

ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ. ОТ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ К АДЕКВАТНОЙ ТЕРАПИИ

Пневмония, будучи на протяжении столетий тяжёлым, зачастую смертельным заболеванием, продолжает оставаться серьёзной клинической проблемой, многие аспекты которой и в наши дни требуют тщательного анализа. Актуальность этой проблемы обуславливается данными о заболеваемости, уровне диагностики и летальности от пневмонии. «Архив внутренней медицины» пригласил признанных специалистов для участия в виртуальном круглом столе, темой сессии стала тактика работы с больными пневмонией.



Александр Игоревич Синопальников, заведующий кафедрой пульмонологии РМАПО, заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор

Согласно расчётам, заболеваемость внебольничной пневмонией (ВП) в нашей стране достигает 14–15%, а общее число больных еже-

годно превышает 1,5 млн человек.

В США ежегодно диагностируется более 5 млн случаев ВП, из которых более 1,2 млн пациентов нуждаются в госпитализации. Из числа последних непосредственно от ВП умирают более 60 тыс. человек. Согласно данным Минздравсоцразвития РФ, в 2006 г. в нашей стране среди лиц в возрасте ≥ 18 лет от пневмонии умерли 38 970 человек, что составило 27,3 на 100 тыс. населения. Летальность при ВП оказывается наименьшей (1–3%) у лиц молодого и среднего возраста без сопутствующих заболеваний. Напротив, у пациентов старше 60 лет при наличии серьёзной сопутствующей патологии (хроническая обструктивная болезнь лёгких, злокачественные новообразования, алкоголизм, сахарный диабет, заболевания почек и печени, сердечно-сосудистой системы и др.), а также в случаях тяжёлого течения ВП (мультилобарная инфильтрация, вторичная бактериемия, частота дыхания ≥ 30 /мин, гипотензия, острая почечная недостаточность) этот показатель достигает 15–30%. Анализ российских данных в отдельных регионах свидетельствует, что наиболее высокая смертность от ВП регистрируется у мужчин трудоспособного возраста.

Существуют факторы риска тяжёлого течения пневмонии, они хорошо известны, но, к сожалению, не всегда учитываются врачами при оценке прогноза и выработке тактики ведения пациентов. К их числу относятся мужской пол, наличие серьёзных сопутствующих заболеваний, значительная распространённость пневмонической инфильтрации по данным рентге-

нологического исследования, тахикардия (> 125 /мин), гипотензия ($< 90/60$ мм рт. ст.), тахипноэ (> 30 /мин), некоторые лабораторные данные.



Леонид Иванович Дворецкий, заведующий кафедрой госпитальной терапии № 2 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, д.м.н., профессор

Один из важных аспектов — своевременная и правильная диагностика. Как известно, в прежние времена о высокой

квалификации врача можно было судить по тому, как он только на основании клинической симптоматики мог поставить диагноз «пневмония». Уровень диагностики пневмонии, к сожалению, оказывается невысоким. Так, из 1,5 млн случаев пневмонии заболевание диагностируется менее чем у 500 тыс., т.е. лишь у 30% пациентов.

Сложившуюся ситуацию следует считать явно неудовлетворительной, если не сказать просто тревожной. Ведь сейчас XXI в., и мы должны были продвинуться в совершенствовании диагностики такого заболевания, как пневмония. В России проводятся многочисленные форумы, на которых обсуждаются вопросы диагностики и лечения пневмонии, издаются рекомендации для врачей-терапевтов, пульмонологов, реаниматологов, клинических фармакологов. Самое простой и «ожидаемый» ответ на вопрос о причинах этого — недостаточный профессионализм практикующего врача. Но соглашаясь с тем, что субъективный фактор в определённой степени обуславливает неудовлетворительную диагностику ВП, следует, безусловно, принимать во внимание и объективные причины.

Установление диагноза пневмонии затруднено тем обстоятельством, что не существует какого-либо специфического клинического признака или комбинации признаков, на которые можно было бы надёжно полагаться при подозрении на этот диагноз.

