

ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ВЗРОСЛЫХ:

ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Внебольничная пневмония (ВП) – распространенное и в то же время плохо диагностируемое в амбулаторных условиях заболевание. Решение о госпитализации пациента или лечении его в домашних условиях является наиболее важным клиническим заключением, принимаемым врачом в течение всей болезни. Больные с нетяжелым течением ВП с медицинских позиций лечатся амбулаторно. Оценка тяжести состояния пациента ВП проводится на основании прогностической шкалы Confusion-Respiratory rate-Blood pressure (CRB)-65 и критериев синдрома системной воспалительной реакции (СВР). Больные ВП, имеющие по шкале CRB-65 1 балл и более и/или синдром СВР, госпитализируются в экстренном порядке. В соответствии с национальными рекомендациями по ВП амоксициллин применяется для лечения нетяжелой ВП в качестве монотерапии (1-я группа больных ВП). Амоксициллин стабилен в кислой среде, а прием пищи на абсорбцию препарата не влияет. Амоксициллин связывается с белками плазмы примерно на 20% и легко проникает через гистогематические барьеры. Препарат активен против аэробных респираторных грамположительных *Staphylococcus spp.* (кроме тех штаммов, которые продуцируют пенициллиназу), *Streptococcus pneumoniae* и аэробных респираторных грамотрицательных микроорганизмов (*Haemophilus influenzae*, *Escherichia coli*, некоторых штаммов *Klebsiella*).

Ключевые слова: внебольничная пневмония, амбулаторное лечение, амоксициллин.

I.V. LESCHENKO, MD, Prof., Ural State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Medical Association Novaya Bolnitsa, Yekaterinburg

COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA IN ADULTS: POSSIBILITIES OF TREATMENT IN OUTPATIENT CONDITIONS

Community-acquired pneumonia (CAP) is a common and poorly diagnosed disease in the outpatient setting. The decision on hospitalization of the patient or treating him at home is the most important clinical conclusion made by the doctor in the course of the disease. Patients with non-severe course of CAP with the medical point of view are treated on an outpatient basis. Assessment of the severity of the patient CAP is based on the predictive Confusion-Respiratory rate – Blood pressure (CRB)-65 and criteria of systemic inflammatory response syndrome (SVR). CAP patients with a scale CRB 65 score 1 or more and/or syndrome SVR are hospitalized on an emergency basis. In accordance with the national guidelines for VAP amoxicillin is used to treat uncomplicated CAP as monotherapy (Group 1 included CAP patients). Amoxicillin is stable in an acidic environment and food intake doesn't affect the drug absorption. Amoxicillin binds to plasma proteins by about 20% and easily permeates through histohematic barriers. The drug is active against aerobic gram-positive respiratory *Staphylococcus spp.* (except those strains producing penicillinase), *Streptococcus pneumoniae* and aerobic gram-negative respiratory organisms (*Haemophilus influenzae*, *Escherichia coli*, some strains of *Klebsiella*).

Keywords: community-acquired pneumonia, outpatient treatment, amoxicillin.

Эпидемиологическими исследованиями установлено, что более 25% больных ежедневно обращаются к врачам в связи с заболеваниями дыхательных путей. Около одной трети из них приходится на инфекционные заболевания нижних отделов дыхательных путей.

Внебольничная пневмония (ВП) является одним из наиболее распространенных заболеваний органов дыхания. По данным МЗ РФ, заболеваемость ВП в 2015 г. составила 406,9/100 тыс., по Свердловской области в 2016 г. – 550/100 тыс. населения [1].

Пневмония – распространенное и в то же время плохо диагностируемое в амбулаторных условиях заболевание. Только у одной трети пациентов с пневмонией правильный диагноз устанавливается при обращении к врачу, из них в первые три дня болезни лишь у 35% заболевших. Между тем ранняя диагностика пневмонии и своевременно начатое лечение во многом определяют течение и прогноз заболевания.

