

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра терапии ИПО

Рецензия профессора, ДМН кафедры Терапии ИПО Грищенко Елены Георгиевны на реферат ординатора первого года обучения специальности терапия Серен-оол Саяна Васильевна по теме: «Внебольничная пневмония».

Рецензия на реферат-это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающий анализ степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочетов и рекомендации по оценке. Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументировано защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако, автор должен придерживаться определенных негласных требований по содержанию. Для большего удобства, экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности Терапия:

П/н	Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Наличие орфографических ошибок	-
3.	Соответствие текста реферата	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Круг использования известных научных источников	+
9.	Умение сделать общий вывод	+

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента:

Дата: 01.01.2018

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра терапии ИПО

Реферат на тему: «Внебольничная пневмония»

Выполнила ординатор 1 года

Кафедры терапии ИПО Серен-оол Саяна Васильевна

На проверку: ДМН, профессор Грищенко Елена Георгиевна

Красноярск-2019

Содержание

1. Определение.....	3
2. Классификация	3
3. Этиология	3
4. Диагностика	4
5. Дифференциальная диагностика.....	7
6. Осложнения.....	10
7. Лечение	10

Внебольничная пневмония

внебольничных условиях, сопровождающееся симптомами инфекции нижних дыхательных путей (лихорадка, кашель, выделение мокроты, возможно гнойной, боли в груди, одышка) и рентгенологическими свидетельствами «свежих» очагово-инфильтративных изменений в лёгких при отсутствии очевидной диагностической альтернативы.

МКБ-10: • J15.9 Бактериальная пневмония неутончённая.

Аббревиатуры: КОЕ — колониеобразующая единица; FiO₂ — доля вдыхаемого кислорода.

Эпидемиология

Пневмонии относятся к числу наиболее распространённых острых инфекционных заболеваний.

■ **Заболеваемость** внебольничной пневмонией у взрослых (≥ 18 лет) колеблется от 1–11,6‰ у лиц молодого и среднего возраста до 25–44‰ в старших возрастных группах (≥ 65 лет).

■ **Летальность** при внебольничной пневмонии оказывается наименьшей (1–3%) у лиц молодого и среднего возраста без сопутствующих заболеваний. У лиц старших возрастных групп при наличии сопутствующих заболеваний (ХОБЛ, злокачественные новообразования, алкоголизм, сахарный диабет, заболевания почек и печени, сердечно-сосудистые заболевания и др.), а также в случаях тяжёлого течения пневмонии этот показатель достигает 15–30%.

Классификация

В настоящее время наибольшее распространение получила классификация, учитывающая условия, в которых развилось заболевание, особенности инфицирования лёгочной ткани, а также состояние иммунологической реактивности организма больного. В соответствии с этой классификацией выделяют следующие виды пневмонии.

■ **Внебольничная пневмония** (приобретённая вне лечебного учреждения, синонимы: домашняя, амбулаторная).

■ **Нозокомиальная пневмония** (приобретённая в лечебном учреждении, синонимы: госпитальная, внутрибольничная).

■ **Аспирационная пневмония.**

■ **Пневмония у лиц с тяжёлыми дефектами иммунитета** (врождённый иммунодефицит, ВИЧ-инфекция, ятрогенная иммуносупрессия).

Этиология

Этиология внебольничной пневмонии непосредственно связана с нормальной микрофлорой, колонизирующей верхние отделы дыхательных путей.

■ Из многочисленных микроорганизмов лишь некоторые, обладающие повышенной вирулентностью, способны при попадании в нижние отделы дыхательных путей вызывать воспалительную реакцию. Такими типичными возбудителями внебольничной пневмонии являются *Streptococcus pneumoniae* (30–50% случаев заболевания) и *Haemophilus influenzae* (до 10%).

- Определённое значение в этиологии внебольничной пневмонии имеют атипичные микроорганизмы, на долю которых в сумме приходится от 8 до 30% случаев заболевания: *Chlamydophila (Chlamydia) pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella pneumophila*.
- К редким (3–5%) возбудителям внебольничной пневмонии относятся *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, реже — другие энтеробактерии.
- В очень редких случаях в качестве этиологических агентов внебольничной пневмонии могут быть *Pseudomonas aeruginosa* (у больных муковисцидозом, бронхоэктазами).