С другой стороны, отсутствие какого-либо из числа неспецифических симптомов, равно как и отсутствие локальных изменений в лёгких (подтверждаемых результатами физикального и/или рентгенологического исследования) даёт основания полагать, что диагноз пневмонии маловероятен. В этой связи уместно напомнить следующие основополагающие моменты диагностики ВП:

1. Внезапное начало, фебрильная лихорадка, озноб, боли в грудной клетке характерны для пневмококковой этиологии ВП (нередко при этом удается выделить *Streptococcus pneumoniae* из крови), отчасти для *Legionella pneumophila*, реже — для других возбудителей. Напротив, данная картина заболевания абсолютно нетипична для *Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamydophila pneumoniae*-инфекций.

2. «Классические» признаки пневмонии (остролихорадочное начало, боли в груди и т.д.) могут и отсутствовать, особенно у ослабленных больных и лиц пожилого/старческого возраста.

3. Примерно у 25% больных в возрасте старше 65 лет, переносящих ВП, отсутствует лихорадка, а лейкоцитоз регистрируется лишь в половине случаев. При этом нередко клиническая симптоматика может быть представлена утомляемостью, слабостью, тошнотой, анорексией, болями в животе, нарушениями сознания.

4. Информация, получаемая при физическом обследовании больного ВП, зависит от многих факторов, включая распространённость пневмонической инфильтрации, возраст, наличие сопутствующих заболеваний и др. Классическими объективными признаками пневмонии являются укорочение (тупость) перкуторного тона над поражённым участком лёгкого, локально выслушиваемое бронхиальное дыхание, фокус звучных мелкопузырчатых хрипов или инспираторной крепитации, усиление бронхофонии и голосового дрожания. Однако у немалой части больных объективные признаки пневмонии могут отличаться от типичных или (примерно у 20% больных) отсутствовать вовсе.

5. Учитывая значительную клиническую вариабельность «образа» ВП, равно как и неоднозначность результатов физического обследования, очевидно, что практически всегда для диагностики ВП требуется рентгенологическое исследование, подтверждающее наличие очагово-инфильтративных изменений в лёгких. Иными словами, диагностика ВП — это, прежде всего, клиничко-рентгенологическая диагностика.

Одним из диагностических критериев пневмонии является наличие лёгочной инфильтрации, выявляемой с помощью методов лучевой диагностики, в частности при рентгенологическом исследовании больного. Между тем, анализ качества ведения больных ВП свидетельствует о недостаточном использовании данного

метода исследования перед назначением антибактериального препарата.



Анатолий Ильич Шехтер, профессор кафедры лучевой диагностики и лучевой терапии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, д.м.н.

Рентгенонегативные пневмонии, по-видимому, существуют, хотя с точки зрения современных пульмонологических представлений диа-

гноз воспаления лёгочной ткани без лучевого исследования, в первую очередь, рентгенологического, не может считаться достаточно обоснованным и точным. Только с помощью современных лучевых диагностических приёмов, включая такие цифровые способы получения изображения, как магнитно-резонансная томография, в том числе и при использовании диффузионно-взвешенной техники получения изображения, удастся в ряде случаев при необходимости провести дифференциальную диагностику злокачественных и доброкачественных изменений в лёгких в процессе распознавания острых пневмоний.

Рассматривая этот вопрос и с точки зрения разграничения туберкулёзных и неспецифических воспалительных изменений в лёгких разного характера, следует упомянуть серию работ, в первую очередь работу А.А. Налиткиной (2009) «Туберкулёз лёгких в клинике внутренних болезней в не специализированном фтизиатрическом стационаре». В них показано, что неполноценное рентгенологическое исследование органов грудной полости в многопрофильном стационаре (отсутствие боковых рентгенограмм, томограмм, описания рентгенологической картины других причин недостаточного внимания к рентгенологической картине болезни) существенно снижает эффективность диагностики и адекватное лечение пациентов с разными формами туберкулёза лёгких.

А.И. Синопальников

На сегодняшний день есть возможность «антигенной» экспресс-диагностики пневмонии с помощью иммунохроматографического определения в моче растворимых антигенов *S. pneumoniae* и *L. pneumophila*. Впрочем, этот диагностический подход оправдан, как правило, при тяжёлом течении заболевания. На практике же антимикробная терапия ВП в подавляющем большинстве случаев оказывается эмпирической. При этом соглашаясь с тем, что даже скрупулёзный анализ клинической картины заболевания едва ли позволяет надёжно предсказать этиологию пневмонии, следует напомнить, что в 50–60% случаев возбудителем ВП оказывается *S. pneumoniae*. Иными словами, ВП — это, прежде всего, пневмококковая инфекция нижних ды-

хательных путей. Отсюда и очевидный практический вывод — назначаемый антимикробный препарат должен обладать приемлемой антипневмококковой активностью.