Решение о госпитализации пациента или лечении его в домашних условиях является, возможно, наиболее важным клиническим заключением, принимаемым врачом в течение всей болезни. Это решение имеет непосредственное отношение к определению места, оценке лабораторных исследований, выбору антибактериальной терапии и стоимости лечения.

В настоящее время принятый среди российских врачей принцип обязательной госпитализации всех пациентов с пневмонией утратил свое значение.

Немаловажна и экономическая сторона такой переориентации тактики лечения, поскольку хорошо известно, что госпитализация значительно его удорожает. В нынешних условиях преимущества стационара перед поликлиникой часто являются эфемерными. Стационары зачастую не могут предложить условия пребывания лучше домашних, а скученность в палатах, особенно в осенне-зимний период, способствует распространению инфекции, возникновению нозокомиальных пневмоний.

В международных исследованиях показано, что стоимость лечения пневмонии в стационаре в 20 раз дороже, чем стоимость лечения в домашних условиях.

Диагноз пневмонии устанавливается на основании клинических, объективных критериев и данных рентгенологического обследования органов грудной клетки.

Основанием для диагностики пневмонии в амбулаторных условиях являются следующие симптомы или, по крайней мере, два из ниже перечисленных:

- острое начало, повышение температуры тела $\geq 38,0$ °C;
- кашель с мокротой, возможно малопродуктивный;
- физикальные признаки инфильтрации в легочной ткани (крепитация, хрипы, бронхиальное дыхание, притупление при перкуссии).

Диагноз ВП более вероятен при отсутствии симптомов инфекции верхних дыхательных путей.

Диагноз ВП является определенным (категория доказательств А) при наличии у больного рентгенологически подтвержденной очаговой инфильтрации легочной ткани и, по крайней мере, двух клинических признаков из числа следующих:

- а) острая лихорадка в начале заболевания (температура тела $> 38,0$ °C);
- б) кашель с мокротой;
- в) физические признаки пневмонической инфильтрации (фокус крепитации и/или мелкопузырчатые хрипы, жесткое бронхиальное дыхание, укорочение перкуторного звука);
- г) лейкоцитоз $> 10,0 \times 10^9/\text{л}$ и/или палочкоядерный сдвиг ($> 10\%$).

Диагноз ВП неточный/неопределенный (категория доказательств А) при отсутствии или недоступности рентгенологического подтверждения очаговой инфильтрации в легких (рентгенография или крупнокадровая флюорография органов грудной клетки). При этом диагноз заболевания основывается на учете данных эпидемиологического анамнеза, жалоб и соответствующих локальных симптомах.

Предположение о ВП становится маловероятным (категория доказательств А), если у пациента с лихорадкой, жалобами на кашель, одышку, отделение мокроты и/или боли в грудной клетке рентгенологическое исследование оказывается недоступным и отсутствует соответствующая локальная симптоматика. Критерии диагноза ВП отражены в *таблице 1* [2].

Показаниями к определению временной нетрудоспособности больного являются наличие пневмонии или подозрения на пневмонию.

При подозрении у больного пневмонии врачом определяются:

- показания для госпитализации,
- решается вопрос о назначении антибактериальной терапии. Обращается внимание, что проведение дополнительных методов диагностики (лучевых и/или лабораторных) не должно влиять на время назначения антибактериальных препаратов.

Решение о госпитализации пациента или лечении его в домашних условиях является, возможно, наиболее важным клиническим заключением, принимаемым врачом в течение всей болезни

Подозрение на пневмонию у врача должно возникнуть при:

1. Наличии у больного остро появившейся лихорадки (температура тела 38 °C и выше) без признаков инфекции верхних дыхательных путей в сочетании с жалобами на:
 - кашель,
 - отделение мокроты, особенно с примесью крови («ржавая мокрота»),
 - одышку (частота дыхания – ЧД 20/мин и выше),
 - появление боли в грудной клетке при глубоком вдохе.
2. У больных с острой респираторной вирусной инфекцией (ОРВИ) при сохранении температуры тела $> 37,5$ °C более 4 суток, сопровождающейся кашлем с мокротой, локальными изменениями физикальных данных над легочными полями, появлением болей в грудной клетке при дыхании, симптомами интоксикации (снижение или потеря аппетита, повышенная утомляемость и потливость).
3. При определении у пациента физикальных данных:
 - укорочение (тупость) перкуторного тона над пораженным участком легкого,
 - локально выслушиваемое бронхиальное дыхание,
 - фокус звучных мелкопузырчатых хрипов или крепитации,
 - усиление бронхофонии и голосового дрожания.

