

ПНЕВМОНИЯ: АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОСТИ

Р.Ф. Халитов

Кафедра внутренних болезней № 3 (зав. — доц. З.Ш. Хасанов) Казанского государственного медицинского университета

Несмотря на впечатляющие успехи фармакотерапии, разработку все новых и новых генераций антибактериальных препаратов, доля пневмоний в структуре заболеваемости человека достаточно велика. Так, в России ежегодно более 1,5 млн. человек наблюдаются врачами по поводу данного заболевания, из них 20% в связи с тяжестью заболевания поступают в стационары. Среди всех госпитализированных больных с бронхолегочным воспалением, не считая ОРВИ, число пациентов с пневмонией превышает 60% [10].

Пневмония достаточно часто является непосредственной причиной смерти человека, что имеет большое медико-социальное значение. Летальность колеблется от 1—3% при внебольничных пневмониях до 50—60% при так называемых госпитальных, а также у лиц старше 60 лет [2, 7, 14].

Медиками Москвы и Санкт-Петербурга были изучены за 5-летний период протоколы вскрытий умерших от пневмоний. Результаты оказались весьма удручающими. Правильный диагноз был выставлен в первые сутки госпитализации менее чем у трети пациентов, в течение первой недели — лишь у 40%. 27% госпитализированных умерли в первые сутки пребывания в стационаре. Совпадение клинического и патологоанатомического диагнозов отмечалось в 63% случаев. Гиподиагностика пневмоний составила 37%, гипердиагностика — 55%. В качестве основных причин гипо- и гипердиагностики назывались отсутствие рентгенологического обследования или неверная трактовка его результатов, недостаточное клиничко-лабораторное обследование и неправильное осмысление клинической картины [8, 10, 14].

Возможно, причинами этих мрачных цифр является изменение на современном этапе так называемого “золотого стандарта” при постановке диагноза пневмонии, включающего острое начало, лихорадку, кашель с мокротой, боль в грудной клетке, лейкоцитоз в крови, рентгенологически выявляемый консолидирующий инфильтрат в легочной ткани [2, 12, 16, 17]. Многие исследователи отмечают большую роль формального, поверхностного подхода врачей к вопросам диагностики и лечения такого “давно известного и хорошо изученного” заболевания, как пневмония [15]. Этим, вероятно, объясняются и рост заболеваемости, и ощутимый уровень летальности от пневмонии в течение последнего десятилетия.

Изменение клинической картины пневмоний в наши дни закономерно обусловило и пересмотр общепринятых классификаций 70—80-х гг. (Н.С. Молчанов, В.В. Ставская, 1971; О.В. Коро-

вина, 1978; Е.В. Гембицкий и соавт., 1983 и др.). На V Национальном конгрессе по болезням органов дыхания в Москве (1995) в докладе рабочей группы по результатам международного консенсуса по пневмониям была представлена новая классификация, в дальнейшем (1996) принятая на ученом совете по пульмонологии МЗ МП РФ в научном центре пульмонологии в качестве отечественного консенсуса по данному заболеванию. Рекомендованная классификация (более привлекательным и поэтому чаще употребляемым является термин “рубрификация”) учитывает место возникновения заболевания, некоторые особенности острого легочного воспаления и иммунологической реактивности больного. Она представлена следующими формами:

1. Внебольнично приобретенная пневмония.
2. Внутрибольнично приобретенная (госпитальная, нозокомиальная) пневмония.
3. Аспириационная пневмония.
4. Пневмония у лиц с иммунодефицитными состояниями.

Наиболее распространенным классом являются пневмонии первой группы. Ряд исследователей предлагают дифференцировать среди них такие подгруппы, как пневмонии в тесно взаимодействующих коллективах и пневмонии у больных с сопутствующими хроническими соматическими заболеваниями. Эти подгруппы с учетом их наибольшей распространенности встречаются в литературе и как внебольничные пневмонии у лиц до 65 лет и старше.

Каждый класс пневмоний, наряду с эпидемиологическими и клиничко-рентгенологическими особенностями, характеризуется также определенным спектром возбудителей. Данное обстоятельство становится весьма привлекательным в условиях продолжающегося ограничения диагностической значимости традиционных подходов к этиологической верификации пневмоний, так как позволяет обосновывать “эмпирический” выбор инициальной антибактериальной терапии [6, 11].