Группы пациентов с внебольничной пневмонией и вероятные возбудители

Характеристика пациентов	Вероятные возбудители
Амбулаторные больные	
Внебольничная пневмония нетяжёлого течения у лиц моложе 60 лет без сопутствующей патологии	<i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Mycoplasma pneumoniae</i> <i>Chlamydophila pneumoniae</i> ? <i>Haemophilus influenzae</i>
Внебольничная пневмония нетяжёлого течения у лиц старше 60 лет и/или с сопутствующей патологией	<i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Haemophilus influenzae</i> <i>Staphylococcus aureus</i> <i>Enterobacteriaceae</i>
Госпитализированные больные	
Внебольничная пневмония нетяжёлого течения	<i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Haemophilus influenzae</i> <i>Chlamydophila pneumoniae</i> ? <i>Staphylococcus aureus</i> <i>Enterobacteriaceae</i>
Внебольничная пневмония тяжёлого течения	<i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Legionella</i> spp. <i>Staphylococcus aureus</i> <i>Enterobacteriaceae</i>

Диагностика

Клинические и рентгенологические симптомы и признаки

- Подозрение на пневмонию должно возникать при наличии у больного лихорадки в сочетании с жалобами на кашель, одышку, отделение мокроты и/или боли в груди. Характерны также немотивированная слабость, утомляемость, сильное потоотделение по ночам.
- Классические объективные признаки пневмонии, выявляемые при физическом обследовании пациента: укорочение (тупость) перкуторного тона над поражённым участком лёгкого, локально выслушиваемое бронхиальное дыхание, фокус звучных

мелкопузырчатых хрипов или инспираторной крепитации, усиление бронхофонии и голосового дрожания.

У части больных объективные признаки пневмонии могут отличаться от типичных или отсутствовать вовсе, в связи с чем для уточнения диагноза необходимо проведение рентгенографии грудной клетки

■ Наличие очагово-инфильтративных изменений в лёгких при рентгенографии грудной клетки в сочетании с соответствующей симптоматикой инфекции нижних дыхательных путей позволяет верифицировать диагноз пневмонии.

■ Рентгенологический признак пневмонии — инфильтративное, обычно одностороннее затемнение лёгочной ткани, которое может быть очаговым, сливным, сегментарным (полисегментарным), долевым (обычно гомогенным) или тотальным. Рентгенологическое исследование следует проводить в двух проекциях — задне-передней и боковой. При выполнении исследования следует оценить распространённость инфильтрации, наличие или отсутствие плеврального выпота, полости деструкции, признаков сердечной недостаточности.

■ Плевральный выпот (как правило, ограниченный) осложняет течение внебольничной пневмонии в 10–25% случаев и не имеет особого значения в предсказании этиологии заболевания.

■ Образование полостей деструкции в лёгких не характерно для пневмококковой, микоплазменной и хламидийной пневмоний, а скорее свидетельствует в пользу стафилококковой инфекции, аэробных грамотрицательных возбудителей кишечной группы и анаэробов.

■ В большинстве случаев, основываясь на анализе клинико-рентгенологической картины заболевания, не удаётся с определённой высказаться о вероятной этиологии внебольничной пневмонии

Лабораторная диагностика и дополнительные методы исследования

■ **Данные клинического анализа крови** не позволяют сделать вывод о потенциальном возбудителе пневмонии. Лейкоцитоз более $10-12 \cdot 10^9/\text{л}$ указывает на высокую вероятность бактериальной инфекции, а лейкопения ниже $3 \cdot 10^9/\text{л}$ или лейкоцитоз выше $25 \cdot 10^9/\text{л}$ являются неблагоприятными прогностическими признаками. Характерный признак заболевания — увеличение концентрации С-реактивного белка.

■ **Биохимические анализы крови** (функциональные тесты печени, почек, гликемия и др.) не дают какой-либо специфической информации, но обнаруживаемые отклонения могут указать на поражение ряда органов (систем), что имеет прогностическое значение.

■ **Газы артериальной крови.** У пациентов с явлениями дыхательной недостаточности необходимо определить газовый состав артериальной крови. При этом гипоксемия со снижением уровня pO_2 ниже 60 мм рт.ст. (при дыхании комнатным воздухом) является необходимостью помещения больного в отделение интенсивной терапии. Распространённая в России практика исследования газового состава в капиллярной крови имеет относительную диагностическую ценность, плохую

воспроизводимость и зачастую не соответствует изменениям газового состава артериальной крови.