У части пациентов объективные признаки ВП могут отличаться от типичных или отсутствовать вовсе (примерно у 20% больных).

Информация, получаемая при *физическом обследовании* пациента, зависит от многих факторов, включая степень тяжести заболевания, распространенность пневмонической инфильтрации, возраст, наличие сопутствующих

Таблица 1. Критерии диагноза внебольничной пневмонии

Диагноз	Критерии	Рентгенографические признаки	Физикальные признаки	Острое начало, $T > 38$ °C	Кашель с мокротой	Лейкоцитоз $> 10 \times 10^9/\text{л}$ или п/я сдвиг $> 10\%$
Определенный		+		Наличие любых двух критериев		
Неточный/неопределенный		-	+	+	+	+/-
Маловероятный		-	-	+	+	+/-

заболеваний. Клинические признаки ВП, такие как начало острой лихорадки, боль в грудной клетке и т. д., могут отсутствовать, особенно у ослабленных пациентов и пожилых. Нередко ВП «дебютирует» симптомами декомпенсации сопутствующих заболеваний.

Рентгенологическая картина

Диагностика ВП практически всегда предполагает обнаружение очагово-инфильтративных изменений в легких в сочетании с соответствующей симптоматикой инфекции нижних дыхательных путей.

Изменения на рентгенограмме органов грудной клетки (распространенность инфильтрации, наличие или отсутствие плеврального выпота, полости деструкции) соответствуют степени тяжести заболевания и в сочетании с клинической картиной могут служить «ориентиром» для выбора антибактериальной терапии.

Показания для компьютерной томографии:

- при очевидной клинической симптоматике ВП и отсутствии изменений в легких на рентгенограмме;
- при выявлении нетипичных рентгенологических изменений у больного с предполагаемой пневмонией (обтурационный ателектаз, инфаркт легкого на почве тромбоза легочной артерии, абсцесс легкого и др.);
- при рецидивирующих инфильтративных изменениях в той же доле легкого (сегменте), что и в предыдущем эпизоде заболевания, или при затяжном течении пневмонии (выше 4 недель).

В случае наличия объективных обстоятельств, препят-

При подозрении у больного пневмонии врачом решается вопрос о назначении антибактериальной терапии. Обращается внимание, что проведение дополнительных методов диагностики (лучевых и/или лабораторных) не должно влиять на время назначения антибактериальных препаратов

ствующих срочному проведению лучевой диагностики в условиях общей врачебной практики, на дому или в поликлинике, таких как удаленность рентгенологического кабинета, проблемы с транспортировкой больного, и, возможно, других причин врач оценивает клиническую картину заболевания и решает вопрос о месте лечения пациента. В амбулаторной карте больного обстоятельства невозможности проведения рентгенологического исследования должны быть отражены лечащим врачом и заверены заведующей поликлиническим отделением.

Безусловно, прогноз заболевания зависит от своевременного определения врачом тяжести ВП и места лечения.

Оценка тяжести состояния пациента ВП в амбулаторных условиях

При принятии решения о лечении в амбулаторных условиях (на дому) или в условиях круглосуточного стационара для всех пациентов рекомендуется клиническая

оценка по шкале CRB-65 [3] и/или оценка наличия синдрома системной воспалительной реакции (СВР), которая может быть проведена на уровне приемного покоя больницы [4].

Шкала оценки тяжести CRB-65

(1 балл за каждый присутствующий признак):

- спутанность сознания;
- ЧД ≥ 30 /мин;
- артериальное давление (систолическое АД < 90 или диастолическое АД ≤ 60 мм рт. ст.);
- возраст ≥ 65 лет.