Пневмония 1-й группы у лиц до 65 лет возникает обычно в холодное время года при отсутствии фоновой патологии. До 80—90% выявляемых возбудителей приходится на долю *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella (Branhamella) catarrhalis*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella pneumophila*, *Chlamydia pneumoniae* [4, 17]. Последние три микроорганизма ответственны за так называемые атипические пневмонии, имеющие определенные особенности как в клинике, так и в диагностике и лечении.

Внебольничные пневмонии у лиц старше 65 лет возникают чаще на фоне сопутствующей соматической патологии (хронические obstructивные болезни легких, сахарный диабет, алкоголизм и т.д.). К основным возбудителям данной формы наряду с пневмококком, стафилококком и гемофильной палочкой могут быть отнесены аэробные грамотрицательные микроорганизмы (клебсиеллы, эшерихии и т.д.) [2].

Внутрибольничные (нозокомиальные) пневмонии возникают спустя 2 и более дней пребывания больного в стационаре при отсутствии клинико-рентгенологических признаков легочного воспаления при госпитализации. Данная форма пневмоний, вызываемая в основном грамотрицательной флорой и золотистым стафилококком, отличается тяжелым течением и самыми высокими показателями смертности, занимая третье место по распространенности среди внутрибольничных инфекций. Основными факторами риска являются послеоперационный период, сам факт пребывания в палатах интенсивной терапии, инвазивные вмешательства на дыхательных путях (трахеостомия, бронхоскопия и т.д.) [7].

Особое место среди внутрибольничных пневмоний занимают так называемые вентилятор-ассоциированные пневмонии (ВАП), развивающиеся у пациентов на искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Большое значение при этом имеют продолжительность ИВЛ и факт предшествующей антибиотикотерапии. У пациентов, не получавших антибактериальную терапию, ранние ВАП (продолжительность ИВЛ не превышает неделю) помимо пневмококков вызываются энтеробактериями, золотистым стафилококком. В этиологии поздних ВАП, возникающих, как правило, на фоне длительного антибактериального лечения, значительный удельный вес может занимать синегнойная палочка [1].

Аспирационные пневмонии распространены у категории психических больных, у лиц с заболеваниями ЦНС, рвотой. Они отличаются тяжелым течением с ранним развитием деструктивных осложнений, вызываются в основном анаэробной микрофлорой ротоглотки в чистом виде или в сочетании с грамотрицательными микроорганизмами [9].

Пневмонии четвертой группы характерны для онкологических пациентов, получающих иммуносупрессивную терапию, для наркоманов и ВИЧ-инфицированных. Наряду с распространенной грамотрицательной флорой, велико значение цитомегаловирусной и пневмоцистной инфекций, *Nocardia spp*, патогенных грибов и микобактерий [16].

Приведенная рубрификация пневмоний носит в какой-то степени условный характер, так как сочетает в себе разные принципы: этиологические, клинико-морфологические, патогенетические (аспирационные и иммунодефицитные). Поэтому было бы несправедливо умолчать о том, что она подвергается критике со стороны некоторых известных отечественных пульмонологов [12]. На наш взгляд, данное обстоятельство не является показателем низкой информативности

или качества рассматриваемой классификации. Напротив, неоднозначный подход ведущих ученых свидетельствует об актуальности проблемы и будет способствовать дальнейшим исследованиям в данном направлении.

При диагностике пневмонии как нозологической формы врач должен провести дифференциальную диагностику с целым рядом заболеваний, проявляющихся сходной синдромной симптоматикой, но отличных по своей сути и требующих иных лечебных подходов. Несмотря на то что некоторые исследователи [5] считают, что вопросы дифференциальной диагностики не представляют значительных трудностей, на основании приведенных выше данных можно убедиться в обратном.