Желание врачей иметь в арсенале «идеальный» антибиотик на все случаи жизни понятно, но практически сложно осуществимо. У пациента с ВП молодого или среднего возраста без коморбидности оптимальным антибиотиком является амоксициллин, исходя из предположительной пневмококковой этиологии заболевания. У пациентов старших возрастных групп или с ХОБЛ оптимальным антибиотиком будет амоксициллин/клавуланат или парентеральный цефалоспориин III поколения, учитывая вероятную роль в этиологии, наряду с пневмококком гемофильной палочки и других грамотрицательных возбудителей. У пациентов, у которых велик риск присутствия антибиотикорезистентных возбудителей, наблюдается коморбидность и/или тяжёлое течение ВП, оптимальным антибиотиком будет респираторный фторхинолон — моксифлоксацин или левофлоксацин.



Сергей Владимирович Яковлев, профессор кафедры госпитальной терапии № 2 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, д.м.н.

«Идеального антибиотика» для лечения ВП, равно как и других инфекций, не существует и в принципе быть не может. Можно назвать несколько причин, которые

будут объяснять неэффективность потенциально адекватных антибиотиков при ВП — микробиологические, фармакокинетические, фармакодинамические. К любому антибиотику может сформироваться устойчивость некоторых возбудителей ВП, что делает лечение безуспешным.

При формировании гнойных осложнений, в частности очагов деструкции, возникает проблема пенирации антибиотика в очаг инфекции. В отношении малочувствительных микроорганизмов клинический эффект не будет надёжным при назначении антибиотика в стандартной дозе. Поэтому даже при назначении наиболее рекомендуемых в настоящее время антибиотиков для лечения ВП — респираторных фторхинолонов — мы не наблюдаем 100% эффективность.

В то же время следует назвать ещё один новый антибиотик — тигециклин, который имеет разрешение для лечения ВП, но практически врачами никогда не используется, главным образом по причине высокой стоимости по сравнению с традиционными режимами терапии ВП. Однако прогнозируемая эффективность тигециклина при ВП очень высокая, причём

у всех категорий пациентов, в том числе при осложнённом течении ВП и формировании абсцессов, эмпиемы. Устойчивость возбудителей ВП к тигециклину практически отсутствует. Кроме того, препарат характеризуется высокой пенетрацией в лёгочную ткань и плевральную полость, в том числе при формировании гнойных осложнений. Поэтому при осложнённом течении ВП оптимально использовать тигециклин.

Одной из характеристик предполагаемого для назначения антибиотика является чувствительность к нему ключевых респираторных патогенов, что приобретает немаловажное значение при выборе стартового АП. Существуют понятия микробиологической и клинической устойчивости возбудителей к антибиотикам. И они не всегда совпадают применительно к некоторым группам антибиотиков. Так, при невысоком уровне устойчивости пневмококка к пенициллину, амоксициллин и цефалоспорины III поколения сохраняют клиническую эффективность, правда, в более высоких дозах: амоксициллин 2–3 г в сутки, цефтриаксон 2 г в сутки, цефотаксим 6 г в сутки. В то же время микробиологическая устойчивость пневмококка к макролидам, цефалоспорином II поколения или фторхинолонам становится причиной клинической неэффективности лечения. Поэтому значение макролидов при респираторных инфекциях в последние годы критически пересматривается, т.к. уровень устойчивости пневмококков к макролидам в России составляет 15–20%, и эти цифры ещё выше в крупных городах.

К респираторным фторхинолонам устойчивость пневмококков в РФ пока менее 1%. В случае, если у пациента с ВП имеется риск присутствия полирезистентных пневмококков (в течение предшествующих 6 месяцев антибиотика или госпитализация; дети дошкольного возраста в организованных коллективах и проживающие с ними взрослые), то предпочтительнее использовать амоксициллин в увеличенной дозе (у взрослых 3 г в сутки, у детей 90 мг/кг в сутки), или соответствующие дозы амоксициллин/клавуланата (у взрослых по 1 г 3 раза в сутки или по 2 г 2 раза в сутки, у детей — 90 мг/кг в сутки), или респираторные фторхинолоны (моксифлоксацин 400 мг в сутки, левофлоксацин 750 мг в сутки), или цефтриаксон в суточной дозе 2 г, а при устойчивости к последним — тигециклин.

