієлою, розвивається переважно в чоловіків старших за 60 років, і особливо часто — у людей, що страждають на алкоголізм. Чинниками є хронічні неспецифічні захворювання легень і цукровий діабет. Початок захворювання — гострий. Відзначається загальмованість,

прострації, з'являється лихоманка та болі під час дихання, задишка, ціаноз. Кашель супроводжується виділенням желеподібного й гнійного мокротиння, іноді — з домішками крові. Частіше — пневмонія правобічна. Фізикальні дані: вкорочення перкуторного звуку, бронхіальне дихання, посилення шепітної мови, локальні вологі хрипи. Для цього типу пневмоній характерним є розвиток поширеного некрозу з утворенням крупного абсцесу легені. Рентгенологічні дані: часткова або вогнищева інфільтрація легеневої паренхіми й при абсцедуванні порожнини — великих абсцесів. У периферичній крові — лейкоцитоз, нейтрофілоз, зсув ліворуч.

Хламідійні пневмонії відносять до атипових. Частіше на них хворіють люди молодого та середнього віку. Захворюванню передують респіраторний синдром, сухий кашель, фарингіт і загальне нездужання. У частини хворих клінічно та рентгенологічно виявляють синусити. Поява ознобу та лихоманки свідчить про розвиток пневмонії. Кашель із сухого стає продуктивним із відділенням гнійного мокротиння. Фізикальні дані: в ранні терміни — крепітація, потім з'являються локальні вологі хрипи. При часткових пневмоніях — вкорочення перкуторного звуку, бронхіальне дихання, посилення бронхофонії. При приєднанні плевриту характерними є плевральні болі, шум тертя плеври. Рентгенологічна картина: інфільтративні зміни обсягом від сегмента до частки. Інфільтрація може мати перибронхіальний характер. У периферичній крові — лейкоцитоз і нейтрофілоз, іноді лейкоцитарна формула не змінена.

Легіонельозні пневмонії також відносяться до атипових і відзначаються в усіх вікових групах. Позалікарняні епідемічні спалахи легіонельозу відзначаються восени, а внутрішньолікарняні частіше розвиваються в осіб, які отримують кортикостероїди та цитостатики. Крім того, зараження легіонельозом пов'язане з кондиціонерами, відсутністю їх адекватного очищення. Інкубаційний період — від 2 до 10 днів. Захворювання починається зі слабкості, сонливості, лихоманки. На початку хвороби в більшості хворих кашель сухий, у третини з них відзначаються плевральні болі. У наступні дні виділяється гнійне мокротиння, іноді буває кровохаркання. Фізикальні дані: бронхіальне дихання, крепітація, посилена бронхофонія, локальні вологі хрипи. При часткових ураженнях і плевральному випоті — вкорочення перкуторного звуку. Поряд із легеневидами проявами характерними є й такі ознаки: відносна брадикардія, іноді — артеріальна гіпотонія, абдомінальний дискомфорт, проноси, головний біль, сонливість. Рентгенологічні дані: на початку захворювання відмічаються локальні інфільтрати, які прогресують і консолідуються. У третини хворих виявляється плевральний випіт. Можливе утворення абсцесів легені. У периферичній крові — лейкоцитоз із нейтрофілії зсувом.

Зрозуміло й те, що описані клінічні особливості є характерними для пневмоній, викликаних монокультурою різних збудників. А при пневмоніях, обумовлених мікробними асоціаціями, або таких, що перебігають на тлі важких супутніх захворювань, клінічні прояви можуть бути стерними або переключеними.

Враховуючи складності бактеріологічної діагностики збудника пневмонії та схожість клінічної картини при деяких збудниках, доцільно виділити певні клінічні групи хворих із негоспітальною пневмонією. Віднесення хворого до тієї чи іншої клінічної групи дозволить припустити з великою часткою ймовірності той чи інший збудник і, відповідно, призначити емпіричну терапію. Можна виділити такі групи хворих із негоспітальною пневмонією:

**Група 1.** До неї належать хворі з негоспітальною пневмонією нетяжкого перебігу, які не потребують госпіталізації, без супутньої патології та обтяжливих і модифікуючих чинників. Найімовірнішими збудниками є пневмокок, мікоплазма, гемофільна паличка (у курців) і респіраторні віруси. Бактеріологічне дослідження — недоцільне, оскільки приблизно в половини пацієнтів збудник виявити не вдається. Дані про групову захворюваність молодих людей в організованих колективах (школи-інтернати, казарми, військові училища, гуртожитки) можуть свідчити про пневмокок або мікоплазму.