Синдром СВР является неспецифическим синдромом и определяется как клинический ответ на неспецифические повреждения, имеющие инфекционное или неинфекционное происхождение.

Критериями для диагностики синдрома СВР для больных с ВП или подозрением на ВП является наличие 2 или более из следующих критериев [4, 5]:

- температура тела > 38 °C или < 36 °C;
- частота сердечных сокращений (ЧСС) > 90 ударов в минуту;
- ЧД > 20 вдохов в минуту или уровень $\text{PaCO}_2 < 32$ мм рт. ст.;
- число лейкоцитов периферической крови ($> 12 \times 10^9/\text{л}$ или $< 4 \times 10^9/\text{л}$ или $> 10\%$ палочкоядерных форм).

При возможности определения числа лейкоцитов периферической крови «ex tempore» у больных с ВП или подозрением на ВП синдром СВР является предпочтительным индикатором тяжести заболевания по сравнению со шкалой CRB, т. к. в этом случае, наряду с показателями анализа крови, принимаются во внимание только витальные параметры СВР независимо от возраста.

Показания для стационарного лечения больных с ВП изложены ниже. Больные ВП или с подозрением на ВП, имеющие по шкале CRB 65 1 балл и более и/или синдром СВР, госпитализируются в экстренном порядке в круглосуточный стационар.

Пациенты ВП или подозрением на ВП с CRB-65 = 0 баллов и не имеющие признаков синдрома СВР, но при наличии социальных обстоятельств или желания пациента должны быть госпитализированы в круглосуточный или дневной стационар.

Для всех возрастных групп больных ВП наличие серьезных состояний, таких как злокачественные новообразования, печеночная, почечная недостаточность и другие заболевания, влияющие на иммунокомпетентное состояние, увеличивает риск осложнений.

Амбулаторному лечению подлежат больные пневмонией с низким риском летального исхода:

- с сохраненным интеллектуальным статусом;
- при отсутствии клинико-анамнестических указаний на сопутствующие опухолевые заболевания, застойную сердечную недостаточность, цереброваскулярную патологию, заболевания почек и печени;
- ЧД ≤ 20 /мин;
- ЧСС ≤ 90 /мин;
- С температурой тела $> 35,0$ °C и $\leq 38,3$ °C;
- АД сист. > 90 мм рт. ст.;

- при поражении не более одного сегмента легкого;
- с удовлетворительными бытовыми и материальными условиями;
- при возможности проведения рентгенологического исследования органов грудной клетки;
- согласие пациента на амбулаторное лечение.

Алгоритм ведения больных с ВП в амбулаторных условиях (больные 1-й и 2-й группы) представлен в *таблице 2* [2].

Задачами лечения больных с ВП являются:

- эрадикация возбудителя;
- купирование симптомов заболевания;
- нормализация лабораторных показателей и функциональных нарушений;
- разрешение инфильтративных изменений в легочной ткани;
- профилактика осложнений заболевания.

Немедикаментозное лечение

Такие физиотерапевтические методы лечения, как дециметроволновая терапия, ультравысокочастотная терапия, магнитотерапия, электро- и фонофорез, не показаны. Получены доказательства эффективности проведения дыхательной гимнастики в случае, если объем выделяемой мокроты превышает 30 мл/сут.

Медикаментозное лечение

Антибактериальная терапия – единственное научно обоснованное направление лечения ВП. Отсутствуют доказательства целесообразности назначения иммуномодуляторов (за исключением гранулоцитарного колониестимулирующего фактора и IgG для внутривенного введения), биогенных стимуляторов, витаминов, антигиста-

минных лекарственных средств. Нестероидные противовоспалительные препараты, как правило, не применяются при лечении ВП. Их назначение возможно на ограниченный период времени до достижения жаропонижающего и анальгезирующего эффектов.