Ко-тримоксазол в последние два десятилетия очень широко назначался поликлиническими врачами для лечения ВП — по данным эпидемиологическим исследований он традиционно входил в тройку наиболее назначаемых антибиотиков как при респираторных, так и при мочевых инфекциях. Поэтому высокая устойчивость к нему и респираторных патогенов (пневмококк, гемофильная палочка), и уропатогенов (кишечная палочка) закономерна.

Тетрациклин не часто назначается поликлиническими врачами при ВП, однако устойчивость к нему вы-

сокая. Можно много дискутировать о причинах этого феномена, например, тетрациклины — наиболее часто используемая группа антибиотиков в животноводстве, рыбоводстве и ветеринарии, причём объёмы их потребления колоссальны, в сотни раз превышающие объёмы применения в медицине. Кроме того, дискуссионным является вопрос резистентности к доксициклину: высокий уровень устойчивости выявлен к природному тетрациклину, и попытка экстраполировать эти данные на всю группу полусинтетическим тетрациклинов не всегда корректна. Имеются данные о сохранении клинической эффективности доксициклина при выделении пневмококков, характеризующихся микробиологической устойчивостью к нему. Также минимальная устойчивость пневмококков отмечена к другому производному тетрациклина — миноциклину, и отсутствие устойчивых штаммов отмечено к тигециклину.

А.И. Синопальников

С целью оптимизации выбора АП для лечения больного ВП следует выделять несколько групп пациентов на основании тяжести заболевания. Во-первых, это определяет прогноз и принятие решения о месте лечения больного — амбулаторно или в стационаре. Во-вторых, в каждой из групп имеется свой спектр наиболее вероятных возбудителей. В-третьих, с учётом этого определяется тактика антибактериальной терапии с рекомендацией соответствующих препаратов и режимов терапии.

У больных с нетяжёлой пневмонией отсутствуют различия в эффективности аминопенициллинов, а также отдельных представителей класса макролидов или респираторных фторхинолонов. При более тяжёлом течении заболевания целесообразно начинать терапию с парентеральных антибиотиков. Через 2–4 дня лечения при условии нормализации температуры, уменьшении интоксикации и других симптомов рекомендуется переход на пероральное применение антибиотиков до завершения полного курса терапии (ступенчатая терапия). Наличие в стартовом режиме терапии тяжёлой пневмонии препаратов, активных в отношении «атипичных» микроорганизмов, улучшает прогноз заболевания.

С.В. Яковлев

Клиническая практика свидетельствует о том, что режим ступенчатой терапии при лечении госпитализированных больных ВП используется не часто. По данным С.А. Рачиной, ступенчатая терапия проводится не более чем в 20% случаях, а по моему опыту — существенно реже. Это можно объяснить недостаточной информированностью врачей, а также подспудной убеждёностью доктора, что парентеральные лекарства заведомо эффективнее пероральных. Это далеко не всегда так.

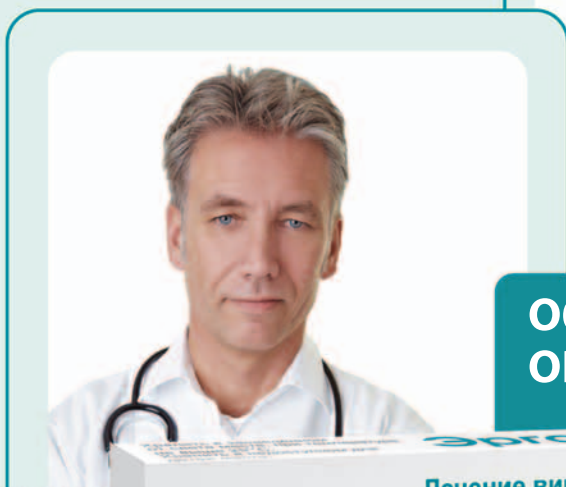
Конечно, у пациента с полиорганной недостаточностью не дискутируется способ введения антибио-