**Група 2.** До неї належать хворі на негоспітальною пневмонією з нетяжким перебігом, які не потребують госпіталізації, але за наявності супутньої патології (ХОЗЛ, серцева та ниркова недостатність, цереброваскулярні захворювання, онкопатологія, цукровий діабет, цироз печінки, гепатит, алкоголізм, психічні розлади) або ж інших модифікуючих чинників (несприятлива соціальна ситуація) можуть бути госпіталізовані. Найімовірнішими збудниками пневмонії у цих хворих є пневмококи (у тому числі антибіотикорезистентні штами), гемофільна паличка, стафілокок, мораксела. Можливі також і грамнегативні збудники — ешерихія й клебсієла (особливо в літніх людей). Бактеріологічна діагностика малоінформативна та практично не впливає на вибір антибактеріального препарату. Хворі групи 2 лікуються в амбулаторних умовах, але у 20% може з'явитися потреба в госпіталізації (неефективність амбулаторного лікування, загострення або декомпенсація супутніх захворювань).

**Група 3.** До цієї групи належать хворі з нетяжким перебігом негоспітальною пневмонії, які потребують госпіталізації в терапевтичне відділення за медичними показаннями (наявність несприятливих прогностичних чинників). Найімовірнішими збудниками є пневмококи, гемофільна паличка, атипові збудники (мікоплазма, хламідія), ешерихія і клебсієла. У 10-40% хворих виявляється «змішана» інфекція типовими й атиповими збудниками.

**Група 4.** До неї належать хворі з важким перебігом негоспітальної пневмонії, які потребують госпіталізації у відділення інтенсивної терапії. Спектр мікробної флори різноманітний: пневмококи, легіонела, гемофільна паличка, грамнегативні ентеробактерії (ешерихія і клебсієла), стафілокок і мораксела (рідко). За наявності модифікуючих чинників збудником може бути псевдомонас.

Госпіталізувати необхідно хворих похилого та старечого віку, осіб з імунодепресивними станами, із важкими соматичними захворюваннями, людей, що страждають на алкоголізм, виснажених осіб, а також тих, у кого соціально-побутова ситуація не дозволяє проводити адекватне лікування.

Діагноз пневмонії — це пряме показання для призначення антибіотиків. Не можна зволікати з вибором антибактеріального препарату. Лікування повинно бути призначено відразу ж після встановлення діагнозу пневмонії. Особливо небезпечним є зволікання для хворих із важким перебігом пневмонії (підлягають негайній госпіталізації). Затримка введення першої дози антибіотика на 4 години й більше у таких хворих призводить до істотного збільшення ризику смерті. Найчастіше хворі на пневмонію гинуть у 1-5-у добу захворювання. За літературними даними, найвища летальність при позалікарняних пневмоніях спостерігалася серед хворих, в яких як збудник були виділені *P. aeruginosa* (61,1%), *Klebsiella* (35,7%), *S. aureus* (31,8%), *L. pneumophila* (14,7%). В іншому дослідженні показано, що найчастішим збудником пневмоній, які вимагали госпіталізації хворих, а отже, характеризувалися важким перебігом, були *S. pneumoniae* і *L. pneumophila*. Необхідність призначати антибактеріальну терапію в якомога раніші терміни майже виключає можливість скористатися результатами бактеріологічного дослідження (дочекатися його результатів) для вибору антибіотика. Тому стартова антибіотикотерапія при пневмоніях повинна бути емпіричною. Однак нераціональний вибір антибіотика не тільки не призведе до очікуваного клінічного ефекту, але й сприятиме розвитку антибіотикорезистентності збудника. За даними ВООЗ, до 70% антибіотиків використовується нераціонально, що є однією з головних причин антибіотикорезистентності мікроорганізмів (Юдіна Л.В., 2009). Призначуваний антибіотик повинен перекривати всі можливі етіологічно значущі збудники.

Препарати, які відповідають критеріям вибору антибіотика для лікування пневмонії, — захищені амінопеніциліни, сучасні макроліди, респіраторні фторхінолони, цефалоспорини II-III покоління.

Підходи до вибору антибактеріального препарату дещо відрізняються у хворих різних клінічних груп.