Клинические признаки ВП, такие как начало острой лихорадки, боль в грудной клетке и т. д., могут отсутствовать, особенно у ослабленных пациентов и пожилых. Нередко ВП «дебютирует» симптомами декомпенсации сопутствующих заболеваний

Многочисленные международные исследования, посвященные этиологии ВП свидетельствуют о приоритетной роли *S. pneumoniae* в развитии заболевания. Так, по данным опубликованного международного исследования, проведенного в странах Европы в 2005–2012 гг., показано, что *S. pneumoniae* является виновником развития ВП в 12,0–85,0% случаев [6]. Приоритетная роль *S. pneumoniae* в развитии ВП подтверждается и среди пациентов с нетяжелым течением болезни, что нашло отражение в Российских практических рекомендациях по диагностике, лечению и профилактике ВП у взрослых [7].

Основным классом антибактериальных препаратов (АБП), применяемых для лечения пневмококковой ВП, являются β-лактамы антибиотики, которые имеют наибольшую доказанную антибиотическую активность

Рекомендации по эмпирической антибактериальной терапии пневмонии для амбулаторных больных представлены в *таблице 3*.

Таблица 2. Алгоритм ведения больных с ВП в амбулаторных условиях

Посещение 1	Посещение 2	Посещение 3	Посещение 4
При обращении к врачу: постановка диагноза (клинически), определение тяжести состояния больного и показаний для амбулаторного лечения. Обследование: <ul style="list-style-type: none"> • общий анализ крови; • рентгенография (крупнокадровая флюорография органов грудной клетки) 	Через 3–4 дня антибактериальной терапии: клиническая оценка эффективности лечения (улучшение самочувствия, снижение или нормализация температуры). Оценка рентгенологических данных и анализа крови	Через 7–10 дней антибактериальной терапии: решение вопроса об отмене антибактериальных препаратов или продолжении лечения (лечение антибактериальными препаратами продолжают в течение 3 дней после нормализации температуры тела)	Через 14–16 дней от начала лечения: решение вопроса о трудоспособности больного. Обследование: <ul style="list-style-type: none"> • общий анализ крови; • рентгенография (крупнокадровая флюорография органов грудной клетки)

Таблица 3. Антибактериальная терапия ВП для амбулаторных больных (практические рекомендации РРО/МАКМАХ, 2010) [7]

Группа пациентов	Возбудители	Антибиотики выбора
1-я группа Нетяжелая пневмония у больных без сопутствующих заболеваний, не принимавших антибактериальные препараты в последние 3 мес. ≥2 дней	<i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Mycoplasma pneumoniae</i> <i>Chlamydomphila pneumoniae</i> <i>Haemophilus influenzae</i>	Амоксициллин или макролиды (внутрь)
2-я группа Нетяжелая пневмония у пациентов с сопутствующими заболеваниями или принимавших антибактериальные препараты в последние 3 мес. ≥2 дней	<i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Haemophilus influenzae</i> <i>Chlamydomphila pneumoniae</i> <i>Staphylococcus aureus</i> <i>Enterobacteriaceae</i>	Амоксициллин + клавулановая кислота ± макролид или респираторные фторхинолоны (внутрь)