тика — только парентеральный. Однако у клинически стабильного пациента без нарушения функции желудочно-кишечного тракта существенных различий в фармакокинетике разных лекарственных форм антибиотиков не отмечается. Поэтому наличие у антибиотика пероральной лекарственной формы с хорошей биодоступностью является достаточным обоснованием для перевода пациента с парентерального лечения на пероральное, которое к тому же может быть существенно дешевле и удобнее для больного. Пероральные формы с высокой биодоступностью (более 90%) есть у многих парентеральных антибиотиков: амоксициллин/клавуланат, левофлоксацин, моксифлоксацин, кларитромицин, азитромицин. Также можно осуществлять ступенчатую терапию в случае применения парентерального антибиотика, не имеющего аналогичной формы для приёма внутрь с высокой биодоступностью. В этом случае замена производится назначением перорального антибиотика с идентичными микробиологическими характеристиками и оптимизированной фармакокинетикой, например, цефуросим в/в — цефуросим аксетил внутрь, ампициллин в/в — амоксициллин солютаб внутрь.

А.И. Синопальников

На время до первого введения антибиотика больным ВП обращать особое внимание стали относительно недавно. Это внимание аргументировано результатами двух ретроспективных исследований, в ходе которых удалось продемонстрировать статистически значимое снижение летальности среди госпитализированных больных ВП с ранним началом антимикробной терапии. Авторами первого из исследований было предложено пороговое время 8 ч, но последующий анализ показал, что более низкая летальность наблюдается при пороговом времени, не превышающем 4 ч. Важно подчеркнуть, что в упоминаемых исследованиях больные, получавшие антибиотики в первые 2 ч после врачебного осмотра, оказались клинически более тяжёлыми, нежели пациенты, которым антимикробная терапия назначалась спустя 2–4 ч после поступления в приёмное отделение стационара. В настоящее время эксперты, не считая возможным определить конкретный временной интервал от начала осмотра больного до введения первой дозы антибиотика, вместе с тем призывают к как можно более раннему началу лечения после установления предварительного диагноза заболевания.

Существует правило «третьего дня», согласно которому оценивать эффективность антимикробной терапии следует через 48–72 ч после её начала. Если у больного произошла нормализация температуры или она не превышает 37,1°C, уменьшились признаки интоксикации, нет дыхательной недостаточности или гемодинамических нарушений, то эффект от проводимого лечения следует расценивать как положительный, и приём антибиотика необходимо продолжить.



**Обоснованный выбор для лечения
ОРВИ, гриппа и их осложнений**



информация для специалистов

Рег. № 007362/10
реклама

Эргоферон

Новый препарат для лечения ОРВИ, гриппа и их осложнений обеспечивает три основных эффекта: противовирусный, противовоспалительный и антигистаминный.



ООО «НПФ «Матери Медика Холдинг»
Тел./факс (495) 684-43 33
Россия, 127473, г. Москва
3-ий Самотечный пер., дом 9
www.materiamedica.ru
Лицензия № 99-04-000422 от 10.12.07

При отсутствии ожидаемого эффекта рекомендуется к препарату первой линии, например, амоксициллину или «защищённым» аминопенициллинам добавить пероральные макролиды (предпочтительно азитромицин или кларитромицин). При неэффективности такой комбинации следует применять альтернативную группу препаратов — «респираторные» фторхинолоны. В случае изначально нерационального назначения антибиотика к препаратам первой линии, как правило, уже не обращаются, а переходят на приём «респираторных» фторхинолонов.

Не менее важным вопросом тактики антибиотикотерапии больных ВП является продолжительность лечения. В большинстве случаев антимикробная терапия больных ВП продолжается в течение 7–10 дней и более. Сравнительные исследования эффективности коротких и привычных (по длительности) курсов приёма антибиотиков не выявили достоверных различий как у амбулаторных, так и госпитализированных больных при условии, если проводимое лечение оказывалось адекватным. Весьма трудно, если вообще возможно, определить равную длительность антимикробной терапии для всех потенциально эффективных при ВП антибиотиков, поскольку некоторые из них (например, азитромицин) назначаются коротким курсом, что объясняется его длительным периодом полувыведения из очага инфекционного воспаления.