Микробиологическое исследование

Материал для микробиологического исследования следует забирать до начала антибактериальной терапии. В противном случае временно прекращать лечение для проведения диагностических исследований нецелесообразно.

✧ **Время транспортировки** и хранения биологических образцов не должно превышать 4 ч. При несоблюдении данного условия вероятность выделения истинного возбудителя инфекции снижается, а контаминирующей флоры увеличивается.

✧ **Неконтаминированность материала.** Для получения неконтаминированного материала применяют фибробронхоскопию с «защищённой» бранш-биопсией слизистой оболочки бронхов, а также бронхоальвеолярный лаваж (БАЛ).

✧ При микробиологическом исследовании жидкости БАЛ диагностически значимым является **титр микробных тел** $> 10^4$ КОЕ/мл; материала, полученного с помощью «защищённой» бранш-биопсии — $> 10^3$ КОЕ/мл.

Стандартные методы микробиологического исследования:

бактериоскопия с окраской по Граму и посев мокроты, получаемой при глубоком откашливании. Перед началом микробиологического исследования необходимо произвести окраску мазка по Граму. При наличии в мазке менее 25 лейкоцитов и/или более 10 эпителиальных клеток (при просмотре не менее 8–10 полей зрения при малом увеличении) дальнейшее исследование нецелесообразно, так как в этом случае изучаемый материал скорее всего представляет собой содержимое ротовой полости. Диагностическая ценность результатов исследования мокроты может быть оценена как высокая при выделении потенциального возбудителя в концентрации $\geq 10^6$ КОЕ/мл. Интерпретация результатов бактериоскопии и посева мокроты должна проводиться с учётом клинических данных.

✧ Тяжелобольным (в том числе большинству госпитализированных пациентов) следует до начала антибактериальной терапии произвести **посевы венозной крови** (производится забор 2 образцов крови из 2 разных вен с интервалом в 30–40 мин, на каждый образец у взрослых пациентов необходимо отбирать не менее 20 мл крови).

✧ Серологическая диагностика инфекций, вызванных *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydophila pneumoniae* и *Legionella* spp., не рассматривается в ряду обязательных методов исследования.

Исследование плевральной жидкости.

При наличии плеврального выпота и условий безопасного проведения плевральной пункции (визуализация на латерограмме свободно смещаемой жидкости с толщиной слоя > 1 см) выполняется исследование плевральной жидкости. Необходимо произвести подсчёт лейкоцитов с лейкоцитарной формулой, определить pH, активность лактатдегидрогеназы, содержание белка, окрасить мазки по Граму и на кислотоустойчивые бактерии, выполнить посев на аэробы, анаэробы и микобактерии. **Фибробронхоскопия** или другие методы инвазивной диагностики (транстрахеальная аспирация, трансторакальная биопсия и др.) выполняются в таких случаях, как

подозрение на туберкулёз лёгких при отсутствии продуктивного кашля, «обструктивная пневмония» на почве бронхогенной карциномы, аспирированного инородного тела бронха и т.д. Поздняя диагностика и задержка с началом антибактериальной терапии (более 8 ч) обуславливают худший прогноз болезни

Критерии диагноза

Диагноз внебольничной пневмонии может быть определённым, неточным/неопределённым и маловероятным.

■ Диагноз внебольничной пневмонии является **определённым** при наличии у больного рентгенологически подтверждённой очаговой инфильтрации лёгочной ткани и по крайней мере двух клинических признаков из числа следующих: остролихорадочное начало заболевания (температура тела $> 38^{\circ}\text{C}$) - кашель с мокротой - физические признаки (фокус крепитации и/или мелкопузырчатых хрипов, жёсткого/бронхиального дыхания, укорочения перкуторного звука) - лейкоцитоз ($> 10 \cdot 10^9/\text{л}$) и/или палочко-ядерный сдвиг ($> 10\%$).

■ Отсутствие или недоступность рентгенологического подтверждения очаговой инфильтрации в лёгких (рентгенография или крупнокадровая флюорография органов грудной клетки) делает диагноз пневмонии **неточным/неопределённым**.