**Група 1.** Найбільш частими збудниками пневмонії в цій групі є пневмококи, мікоплазми, хламідії і гемофільні палички. У 30-50% хворих

збудник ідентифікувати не вдається. Хворим цієї групи призначається монотерапія пероральним антибактеріальним препаратом. Препаратами вибору є амоксицилін або макролід (азитроміцин, кларитроміцин, мідекаміцин, спіраміцин, джозаміцин):

- амоксицилін всередину по 0,5-1 г 3 рази на добу;
- азитроміцин всередину 0,5 г 1 раз на добу в перший день приймання, потім — 0,25 г 1 раз на добу;
- кларитроміцин всередину по 0,5 г 2 рази на добу;
- спіраміцин всередину по 3 млн МО 2 рази на добу;
- джозаміцин всередину по 1,0 г 2 рази на добу.

Альтернативними препаратами є респіраторні фторхінолони третього-четвертого покоління (левофлоксацин, моксифлоксацин, геміфлоксацин):

- левофлоксацин всередину 0,5 г 1 раз на добу;
- моксифлоксацин всередину 0,4 г 1 раз на добу;
- геміфлоксацин всередину 0,32 г 1 раз на добу.

У разі, якщо призначений як стартова терапія амоксицилін виявився неефективним (відсутність ефекту через 48-72 години лікування), як препарат другого ряду слід призначити макролід (азитроміцин, спіраміцин, кларитроміцин, джозаміцин) або доксициклін (всередину по 0,2 г на добу за 1 або 2 прийоми). Причиною неефективності амоксициліну можуть бути атипові збудники, що мають високу чутливість до макролідів або доксицикліну.

У разі, коли як стартова терапія призначений макролід, який виявився неефективним, препаратами другого ряду можуть бути амоксицилін або фторхінолон третього-четвертого покоління (левофлоксацин, моксифлоксацин, геміфлоксацин). Причина неефективності макролідів — резистентні пневмококи або грамнегативні збудники.

**Група 2.** Найімовірнішими збудниками захворювання у цих пацієнтів є пневмококи (у тому числі антибіотикорезистентні штами), гемофільна паличка, стафілокок, мораксела. У людей похилого віку можливий вплив ентеробактерій (ешерихій і клебсієл). Хворі цієї групи лікуються амбулаторно. Але у 20% випадків може виникнути потреба в госпіталізації за неефективності амбулаторного лікування або при загостренні супутніх захворювань. Зазвичай цим пацієнтам призначають пероральну антибіотикотерапію. Препаратами вибору є захищений амінопеніцилін (амоксицилін/клавуланова кислота) або цефалоспорин другого покоління (цефуросиму аксетил):

- амоксицилін/клавуланат всередину 0,625 г 3 рази на добу або 1-2 рази на добу;
- амоксицилін/сульбактам всередину 0,25-0,5 г 3 рази на добу;
- цефуросим аксетил всередину 0,25-0,5 г 2 рази на добу під час їжі.

Альтернативними препаратами є фторхінолони третього-четвертого покоління (див. попередню групу).

Іноді хворі не можуть приймати препарати всередину, або ж відзначається дуже слабка прихильність до лікування, або хворий наполягає на парентеральному введенні антибіотиків, оскільки вважає його більш ефективним. У такому випадку слід призначити парентеральний цефалоспорин третього покоління — цефтриаксон внутрішньом'язово 1-2 г 1 раз на добу. За неефективності захищеного амоксициліну протягом 48-72 годин до нього можна додати макролід або замінити його на респіраторний фторхінолон третього-четвертого покоління.

При пневмонії на тлі ХОЗЛ найбільш типовим збудником є *H. influenzae*, причому часто виділяються штами, що продукують β-лактамазу, у зв'язку з чим адекватним первісним антибіотиком можуть бути захищені пеніциліни (Дворецький Л.І., 2009; Нонік В.Є., 2009).

Хворі першої та другої групи, які були госпіталізовані за соціальними показниками, отримують пероральну антибіотикотерапію або цефтриаксон внутрішньом'язово. Перебування в стаціонарі не є показанням до парентеральної терапії. Показанням до неї є тяжкість стану хворого, неефективність пероральних препаратів, слабка прихильність хворого до лікування.

**Група 3.** Ймовірні збудники пневмонії у хворих цієї групи — пневмококи, гемофільна паличка, атипичні збудники (мікоплазми, хламідії, легіонели), грамнегативні ентеробактерії (ешерихії, клебсієли). У 10-40% виявляється змішана інфекція (поєднання типових і атипичних збудників). У цих хворих передбачається більш важкий перебіг пневмонії, тому терапію починають із парентерального введення антибіотиків. Хворі групи 3 отримують комбіновану парентеральну антибіотикотерапію звичайними (амоксицилін) або (частіше) захищеними амінопеніцилінами (амоксицилін/клавуланат, амоксицилін/сульбактам) або цефалоспоринами другого-третього покоління (цефуроксим, цефотаксим, цефтриаксон) у поєднанні з макролідом. Макролід приймається перорально.