Согласно современным представлениям антимикробная терапия ВП может быть завершена при условии, что больной получал лечение не менее 5 дней, у него в течение последних 48–72 ч нормализовалась температура тела и отсутствуют критерии клинической нестабильности (тахипноэ, тахикардия, гипотензия и др.). Более продолжительное лечение необходимо в тех случаях, если инициальная антимикробная терапия не оказала воздействия на выделенный возбудитель или при развитии осложнений пневмонии. Сохранение отдельных клинических, лабораторных или рентгенологических признаков ВП не является абсолютным показанием к продолжению антимикробной терапии или её модификации. В подавляющем большинстве случаев их разрешение происходит самостоятельно.

А.И. Шехтер

Контрольное рентгенологическое обследование следует выполнять в обязательном порядке. Поскольку лучевая картина воспалительных изменений в лёгких обычно быстро меняется, отражая последовательно все анатомические изменения в воспалённых участках лёгкого, с помощью рентгенологического контроля, особенно компьютерной томографии, есть безусловная возможность проследить все этапы и сроки обратного развития пневмонии. В свою очередь это обстоятельство позволяет своевременно, обычно через 7–12 дней после изменения клинических признаков, выявить лучевые симптомы возможного осложнения течения болезни. Это проблема

вне- и внутрибольничных пневмоний, не отвечающих на адекватное антибактериальное лечение. Такие формы воспалений часто проходят под флагом «затяжных пневмоний». Лучевое исследование у таких больных, по-видимому, следует осуществлять с особым вниманием, ориентируясь на цифры, приведённые А.И. Синопальниковым: 17% пациентов с нетяжёлой ВП не отвечают должным образом на проводимое лечение. Это серьёзная цифра, которая обуславливает целесообразность более тщательного и, возможно, более частого лучевого контроля за состоянием лёгких, поскольку обнаруженное при лучевом исследовании затяжное разрешение очагово-инфильтративных изменений в лёгких даже на фоне отчётливого обратного развития клинических симптомов болезни предполагает в большинстве случаев модификацию антибактериальной терапии. Это весьма сложная проблема, и я попрошу прокомментировать обсуждаемую нами ситуацию Александра Игоревича.

А.И. Синопальников

Основной критерий эффективности антибактериальной терапии — обратное развитие клинических проявлений ВП, прежде всего, нормализация температуры тела. Сроки рентгенологического выздоровления, как правило, отстают от сроков выздоровления клинического. Здесь, в частности, уместно напомнить, что полнота и сроки рентгенологического разрешения пневмонической инфильтрации зависят и от вида возбудителя ВП. Так, если при микоплазменной пневмонии или пневмококковой пневмонии без бактериемии сроки рентгенологического выздоровления составляют в среднем 2 недели — 2 месяца и 1–3 месяца соответственно, то в случаях заболевания, вызываемых грамотрицательными энтеробактериями, этот временной интервал затягивается до 3–5 месяцев.

Отдельный случай — пневмонии с замедленным клиническим ответом и затянувшимся рентгенологическим разрешением у иммунокомпетентных больных. У большинства больных ВП к исходу 3–5 дней от начала потенциально эффективной антимикробной терапии нормализуется температура тела и регрессируют другие проявления заболевания. В тех же случаях, когда на фоне улучшения клинической картины к исходу 4-й недели от начала заболевания не удаётся достичь полного рентгенологического выздоровления, следует говорить о неразрешающейся/медленно разрешающейся или затяжной ВП. В подобной ситуации следует, прежде всего, установить возможные факторы риска затяжного течения ВП — преклонный возраст, серьёзные сопутствующие заболевания, тяжёлое течение ВП, мультилобарная инфильтрация, вторичная бактериемия и др. Если факторы риска медленного разрешения ВП присутствуют и одновременно в течении заболевания наблюдается клиническое улучшение, то целесообразно спустя

4 недели провести контрольное рентгенологическое исследование органов грудной клетки. Если же клинического улучшения не отмечается и/или у пациента отсутствуют факторы риска медленного разрешения ВП, то, безусловно, в незамедлительном порядке показано проведение компьютерной томографии и фибробронхоскопии.