■ Если при обследовании пациента с лихорадкой, жалобами на кашель, одышку, отделение мокроты и/или боли в груди рентгенологическое исследование органов грудной клетки оказывается недоступным и отсутствует соответствующая локальная симптоматика (укорочение/тупость перкуторного звука над поражённым участком лёгкого, локально выслушиваемое бронхиальное дыхание, фокус звучных мелкопузырчатых хрипов или инспираторной крепитации, усиление бронхофонии и голосового дрожания), то предположение о внебольничной пневмонии становится **маловероятным**.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальный диагноз необходимо проводить со следующими заболеваниями и патологическими состояниями.

■ **Туберкулёз лёгких.** Для дифференциальной диагностики внебольничной пневмонии и туберкулёза лёгких необходимо выполнить исследование мазков мокроты на *Mycobacterium tuberculosis* по Цилю-Нильсену в 3 пробах мокроты, взятой 3 дня подряд в утренние часы. Наличие при микроскопии по Цилю-Нильсену хотя бы в одном из мазков кислотоустойчивых бацилл позволяет верифицировать диагноз. Алгоритм дифференциальной диагностики пневмонии и туберкулёза лёгких представлен на рисунке.

■ **Новообразования:** - первичный рак лёгкого (особенно так называемая пневмоническая форма бронхоолоальвеолярного рака)

- эндобронхиальные метастазы - аденома бронха - лимфома. С целью исключения новообразования все курильщикам в возрасте старше 40 лет, а также пациентам из других групп риска развития опухолевого процесса, демонстрирующим медленное

обратное развитие пневмонии, следует выполнять бронхоскопию. Для диагностики используются также бронхография, трансбронхиальная биопсия, КТ.