В ходе клинических исследований не выявлено различий в эффективности аминопенициллинов, а также отдельных представителей класса макролидов или респираторных фторхинолонов при лечении больных ВП в амбулаторных условиях. Тем не менее, рассматривая вопросы применения АБП при лечении ВП, актуальным является знание антибиотикорезистентности возбудителей ВП, и в частности антибиотикорезистентности *S. pneumoniae*. Состояние резистентности основных респираторных возбудителей по отношению к АБП в России неоднократно изучалось в нескольких многоцентровых проспективных исследованиях ПеГАС I-IV (1999–2015 гг.) и ЦЕРБЕРУС (2008–2012 гг.) [8, 9]. В этой связи амоксициллин, являясь основным представителем АБП для лечения ВП нетяжелого течения в амбулаторных условиях, продемонстрировал высокую эффективность по отношению к основному возбудителю ВП *S. pneumoniae*. В соответствии с национальными рекомендациями по ВП амоксициллин применяется для лечения нетяжелой ВП в качестве монотерапии. Амоксициллин стабилен в кислой среде, а прием пищи на абсорбцию препарата не влияет. Амоксициллин связывается с белками плазмы примерно на 20% и легко проникает через гистогематические барьеры. Препарат активен против аэробных респираторных грамположительных *Staphylococcus spp.* (кроме тех штаммов, которые продуцируют пенициллиназу), *S. pneumoniae* и аэробных респираторных грамотрицательных микроорганизмов (*Haemophilus influenzae*, *Escherichia coli*, некоторых штаммов *Klebsiella*). Многоцентровые российские исследования показали, что чувствительность клинических изолятов *S. pneumoniae* к амоксициллину в Российской Федерации составляет 98,6% [9]. В России устойчивость *S. pneumoniae* к амоксициллину или не выявлялась, или ее уровень был менее 1% [10].

При принятии решения о лечении в амбулаторных условиях для всех пациентов рекомендуется клиническая оценка по шкале CRB-65 и/или оценка наличия синдрома системной воспалительной реакции, которая может быть проведена на уровне приемного покоя больницы

В 1-ю группу (табл. 3) включены пациенты без сопутствующей патологии и не принимавшие антибактериальные препараты в последние 3 мес. ≥ 2 дней. У этих пациентов адекватный клинический эффект может быть получен при применении пероральных лекарственных средств. В качестве средств выбора рекомендуют амоксициллин или макролидные антибиотики. Макролидам следует отдавать предпочтение в первую очередь при непереносимости β -лактамов антибиотиков или при подозрении на атипичную этиологию заболевания (*M. pneumoniae*, *C. pneumoniae*, *L. pneumophila*).

Во 2-ю группу включены пациенты с сопутствующими заболеваниями (сахарным диабетом, застойной

сердечной недостаточностью, хронической почечной недостаточностью, циррозом печени, алкоголизмом, наркоманией, общей дистрофией) или принимавшие в последние 3 мес. антибактериальные препараты ≥ 2 дней (табл. 3). У пациентов этой группы адекватный клинический эффект также может быть получен при назначении антибиотиков *per os*. Поскольку вероятность этиологической роли грамотрицательных микроорганизмов (в том числе обладающих некоторыми механизмами развития резистентности) у этих больных возрастает, в качестве препаратов выбора рекомендуют «защищенные» аминопенициллины \pm макролиды или респираторные фторхинолоны. Макролиды рекомендуют назначать вместе с амоксициллином + клавулановой кислотой у больных при подозрении на микстинфекцию (*S. pneumoniae* или *H. influenzae* в сочетании с атипичными возбудителями).

Приоритетная роль *S. Pneumoniae* в развитии ВП подтверждается и среди пациентов с нетяжелым течением болезни, что нашло отражение в Российских практических рекомендациях по диагностике, лечению и профилактике ВП у взрослых

Респираторные фторхинолоны относят к препаратам первого ряда при лечении пациентов с аллергическими реакциями на β -лактамы антибиотиков и макролиды. Предпочтение назначению респираторных фторхинолонов для лечения больных с ВП следует отдавать при риске резистентного *S. pneumoniae* и неблагоприятного течения пневмонии.

Риск неблагоприятного течения пневмонии возможен в следующих случаях:

- лечение β -лактамами антибиотиками в последние 3 мес. ≥ 2 дней;
- алкоголизм;
- множественные сопутствующие заболевания;
- иммуносупрессивные состояния;
- сопутствующие сердечно-сосудистые и хронические легочные заболевания (хроническая обструктивная болезнь легких, застойная сердечная недостаточность);
- сахарный диабет;
- хроническая почечная недостаточность;
- цирроз печени;
- длительная терапия глюкокортикоидами;
- наркомания;
- снижение питания.

