

ЛІКУВАННЯ ЗВИЧАЙНОЇ* ПНЕВМОНІЇ (короткий виклад)

J. G. Barlett, L. M. Mundy

Community-acquired pneumonia. N. Engl. J. Med, Dec. 1995: 1618—1624

У США щороку реєструють 4 млн. випадків пневмонії, що призводить до 600.000 госпіталізацій. Пневмонія є шостою основною причиною смерті і найчастішою причиною смерті серед інфекційних захворювань.

Клінічний діагноз

Ознаками, що змушують запідозрити пневмонію, є лихоманка в комбінації з респіраторними симптомами (кашель, виділення харкотиння, плевритичний біль, задишка). Подібні симптоми можуть бути проявом гострого бронхіту, синуситу та ряду неінфекційних захворювань. Літні хворі, як звичайно, мають менше симптомів, і вони є слабшими, ніж у молодих пацієнтів.

При огляді виявляють лихоманку (у 80% хворих); у більшості пацієнтів частота дихань перевищує 20 на хвилину, у 80% хворих при аускультатії легень прослуховуються хрипи і в 30% виявляють ознаки ущільнення легеневої тканини.

Оцінка

Більшість пацієнтів з пневмонією лікуються амбулаторно і не потребують багатьох обстежень, за винятком рентгенографії для встановлення діагнозу, деяких лабораторних обстежень для оцінки важкості захворювання та виявлення супутньої патології, а також мікробіологічного аналізу.

Рентгенографія

Рентгеновський знімок ОГК, який демонструє інфільтрат у легнях, є необхідним для встановлення діагнозу пневмонії. В окремих випадках можна не виявити інфільтрат (при дегідратації, коли знімок зроблено в перші 24 години захворювання, якщо пневмонія викликана *Pneumocystis carinii* або коли захворювання виникло на фоні глибокої нейтропенії). Перераховані випадки трапляються рідко, за винятком пневмонії, викликаной *P. carinii* (10—30% усіх пневмоній). Дані рентгенографії, як звичайно, не допомагають відрізнити бактеріальну пневмонію від небактеріальної, але вони дуже важливі для оцінки важкості захворювання, визначення необхідності проведення додаткових обстежень і вибору антибіотика. Комп'ютерна томографія є більш чутливою у виявленні інфільтрату і особливо є корисною в діагностиці інтерстиціальної хвороби, емпієми, каверни, багатофокальної пневмонії та аденопатії.

Виявлення збудника

Виявлення збудника в крові, плевральному ексудаті, транстрахеальному аспіраті чи метастатичному фокусі, позитивні результати специфічних серологічних тестів чи виявлення патогенної бактерії, якої в нормі немає в респіраторному каналі, підтверджує етіологічний фактор пневмонії.

* В англійському варіанті — „community-acquired“, тобто та, яка виникла в звичайних обставинах (набута в громаді), на відміну від „hospital-acquired“ — набута в лікарні, тобто не раніше, як через 2 доби після поступлення, і викликана нозокоміальною інфекцією (Прим. ред.).

Більшості хворих, яких госпіталізували з діагнозом пневмонія, доцільно виконати посів крові на стерильність. У 67% хворих з позитивною культурою крові виявляють *Strep. pneumoniae*.

Протягом останніх 20-ти років тривають дебати щодо діагностичного значення посіву харкотиння та забарвлення його за Грамом у пацієнтів з пневмонією. Проблема полягає в тому, що 10—30% хворих мають непродуктивний кашель, а 15—30% вже отримували антибіотикотерапію до госпіталізації. Тому в 30—65% хворих на пневмонію отримують негативний результат при посіві харкотиння. Є дані, що після того, як хворий отримав антибіотик, шанси висіяти *Strep. pneumoniae* і *Haemophilus influenzae* дорівнюють нулю. Лише в 50% хворих з пневмококовою пневмонією і бактеріємією вдається висіяти *Strep. pneumoniae* з харкотиння. Дуже мало лабораторій мають можливість виявляти *Mycop. pneumoniae* і *Chlamydia pneumoniae*.