■ **Тромбоз эмболии лёгочной артерии и инфаркт лёгкого**

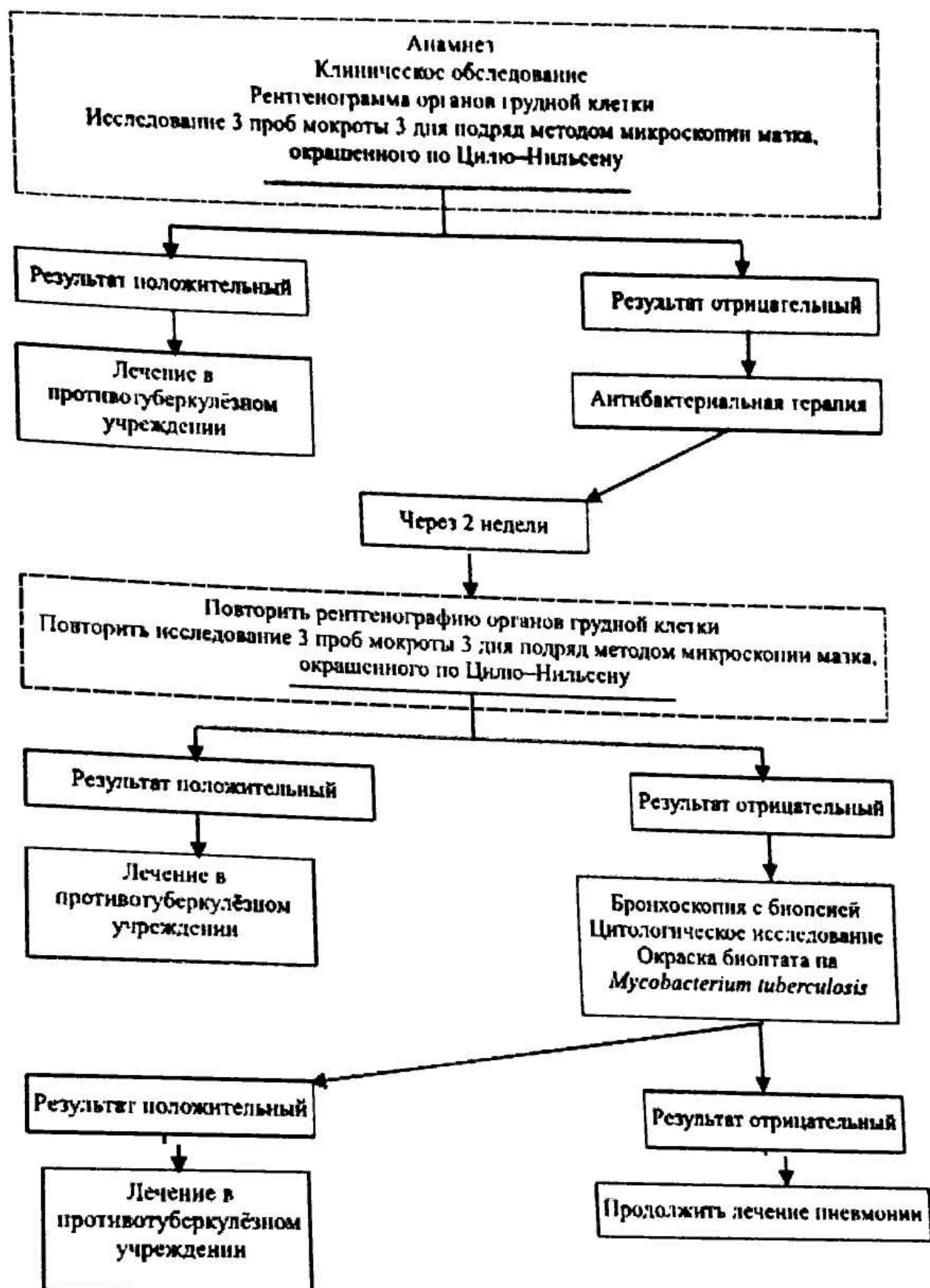
■ **Иммунопатологические заболевания:**

- ↗ системные васкулиты
- ↗ волчаночный пневмонит
- ↖ аллергический бронхолёгочный аспергиллёз
- ↖ облитерирующий бронхиолит с организующейся пневмонией
- ↖ идиопатический лёгочный фиброз
- ↖ эозинофильная пневмония
- ↖ бронхоцентрический гранулематоз.

■ **Прочие заболевания/патологические состояния:**

- ↗ застойная сердечная недостаточность
- ↖ лекарственная (токсическая) пневмопатия
- ↖ аспирация инородного тела
- ↖ саркоидоз
- ↖ лёгочный альвеолярный протеиноз
- ↖ липоидная пневмония
- ↖ округлый ателектаз.

Отличительные признаки отдельных заболеваний, требующих проведения дифференциального диагноза с внебольничной пневмонией представлены в табл. 2.



Осложнения заболевания

К осложнениям внебольничной пневмонии относятся:

- плевральный выпот (неосложнённый и осложнённый)
 - ◊ эмпиема плевры
- ◊ деструкция/абсцедирование лёгочной ткани
- ◊ острая дыхательная недостаточность
 - острый респираторный дистресс-синдром
 - септический шок
 - вторичная бактериемия, сепсис
- перикардит, миокардит
- менингит, нефрит и др.

Лечение

Цели лечения

- Эрадикация возбудителя
- Купирование симптомов заболевания
- Нормализация лабораторных показателей и функциональных нарушений
- Разрешение инфильтративных изменений в лёгочной ткани
- Профилактика осложнений заболевания.

Показания к госпитализации

■ Госпитализации подлежат больные по следующим показаниям:

◊ **Данные физического обследования:**

- частота дыхания ≥ 30 в минуту
- диастолическое АД ≤ 60 мм рт.ст.
- систолическое АД < 90 мм рт.ст.
- ЧСС ≥ 125 в минуту
- температуры тела $< 35,5$ °C или ≥ 40 °C
- нарушения сознания [8]А.

Лабораторные и рентгенологические данные:

- количество лейкоцитов периферической крови $< 4,0 \cdot 10^9/\text{л}$ или $> 25,0 \cdot 10^9/\text{л}$
- SatO₂ $< 92\%$ (по данным пульс-оксиметрии)
- pаO₂ < 60 мм рт.ст. и/или pаCO₂ > 50 мм рт.ст. (при дыхании комнатным воздухом)
- креатинин сыворотки крови $> 176,7$ мкмоль/л или азот мочевины > 7 ммоль/л
- пневмоническая инфильтрация, локализуемая более чем в одной доле
- наличие полости (полостей) распада • плевральный выпот • быстрое прогрессирование очагово-инфильтративных изменений в лёгких (увеличение размеров инфильтрации $> 50\%$ в течение ближайших 2 сут) • гематокрит $< 30\%$ или Hb < 90 г/л
- внелёгочные очаги инфекции (менингит, септический артрит и др.) • сепсис или полиорганная недостаточность, проявляющаяся метаболическим ацидозом (pH $< 7,35$), коагулопатией.

• Невозможность адекватного ухода и выполнения всех врачебных предписаний в домашних условиях.