Парентеральна терапія пневмонії у хворих групи 3:

- ампіцилін внутрішньом'язово або внутрішньовенно 1-2 г 4 рази на добу;
- бензилпеніцилін внутрішньом'язово або внутрішньовенно 2 млн ОД 4-6 разів на добу;
- амоксицилін/клавуланат внутрішньовенно 1,2 г 3 рази на добу;
- цефтриаксон внутрішньом'язово або внутрішньовенно 1-2 г 1 раз на добу;
- цефотаксим внутрішньом'язово або внутрішньовенно 1-2 г 3 рази на добу;

- цефуроксим внутрішньом'язово або внутрішньовенно 0,75-1,5 г 3 рази на добу.

Парентеральне введення амінопеніцилінів і цефалоспоринів супроводжується пероральним прийманням макролідів:

- азитроміцин всередину 0,5 г 1 раз на добу в перший день приймання, потім — 0,25 г 1 раз на добу;
- кларитроміцин всередину по 0,5 г 2 рази на добу;
- спіраміцин всередину по 3 млн МО 2 рази на добу;
- джозаміцин всередину по 1,0 г 2 рази на добу.

Через 3-4 дні парентеральної терапії при досягненні позитивного клінічного ефекту (нормалізація температури тіла, зменшення явищ інтоксикації) можна перейти до перорального приймання тих же антибіотиків до повного завершення курсу терапії. Критеріями для переходу з парентерального на оральний шлях введення антибіотиків слід вважати нормальні показники температури тіла протягом дворазового вимірювання за останні 16 год, нормальну кількість лейкоцитів або тенденцію до нормалізації, суб'єктивне поліпшення (зменшення кашлю, задишки), відсутність ознак порушення всмоктування. Оптимальними термінами переходу з парентеральної на оральну терапію є 48-72 годин. Зазвичай переходять на оральну форму того ж антибіотика, проте можливе призначення близького до парентерального антибіотика (за відсутності пероральної лікарської форми препарату). Для забезпечення високої прихильності до лікування слід віддавати перевагу антибіотикам із високою біодоступністю і зручним режимом дозування (1-2 рази на добу). Таким вимогам можуть відповідати сучасні макроліди (азитроміцин, кларитроміцин, спіраміцин, джозаміцин), респіраторні фторхінолони (моксифлоксацин, левофлоксацин).

Альтернативними препаратами є фторхінолони третього-четвертого покоління для парентерального введення як монотерапії:

- левофлоксацин внутрішньовенно 0,5 г 1 раз на добу;
- моксифлоксацин внутрішньовенно 0,4 г 1 раз на добу.

Ще одними альтернативними препаратами можна вважати карбапенеми:

- іміпенем внутрішньом'язово 0,5-0,75 г 2 рази на добу або внутрішньовенно крапельно 0,5-1 г 3-4 рази на добу (при важких формах пневмонії);
- меропенем внутрішньовенно 0,5-1 г 3 рази на добу;
- ертапенем внутрішньовенно крапельно або внутрішньом'язово 1 г 1 раз на добу.

Необхідність в альтернативних препаратах виникає у зв'язку із синтезом бета-лактамаз грамнегативними ентеробактеріями.

**Група 4.** Збудники захворювання у цієї групи — пневмокок, легіонела, гемофільна паличка, грам-



негативні ентеробактерії, стафілокок. За наявності модифікуючих чинників збудником може бути псевдомонас. При виборі початкового антибіотика для лікування пневмонії важкого перебігу слід орієнтуватися на найбільш часті збудники пневмонії важкого перебігу. Якщо при позалікарняних пневмоніях легкого перебігу можна обмежитися призначенням амінопеніцилінів (у тому числі й захищених) або макролідів (klarитроміцин, спіраміцин, джозаміцин, еритроміцин), то при важкому перебігу виправдана комбінована антимікробна терапія. Причому терапія повинна призначатися невідкладно, оскільки затримка з призначенням антибіотика навіть на 4 години загрожує збільшенням ризику смерті таких хворих.