Ми виконуємо посів харкотиння і забарвлення за Грамом лише в тому випадку, коли зразок харкотиння був правильно отриманий, цитологія підтверджує наявність секретів з нижніх відділів дихальних шляхів, а пацієнт ще не отримував антибіотиків.

Оцінка важкості хвороби

Оцінювати важкість захворювання необхідно для того, щоб прийняти рішення про доцільність госпіталізації, вчасного переведення в палату інтенсивної терапії та вибору антибіотиків. Кількість лейкоцитів у крові не допомагає визначити специфічного збудника, проте число понад 15.000 на мм³ вказує на бактеріальну інфекцію, а високі та низькі числа мають прогностичне значення. Анемія досить часто вказує на інфікування мікоплазмою, на хронічне захворювання чи ускладнену пневмонію. Біохімічний аналіз крові може виявити поліорганну патологію чи вказати на інші захворювання. Лімфопенія (абсолютне число лімфоцитів <1000 в мм³) чи низьке число клітин CD4 (<200 в мм³) вказує на діагноз СНІДу. Газовий аналіз крові є важливим прогностичним критерієм. Гіпоксемія з парціальним тиском кисню в артеріальній крові <60 мм Hg, якщо хворий дихає кімнатним повітрям, є критерієм для переведення його в палату інтенсивної терапії.

Патогенні мікроорганізми

До застосування антибіотиків *Strep. pneumoniae* був причиною 80% випадків пневмонії. Проте і нині у хворих на пневмонію цей мікроорганізм виявляється найчастіше. Іншими бактеріями, яких часто висівають з харкотиння хворих, є *Haem. influenzae*, *Staph. aureus* і грамнегативні бацили; кожен з цих збудників є причиною 3—10% випадків пневмоній. Рідше трапляються *Moraxella catarrhalis*, *Strep. pyogenes* і *Neisseria meningitidis*. Анаеробні бактерії є переважаючими патогенами у хворих з аспіраційною пневмонією, абсцесом легень чи емпіємою. Пневмонію, викликану анаеробами, неможливо клінічно відрізнити від інших форм бактеріальних пневмоній.

Legionella, *Mycop. pneumoniae* і *Chl. pneumoniae* інколи називають “атиповими збудниками”, вони є причиною 10—20% усіх випадків пневмоній. Методи лабораторної діагностики цих збудників складні, у багатьох клініках їх не застосовують.

Віруси є причиною 2—15% усіх пневмоній, найчастіше трапляється вірус грипу, рідше — вірус парагрипу й аденовірус.

Mycob. tuberculosis виявляють в 1—2% випадків і виявлення її має важливе епідеміологічне значення.

Лікування

Вибір методу лікування значно спрощується, якщо вдається виділити патогенний мікроорганізм. За відсутності цієї інформації підходять емпірично.

Британське торакальне товариство рекомендує, щоб емпірична терапія обов’язково покривала *Strep. pneumoniae*. Рекомендують починати лікування з пеніциліну чи амоксициліну;

еритроміцин потрібно призначати, якщо підозрюють легіонелу чи *Mycoplasma pneumoniae*; а антибіотики, ефективні проти *Staph. aureus*, — під час епідемій грипу.

На противагу, Американське торакальне товариство рекомендує застосовувати макроліди, цефалоспорины 2-го і 3-го покоління, триметоприм-сульфаметоксазол і бета-лактамі-інгібітори бета-лактамази. Препаратами, ефективними проти легіонели, *Mycoplasma pneumoniae* і *Chlamydia pneumoniae*, є нові макроліди (klarитроміцин і азитроміцин), які дорожчі за еритроміцин, але ліпше переносяться й ефективніші проти *Haem. influenzae*. Приблизно 30% штамів *Haem. influenzae* виробляють бета-лактамазу і є резистентними до ампіциліну; більшість з них є чутливими до цефалоспоринів, доксицикліну і триметоприм-сульфаметоксазолу. Флюорохінолони є ефективними проти атипичних збудників і *Haem. influenzae*, але мають знижену активність проти *Strep. pneumoniae* і зовсім неефективні проти анаеробів.