Вопрос о предпочтительности стационарного лечения может быть рассмотрен в следующих случаях:

- Возраст старше 60 лет
- Сопутствующие заболевания (хронический бронхит или ХОБЛ, бронхоэктазы, злокачественные новообразования, сахарный диабет, хроническая почечная недостаточность, застойная сердечная недостаточность, хронический алкоголизм, наркомания, выраженный дефицит массы тела, цереброваскулярные заболевания)
- Неэффективность стартовой антибактериальной терапии
- Предпочтения пациента и/или членов его семьи.

В тех случаях, когда у больного имеют место признаки тяжёлого течения внебольничной пневмонии — тахипноэ ≥ 30 в минуту; систолическое АД < 90 мм рт.ст., двусторонняя или многодолевая пневмоническая инфильтрация, быстрое прогрессирование очагово-инфильтративных изменений в лёгких, септический шок или необходимость введения вазопрессоров > 4 ч, острая почечная недостаточность — требуется неотложная госпитализация в отделение/палату интенсивной терапии.

Первоначальная оценка эффективности антибактериальной терапии
должна проводиться через 48–72 ч после начала лечения. Основными критериями эффективности в эти сроки являются снижение интоксикации и температуры тела, отсутствие дыхательной недостаточности. Если у пациента сохраняются высокая лихорадка и интоксикация или симптоматика прогрессирует, то лечение следует признать неэффективным, а антибактериальный препарат надо заменить и повторно оценить целесообразность госпитализации пациента.

Таблица 3. Антибактериальная терапия внебольничной пневмоний у амбулаторных больных

Группа	Возбудители	ЛС выбора	Альтернативные ЛС
Нетяжёлая пневмония у пациентов в возрасте до 60 лет без сопутствующих заболеваний	<i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Mycoplasma pneumoniae</i> <i>Chlamydophila pneumoniae</i> ? <i>Haemophilus influenzae</i>	Амоксициллин внутрь или макролиды внутрь*	Респираторные фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин, спарфлоксацин) внутрь Доксициклин внутрь**
Нетяжёлая пневмония у пациентов старше 60 лет и/или с сопутствующими заболеваниями	<i>S. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i> <i>C. pneumoniae</i> <i>S. aureus</i> <i>Enterobacteriaceae</i>	Амоксициллин+клавулановая кислота внутрь или цефуроксим внутрь	Респираторные фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин, спарфлоксацин) внутрь

Таблица 4. Режим дозирования антибактериальных препаратов для эмпирической терапии внебольничной пневмонии у взрослых

ЛС	Внутрь	Парентерально
1	2	3
Бензилпенициллин	–	2 млн ЕД 4–6 раз в сутки
Амоксициллин	0.5–1 г 3 раза в сутки	–
Ампициллин	Не рекомендуется	1 г 4 раза в сутки
Амоксициллин + клавулановая кислота	0.625 г 3 раза в сутки	1.2 г 3 раза в сутки
Тикарциллин + клавулановая кислота	–	3.2 г 3 раза в сутки
Пиперациллин+тазобактам	–	4.5 г 3 раза в сутки
Цефуроксим	–	0.75 г 3 раза в сутки
Цефотаксим	–	1–2 г 3–4 раза в сутки
Цефтриаксон	–	1–2 г 1 раз в сутки

Цефепим	—	2 г 2 раза в сутки
Цефоперазон-сульбактам	—	2–4 г 2 раза в сутки
Имипенем	—	0.5 г 3 раза в сутки
Меропенем	—	0.5 г 3 раза в сутки
Эртапенем	—	1 г 1 раз в сутки
Азитромицин	0.25 г 1 раз в сутки*	—
Кларитромицин	0.5 г 2 раза в сутки	0.5 г 2 раза в сутки
Мидекамицин	0.4 г 3 раза в сутки	—
Рокситромицин	0.15 г 2 раза в сутки	—
Спирамицин	3 млн МЕ 2 раза в сутки	1.5 млн МЕ 3 раза в сутки
Эритромицин	0.5 г 4 раза в сутки	0.6 г 3 раза в сутки
Клиндамицин	0.3–0.45 г 4 раза в сутки	0.6 г 4 раза в сутки
Линкомицин	0.5 г 3 раза в сутки	0.3–0.6 г 3 раза в сутки
Доксициклин	0.1 г 2 раза в сутки	0.1 г 2 раза в сутки
Ципрофлоксацин	Не рекомендуется	0.2–0.4 г 2 раза в сутки
Офлоксацин	Не рекомендуется	0.4 г 2 раза в сутки
Гатифлоксацин [®]	0.4 г 1 раз в сутки	—
Левифлоксацин	0.5 г 1 раз в сутки	0.5 г 1 раз в сутки
Моксифлоксацин	0.4 г 1 раз в сутки	0.4 г 1 раз в сутки
Гентамицин	—	3–5 мг/кг 1 раз в сутки