С.В. Яковлев

В клинической практике неизбежны диагностические и терапевтические неточности. Пожалуй, основным из них является несоответствие стартового антибиотика принятым клиническим рекомендациям. Это может быть связано с недостаточным знакомством врачей с имеющимися клиническими рекомендациями, либо их игнорирование, либо, боюсь это произнести, элементарной неосведомленностью об их существовании. Другой ошибкой является отсутствие своевременной смены АП в случае его очевидной неэффективности. Приходится сталкиваться с такими случаями, когда АТ продолжается в течение недели, несмотря на отсутствие клинического эффекта. Реже встречаются ошибки в дозировании АП, длительности АТ.

Мы уже упоминали, что при риске присутствия в качестве этиологических агентов антибиотикорезистентных пневмококков пенициллины и цефалоспорины следует применять в увеличенной дозе (амоксциллин 2–3 г/сут, амоксициллин/клавуланат 3–4 г/сут, цефтриаксон 2 г/сут), а некоторые антибиотики не назначать (цефуросим, макролиды). Кроме того, следует признать ошибочным практикуемое назначение при ВП антибиотиков в субтерапевтических дозах в отношении пневмококков, например, азитромицина в суточной дозе 250 мг, кларитромицина в суточной дозе 500 мг, амоксициллин/клавуланата в лекарственной форме 625 мг (и тем более 375 мг). В настоящее время может быть оправдано увеличение дозы левофлоксацина до 750 мг.

А.И. Шехтер

Нередко мы являемся свидетелями необоснованной госпитализации больных ВП, что, по некоторым данным, имеет место почти в половине случаев ВП. Создаётся впечатление, что у большинства врачей принятие решения о госпитализации больного ВП субъективно, хотя на этот счёт имеются конкретные, прежде всего клинические показания. Основным показанием для госпитализации является тяжесть состояния больного, которое может быть обусловлено как самим лёгочным воспалением, приводящим к развитию дыхательной недостаточности, так и декомпенсацией имеющейся у больного сопутствующей патологии. Прежде всего, это усугубление сердечной недостаточности, почечной недостаточности, декомпенсация сахарного диабета, усилением когни-

тивных расстройств и ряда других признаков. Было бы целесообразно, а может и просто необходимо, чтобы врачи амбулаторного звена были «вооружены» пульсоксиметрами, что позволило бы объективно оценивать состояние больного и решать вопрос о госпитализации, в частности в отделения интенсивной терапии.

Существуют различные шкалы оценки тяжести пневмонии, однако некоторые из них довольно трудоёмки. Наиболее приемлема для этой цели шкала CURB-65, предусматривающая оценку уровня сознания, частоты дыхания, показателей систолического АД, содержания мочевины в крови и возраста больного (65 лет и более). Я бы сюда добавил также показатели пульсоксиметрии. Показана высокая корреляция баллов тяжести ВП CURB-65 и летальностью. В идеале следует внедрить стандартизованный подход к ведению пациента с ВП на основании балльной оценки CURB-65: количество баллов 0–1 — пациент может лечиться амбулаторно, выше — должен быть госпитализирован, причём в стационаре при наличии 0–2 баллов пациент находится в терапевтическом (пульмонологическом) отделении, при наличии 3 и более баллов — должен быть переведён в отделение интенсивной терапии.

Л.И. Дворецкий

В нашей беседе мы постоянно ссылаемся на современные клинические рекомендации по ведению больных ВП. Их положительные стороны не вызывают сомнений, поскольку: а) в них представлена квинтэссенция информации, накапливающейся десятилетиями; б) рекомендации, основывающиеся на современном уровне знаний, указывают на имеющиеся диагностические/лечебные дефекты; в) регламентированные рекомендациями лечебные подходы чрезвычайно важны при начальном выборе антибиотика при недостаточной информации о возбудителе; г) в рекомендациях заложены рациональные направления обследования больного и представлен унифицированный подход к ведению данной категории пациентов. При этом последний тезис не должен восприниматься превратно, поскольку широкая популяризация рекомендаций вовсе не означает утраты врачом известной автономии. Напротив, при выборе того или иного направления лечения сохраняется приоритет индивидуального подхода к конкретному больному, актуальной клинической ситуации. И наконец, следование отдельным положениям рекомендаций сопряжено с уменьшением вероятности неудачи лечения в первые 48–72 ч на 35% и снижением риска летального исхода на 45%!

На такой жизнеутверждающей и оптимистичной ноте мы закончим нашу беседу. Руководство и редакция журнала «Архивъ внутренней медицины» выражают глубокую благодарность всем участникам круглого стола.