Респираторные фторхинолоны не рекомендуют назначать при следующих состояниях:

- исходное увеличение интервала QT;
- гипокалиемия, гипомагниемия;
- прием антиаритмических средств I и IIIa классов;
- тяжелая сердечно-сосудистая патология (застойная сердечная недостаточность), аритмии в анамнезе;
- прием других лекарственных средств, влияющих на длину интервала QT (макролиды, ко-тримоксазол, антиги-

стаминные препараты, трициклические антидепрессанты, галоперидол и др.).

Режим дозирования антибактериальных лекарственных средств представлен в *таблице 4*.

Первоначальную оценку эффективности антибактериальной терапии следует проводить через 48–72 ч после начала лечения. Основные критерии эффективности в эти сроки – снижение интоксикации и температуры тела, отсутствие дыхательной недостаточности.

Критерии эффективности антибактериальной терапии ВП:

- максимальная суточная температура тела в течение 3 дней $<37,5$ °С;
- отсутствие явлений интоксикации;
- частота дыхания <20 в минуту;
- отсутствие гнойной мокроты;
- количество лейкоцитов в крови $<10 \times 10^9/л$;
- количество нейтрофилов $<80\%$;
- количество палочкоядерных нейтрофилов $<7\%$;
- отсутствие отрицательной динамики на рентгенограмме.

Оптимальная продолжительность антибактериальной терапии при ВП не превышает 7 дней, азитромицином – 3 суток.

При наличии клинических и эпидемиологических данных о микоплазменной или хламидийной этиологии заболевания продолжительность антибактериальной терапии может составлять до 14 дней (азитромицин до 5 суток). Антибактериальная терапия не приво-

Таблица 4. Режим дозирования антибактериальных препаратов для эмпирической терапии ВП у взрослых в амбулаторных условиях

Лекарственные средства	Внутри
Амоксициллин	По 0,5–1 г 3 р/сут
Амоксициллин + клавулановая кислота	По 0,625 г 3 р/сут или по 1 г 2 р/сут
Азитромицин	По 0,25 г 1 р/сут в течение 5 дней ¹ или по 0,5 г 1 р/сут в течение 3 дней ²
Кларитромицин с замедленным высвобождением	По 0,5 г 2 р/сут По 1 г 1 р/сут
Левифлоксацин	По 0,5 г 1 р/сут
Моксифлоксацин	По 0,4 г 1 р/сут
Гемифлоксацин	По 0,32 г 1 р/сут

¹ В первые сутки назначают двойную дозу азитромицина – 0,5.
² 3-дневный прием азитромицина создает концентрацию в очаге инфекции (пораженной легочной ткани), многократно превышающую МПК₉₀, и удерживает концентрацию выше МПК₉₀ до 10 дней

дит к рассасыванию воспалительного экссудата в альвеолах, поэтому курс лечения антибиотиками значительно меньше, чем срок рассасывания пневмонического фокуса.

Если у пациента сохраняются высокая лихорадка и интоксикация или симптоматика прогрессирует, то сле-



АМОСИН®

(амоксициллин)

Обладает широким спектром антибактериального действия

Показания

– инфекции органов дыхания; – инфекции ЛОР-органов;
– инфекции мочеполовой системы; – гинекологические инфекции;
– инфекции органов ЖКТ; – инфекции кожи и мягких тканей

15 лет на отечественном рынке!

Амосин® выпускается в следующих формах и дозировках
- таб. №250 №10(№20), таб. №500 №10(№20), капс. 250 №20
однодозовые пакеты типа “саше” (для детей и взрослых) - 125, 250 и 500 мг.

Разве здоровье не чудо?

(А.П. Чехов)

Эксклюзивный поставщик препарата Амосин® на территории РФ - ООО “ПОЛЛО”
(г. Курган (3522) 46-34-31, 46-12-08 www.pollo.ru)
Производство: ОАО “Синтез” (г. Курган)

Таблица 5. Антибактериальные препараты 1-го и 2-го этапов лечения больных с ВП в амбулаторных условиях

Первый этап лечения	Второй этап лечения
Амоксициллин, амоксициллин + клавулановая кислота	Макролиды или респираторные фторхинолоны
Макролиды	Амоксициллин (амоксициллин + клавулановая кислота)

дует признать лечение неэффективным и больного в экстренном порядке направить на стационарное лечение.