Якщо у хворого групи 4 немає чинників ризику інфікування псевдомонасом, рекомендується таке лікування: внутрішньовенне введення захищеного амінопеніциліну або цефалоспоринолу третього покоління (цефотаксим, цефтриаксон) у поєднанні з парентеральним макролідом:

- амоксицилін/клавуланат внутрішньовенно 1,2 г 3 рази на добу;
- цефтриаксон 1-2 г 1 раз на добу;
- цефотаксим 1-2 г 3 рази на добу;
- цефепім 1-2 г 2 рази на добу.

Зазначена терапія посилюється введенням одного з препаратів:

- азитроміцин внутрішньовенно 0,5 г 1 раз на добу;
- klarитроміцин внутрішньовенно по 0,5 г 2 рази на добу;
- спіраміцин внутрішньовенно 1,5 млн МО 3 рази на добу;
- еритроміцин 0,5 г 4 рази на добу.

Як альтернативна терапія використовуються респіраторні фторхінолони третього-четвертого покоління в поєднанні з бета-лактамами антибіотиками (захищені амінопеніциліни, цефалоспоринолу — див. вище):

- левофлоксацин внутрішньовенно 0,5 г 1 раз на добу;
- моксифлоксацин внутрішньовенно 0,4 г 1 раз на добу.

Клінічні рекомендації з лікування важких пневмоній включають цефалоспоринолу третього покоління (цефотаксим, цефтриаксон) у поєднанні з введенням макролідів (еритроміцин, азитроміцин, klarитроміцин, джозаміцин, спіраміцин). Інший режим антибактеріальної терапії тяжких пневмоній полягає в призначенні захищених пеніцилінів (амоксицилін/клавуланова кислота) в поєднанні з макролідами. Доцільність комбінації бета-лактамих антибіотиків із макролідами при лікуванні важких пневмоній обумовлена ймовірністю легіонельозної пневмонії і труднощами її етіологічної верифікації. Летальність при позалікарняних пневмоніях, особливо серед хворих по-

хилого віку, нижча при призначенні комбінованої терапії цефалоспоринолу другого-третього покоління в поєднанні з макролідами порівняно з монотерапією цефалоспоринолу третього покоління (Нонік В.Є., 2009; Дворецький Л.І., 2009). Фторхінолони третього-четвертого покоління мають високу активність проти основних збудників пневмонії — грам-позитивних, грам-негативних і атипичних мікроорганізмів. Такий спектр активності ставить їх практично на один щабель із бета-лактамами антибіотиками в поєднанні з макролідами. Резистентність пневмокока до моксифлоксацину в більшості регіонів світу не перевищує 0,1%, і в найближчі роки зростання резистентності пневмокока до цього препарату не очікується (Юдіна Л.В., 2010).

Особливо ефективним є поєднання респіраторних фторхінолонів із бета-лактамами. Важливість комбінованої терапії при тяжкому перебігу пневмонії показана в численних клінічних дослідженнях і відображена в рекомендаціях. Дані досліджень свідчать про те, що призначення хворим комбінації бета-лактамів і макролідів покращує прогноз захворювання, знижує летальність і скорочує терміни перебування хворих у стаціонарі порівняно з монотерапією бета-лактамами.

При підозрі на інфікування псевдомонасом призначають внутрішньовенно антипсевдомонадні цефалоспоринолу третього-четвертого покоління:

- цефепім 1-2 г 2 рази на добу;
- цефтазидим 1-2 г 3 рази на добу;
- цефоперазон 4-16 г на добу за 2-4 введення;
- аміноглікозид (амікацин 3-5 мг/кг/добу в 1-2 введення);
- левофлоксацин (0,25-0,5 г 1 раз на добу) або ципрофлоксацин (крапельно 0,4-0,8 г 2 рази на добу).

Оцінка ефективності препаратів першого ряду проводиться обов'язково через 48 годин від початку лікування (повторний огляд або телефонний контакт). За відсутності очікуваної ефективності переходять до препаратів другого ряду або альтернативної терапії.

Критерії ефективності терапії позалікарняної пневмонії: зменшення явищ інтоксикації, зниження температури тіла, відсутність ознак дихальної недостатності.

За відсутності вищезазначених ознак на початку захворювання орієнтуємося на зменшення кількості лейкоцитів у крові та зменшення ШОЕ. Якщо терапія визнана неефективною в амбулаторного хворого (групи 1-2), слід повторно вирішувати питання про доцільність госпіталізації.