Таблица 6. Антибактериальная терапия внебольничной пневмонии у госпитализированных больных

Группа	Возбудители	Рекомендованные режимы
Пневмония нетяжёлого течения	<i>S. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i> <i>C. pneumoniae</i> <i>S. aureus</i> <i>Enterobacteriaceae</i>	ЛС выбора: Бензилпенициллин в/в, в/м Ампициллин в/в, в/м Амоксициллин+клавулановая кислота в/в Цефуроксим в/в, в/м Цефотаксим в/в, в/м Цефтриаксон в/в, в/м Альтернативные ЛС: Респираторные фторхинолоны (левофлоксацин в/в, моксифлоксацин в/в, спарфлоксацин п/о)
Пневмония тяжёлого течения*	<i>S. pneumoniae</i> <i>Legionella</i> spp. <i>S. aureus</i> <i>Enterobacteriaceae</i>	ЛС выбора: Амоксициллин+клавулановая кислота в/в + макролид в/в Цефотаксим + макролид в/в Цефтриаксон + макролид в/в Цефепим в/в + макролид в/в Альтернативные ЛС: Респираторные фторхинолоны (левофлоксацин**, моксифлоксацин, спарфлоксацин***) Ранние фторхинолоны (ципрофлоксацин в/в, офлоксацин в/в) + цефалоспорины III поколения в/в

Прогноз

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

■ Факторы риска затяжного течения заболевания:

- возраст старше 55 лет
- алкоголизм
- сопутствующие инвалидизирующие заболевания внутренних органов (ХОБЛ, застойная сердечная недостаточность, сахарный диабет и др.)
- тяжёлое течение внебольничной пневмонии
- мультилобарная инфильтрация
- вирулентные возбудители заболевания (*Legionella pneumophila*, *Staphylococcus aureus*, грамотрицательные энтеробактерии)
- курение
- клиническая неэффективность

проводимой терапии (сохраняющиеся лейкоцитоз и лихорадка) · вторичная бактериемия.

- Если факторы риска затяжного течения заболевания присутствуют и одновременно наблюдается клиническое улучшение, целесообразно провести контрольное рентгенографическое исследование спустя 4 нед. Если же клинического улучшения не отмечается и/или у пациента отсутствуют факторы риска медленного разрешения пневмонии, показано незамедлительное проведение дополнительного обследования (КТ органов грудной клетки, фибробронхоскопия и другие методы исследования).

Использованная литература

1. Клинические рекомендации. Пульмонология Под редакцией А.Г. Чучалина
2. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ВЗРОСЛЫХ: ЧТО НАС ЖДЕТ В 2019 Г С.А. Рачина, А.И. Синопальников
3. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Козлов Р.С., Авдеев С.Н., Тюрин И.Е., Руднов В.А., Рачина С.А., Фесенко О.В. 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. Пульмонология 2017;14(4):13-48.
КиберЛенинка: <https://cyberleninka.ru/article/n/klinicheskie-rekomendatsii-po-vnebolnichnoy-pnevmonii-u-vzroslyh-cto-nas-zhdet-v-2019-g>
4. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ВЗРОСЛЫХ 2018
5. Инфекционная заболеваемость в Российской Федерации. Доступно по: <http://www.rosпотреbnadzor.ru> Ссылка активна на 12.12.2016.
6. Синопальников А.И. Внебольничная пневмония. В кн.: Внебольничные инфекции дыхательных путей. Руководство для врачей. Под ред. А.И. Синопальникова, Р.С. Козлова. – М: Премьер МТ, Наш Город, 2017. С. 295-308
- 7.
8. Ежлова Е.Б., Демина Ю.В., Шеенков Н.В., и соавт. Лабораторная диагностика внебольничных пневмоний. Методические указания МУК 4.2.3115 -13. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Москва, 2018.