Нині досить часто трапляються пеніцилін-резистентні штами *Strep. pneumoniae* (понад 25% випадків). Зростає резистентність і до триметоприм-сульфаметоксазолу, макролідів і цефалоспоринів. Понад 80% штамів мають помірну резистентність до пеніциліну, і неускладнену пневмонію можна лікувати високими дозами пеніциліну чи окремими цефалоспоринами, такими, як цефаклор чи цефотаксим. Проте є цікаві дані, що показники смертності від пневмококової пневмонії, спричиненої резистентними штамми, є подібною до смертності від пневмонії, викликаной чутливими штамми, навіть якщо лікування включає пеніциліни і цефалоспорины.

Ми рекомендуємо такі підходи до емпіричного підбору лікування:

— Для дорослих молодого віку, лікованих амбулаторно: оральний макролід (еритроміцин, klarитроміцин чи азитроміцин) чи доксициклін; для пацієнтів віком понад 25 років оральний амоксициклін чи оральний цефалоспорин також є доброю альтернативою.

— Для дорослих віком понад 60 років і пацієнтів з супутніми захворюваннями, яких лікують амбулаторно: оральний цефалоспорин чи амоксициклін; при алергії до пеніциліну — оральний макролід чи доксициклін.

— Для стаціонарних хворих: парентерально цефалоспорин 2-го і 3-го покоління (цефуроксим, цефотаксим чи цефтріаксон) із чи без еритроміцину. Парентеральне введення антибіотиків продовжують, доки у хворого не буде нормальною температура протягом 24 годин чи насичення артеріальної крові киснем не перевищить 95%.

— Оральні флюорохінолони (ципрофлоксацин і офлоксацин) є прийнятною альтернативою до макролідів при хворобі легіонерів і, ймовірно, при *Mycoplasma pneumoniae* і *Chlamydia pneumoniae*.

Тривалість лікування є довільною, але при звичайних бактеріальних пневмоніях рекомендують 5—10 днів, якщо висіяно *Mycoplasma pneumoniae* чи *Chlamydia pneumoniae* — 10—14 днів, а при хворобі легіонерів — 14—21 день.

У дорослого пацієнта без супутньої патології зі звичайною пневмококовою пневмонією повинна нормалізуватися температура тіла за 3 дні. Літні хворі з пневмококовою пневмонією і пневмонією внаслідок грам-негативних бацил, *Staph. aureus* чи *Legionella* стають афебрильними дещо пізніше. Рентгенологічна динаміка відстає порівняно з клінічною картиною. Тому нерідко бачать збільшення інфільтрату в перші кілька днів лікування.

Потреба в повторному рентгенологічному обстеженні обговорюється, оскільки потрібно багато часу, щоб рентгенологічна картина змінилась. Рекомендують робити повторні знімки хворим, які неадекватно реагують на лікування, з невизначеним збудником пневмонії чи коли пневмонія викликана пеніцилін-резистентним штамом *Strep. pneumoniae*.

Найчастіше летальні випадки стаються при таких збудниках, як *Strep. pneumoniae* і *Legionella*. Клінічні фактори, які вказують на високу летальність стаціонарних хворих: вік понад 65 років, частота дихання понад 30 на хв, САТ < 90 мм рт. ст., ДАТ < 60 мм рт. ст., температура тіла > 38.3, порушення стану ЦНС (летаргія, ступор, дезорієнтація чи кома) і супутнє зловякісне захворювання.

Підготував **Володимир Павлюк**