Лікування пневмонії у людей літнього віку не має яких-небудь суттєвих особливостей порівняно із більш молодими хворими. Слід враховувати, що атипова флора дуже рідко може викликати пневмонію у літніх людей. Тому акцент робиться

на препаратах, ефективних при пневмококової інфекції, інфекції, викликаній гемофільною паличкою і грамнегативною флорою.

Амоксицилін можна застосовувати при нетяжкому перебігу пневмонії в амбулаторній практиці і у літніх людей без супутньої патології. Такі хворі нечасто зустрічаються в практиці сімейного лікаря, тому частіше для лікування пневмоній застосовується захищений амоксицилін.

Амоксицилін/клавуланат проявляє високу активність відносно більшості збудників пневмонії у літніх людей, включаючи анаероби. Наявність парентеральної форми дозволяє використовувати препарат у госпіталізованих хворих при тяжкому перебігу пневмонії. Таким хворим рекомендується ступінчаста терапія, тобто послідовна заміна парентеральної форми на пероральну при отриманні початкового клінічного ефекту для завершення повного курсу лікування.

Цефуроксим і цефуроксим аксетил — цефалоспорины II покоління. Спектр дії близький до амоксицилін/клавуланату, за винятком анаеробних мікроорганізмів. Штами пневмокока, стійкі до пеніциліну, також можуть бути стійкі до цефуроксиму. Поряд з амоксицилін/клавуланатом препарати розглядаються як засоби першого ряду при лікуванні пневмонії у літніх пацієнтів — цефуроксим аксетил в амбулаторній практиці, цефуроксим у госпіталізованих хворих.

Цефотаксим і цефтриаксон — цефалоспорины III покоління. Мають високу активність відносно більшості грамнегативних бактерій і пневмококів, включаючи штами, резистентні до пеніциліну. Є препаратами вибору при лікуванні важких пневмоній у літніх пацієнтів. Цефтриаксон є зручним препаратом для парентерального лікування літніх хворих із пневмонією на дому через можливість введення 1 раз на добу.

Слід звернути увагу, що у хворих похилого віку значення макролідів обмежено через особливос-

ті спектра збудників (практична відсутність атипичних збудників). Макроліди у літніх пацієнтів слід призначати при важкій пневмонії в поєднанні з цефалоспоринами III покоління.

Респіраторні фторхінолони використовуються у літніх людей як альтернативна терапія, як і в більш молодому віці.

Тривалість терапії негоспітальної пневмонії:

1. При пневмоніях із нетяжким перебігом антибактеріальна терапія може бути завершена на 3-5-й день після нормалізації температури. У таких випадках тривалість лікування складає 7-10 днів.
2. Якщо клінічні або епідеміологічні дані свідчать про «атипову» пневмонію (мікоплазменну або хламідійну), антибактеріальна терапія повинна тривати 10-14 днів.
3. При пневмоніях стафілококової етіології або викликаних грамнегативними ентеробактеріями (ешерихіями і клебсієлами) тривалість антибактеріальної терапії збільшується до 14-21 днів.
4. У літніх людей при важкому перебігу захворювання на тлі супутньої патології тривалість антибіотикотерапії може бути подовжена до 21 дня.
5. При легіонельозній пневмонії тривалість лікування складає 21 день.

Критеріями ефективності антибактеріальної терапії пневмонії є нормалізація температури тіла на 2-4-й день, усунення респіраторної крепітації (або вологих хрипів) впродовж першого тижня, позитивна рентгенологічна динаміка (впродовж 4 тижнів), покращення загального стану хворого, зменшення задишки, контроль симптомів серцевої недостатності стандартною терапією. Враховуючи нечітку клінічну картину пневмонії у літніх людей, критерії її усунення також є не досить чіткими. Тому оцінка якості лікування пневмонії у літньої людини вимагає від лікаря значної уваги і динамічного спостереження за хворим.

### Список використаної літератури

1. Дворецкий Л.И., Лазебник Л.Б., Яковлев С.В. Диагностика и лечение бактериальных инфекций у пожилых. — М.: Универсум Паблшинг, 1997. — 54 с.
2. Яковлев С.В. Лечение инфекций нижних дыхательных путей у больных пожилого возраста // Тер. арх. — 1997. — 12. — С. 57-63.
3. Наказ 128 МОЗ України від 2007 року.
4. Феценко Ю.І., Голубовська О.А., Гончаров К.А., Дзюблик О.Я. і співавт. Негоспітальна пневмонія у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика // Український пульмонологічний журнал. — 2012. — № 4.

Надійшла до редакції 16.03.2016