В случае развития у больного аллергических или побочных реакций на антибактериальную терапию, назначенную на 1-м этапе, препарат отменяют и назначают антибиотик 2-го этапа лечения (табл. 5).

В большинстве случаев при ВП у иммунокомпетентных пациентов молодого или среднего возраста нормализация температуры тела происходит на 2–4-й день лечения, а рентгенологическое «выздоровление» наступает в срок 2–4 нед.

Амоксициллин, являясь основным представителем АБП для лечения ВП нетяжелого течения в амбулаторных условиях, продемонстрировал высокую эффективность по отношению к основному возбудителю ВП *S. pneumoniae*

Факторы риска затяжного течения заболевания:

- возраст пациента старше 55 лет;
- алкоголизм;
- сопутствующие инвалидизирующие заболевания внутренних органов (хроническая обструктивная болезнь

легких, застойная сердечная недостаточность, сахарный диабет и др.);


- тяжелое течение внебольничной пневмонии;
- мультилобарная инфильтрация;
- вирулентные возбудители заболевания (*Legionella pneumophila*, *Staphylococcus aureus*, грамотрицательные энтеробактерии);
- курение (высокий индекс курящего человека);
- клиническая неэффективность проводимого лечения (сохраняющиеся лейкоцитоз и лихорадка);
- вторичная бактериемия.

Первоначальную оценку эффективности антибактериальной терапии следует проводить через 48–72 ч после начала лечения. Основные критерии эффективности в эти сроки – снижение интоксикации и температуры тела, отсутствие дыхательной недостаточности

При наличии факторов риска затяжного течения заболевания и одновременном клиническом улучшении целесообразно проведение контрольного рентгенографического исследования спустя 4 нед.

Если же клинического улучшения не отмечается и/или у пациента отсутствуют факторы риска медленного разрешения пневмонии, показано незамедлительное проведение дополнительного обследования (компьютерная томография органов грудной клетки, фибробронхоскопия, консультация пульмонолога).

ВЫВОДЫ

Больные с нетяжелым течением ВП, как принято в медицине, лечатся амбулаторно. В этих случаях амоксициллину принадлежит одно из ведущих мест в антибактериальной терапии данной категории больных. 

ЛИТЕРАТУРА

1. Медико-демографические показатели Российской Федерации в 2015 году: Стат. Справочник. Минздрав России. М., 2016. 254 с.
2. Лещенко И.В., Бобылева З.Д., Трифанова Н.М. и др. Клинико-организационный алгоритм ведения больных с внебольничной пневмонией. Методические рекомендации. Под общ. ред. А.Г. Чучалина. М.: Эликон-Дизайн, 2012. 70 с.
3. Charles PGP, Wolfe R, Whitby M, et al. SMART-COP: a tool for predicting the need intensive respiratory or vasopressor support in community-acquired pneumonia. *Clin. Infect. Dis.*, 2008, 47: 375-384.
4. Bone RC. Toward an Epidemiology and Natural History of SIRS. *JAMA*, 1992, 268: 3452-3455.
5. Dellinger RP, Levy MM, Carlet JM et al. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008. *Intensive Care Med*, 2008, 34(1): 17-60.
6. Torres A, Blasi F, Peetermans WE et al. The aetiology and antibiotic management of community-acquired pneumonia in adults in Europe: a literature review. *Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis.*, 2014, 33: 1065-1079.
7. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Козлов П.С. и др. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. Пособие для врачей. М., 2010.
8. Козлов П.С., Сухорукова М.В., Сидоренко С.В. и соавт. *Клин. микробиол. антимикроб. химиотер.*, 2015, 17 (3): 217-226.
9. Российское респираторное общество (РРО), Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ). Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике тяжелой внебольничной пневмонии у взрослых. М., 2014.