Наиболее актуальными на уровне поликлинического звена являются вопросы дифференцирования пневмонии с гриппом и другими ОРВИ. Частота диагностических ошибок особенно возрастает в эпидемические периоды, когда до 10% случаев гриппа [3] осложняется пневмониями, как паренхиматозными, так и интерстициальными. Последние проявляются лишь усилением сосудистого рисунка (чаще односторонним) преимущественно в нижнемедиальных отделах за счет венозного полнокровия и иммунологического локального васкулита, отражающего иммунный ответ организма на вирусную инфекцию. Заполнение экссудатом малого количества альвеол обуславливает слабое поглощение рентгеновского излучения в очаге поражения, затушевывание его неизменной частью органа, воспалительной реакцией интерстиция. Отсутствие явной воспалительной инфильтрации на обзорной рентгенограмме не должно вызывать сомнений в диагнозе при наличии клинико-лабораторных признаков пневмонии.

В особых клинических ситуациях (при тяжелом состоянии больного, молниеносном течении процесса) показана компьютерная томография зоны интереса, обычно выявляющая мелкоочаговую инфильтрацию альвеол и небольшое количество плеврального выпота [5]. Клиническими признаками в пользу пневмонии при спорных ситуациях являются большая длительность лихорадочного периода (свыше 5 дней), боли в грудной клетке, выслушивание крепитации на ограниченном участке легкого. В качестве путей решения данной проблемы предлагается более широкое использование (особенно в эпидемические периоды) существующих методов ранней диагностики (иммунофлюоресцентная и люминесцентная риноцитоскопия, крупнокадровая флюорография или рентгенография органов грудной клетки).

Следующей по актуальности в силу широкой распространенности является проблема разграничения пневмоний и хронических неспецифических заболеваний легких. Следует отметить, что термин "хроническая пневмония", еще встречающийся, к сожалению, в медицинской документации, надо рассматривать как анахронизм, за исключением редких случаев верифицированного рецидивирующего карнифицирующего ло-

кального легочного воспаления [15]. В связи с этим отпадает необходимость в определении "острая" перед диагнозом пневмонии.

Наиболее часто ошибки наблюдаются при вспышке пневмонии на фоне уже существующей хронической бронхолегочной болезни. Хотя патогенетически очаговую бронхопневмонию можно рассматривать как осложнение обострения хронического бронхита, с нозологических позиций все же следует строго различать обе патологии. При дифференцировании следует, в первую очередь, помнить из определения пневмонии, что это **локальное** поражение респираторных отделов легкого, основным рентгенологическим признаком которого являются преимущественно односторонние инфильтративные очаговые затенения. Двусторонние пневмонии, вопреки расхожему мнению, встречаются в популяции значительно реже и характеризуются особо тяжелым течением. Существенное значение в пользу пневмонии имеют также выраженность синдрома интоксикации, боли в грудной клетке и появление локальных, ранее не определявшихся аускультативных признаков — крепитации, очагов бронхиального дыхания и мелкопузырчатых влажных хрипов.

В связи с ухудшением социально-экономических условий жизни населения большое значение на современном этапе приобретают вопросы дифференциальной диагностики пневмоний с различными формами туберкулеза и опухолевого поражения легких. Ведущее значение имеют как полнота сбора анамнеза и клинико-лабораторного обследования, так и хороший контакт и ответственность в работе различных служб медицинской помощи.

С распространением рыночных отношений на медицину и резким подорожанием койко-дня ограничилось показание для госпитализации больных с установленным диагнозом пневмонии [9]. Направляют в стационар при среднетяжелой и тяжелой формах заболевания, когда больному надо оказать экстренную медицинскую помощь, при отсутствии ощутимого эффекта от амбулаторного лечения в течение 3 дней, возрасте до 16 лет и старше 60, неудовлетворительных бытовых условиях проживания, поражении 2 и более сегментов легких, признаках гнойно-деструктивного поражения легкого, а также при наличии тяжелой сопутствующей соматической патологии. Больные с остальными формами пневмоний, вопреки укоренившейся практике, при надлежащей организации лечебно-диагностического процесса могут и должны лечиться в амбулаторных условиях.

Ведущее значение в лечении пневмоний как острых инфекционно-воспалительных заболеваний имеет антибактериальная терапия. Однако даже при наличии самого широкого выбора современных антибиотиков лечение будет неэффективным, если будут иметь место неправильная оценка клинико-рентгенологических данных, недоучет эпидемиологического анамнеза, сопутствующей соматической патологии, пренебрежение особенностями фармакокинетики и фарма-

динамики назначаемого препарата, отсутствие какого-либо плана рациональной антибиотикотерапии с учетом возбудителя [13].

В настоящее время, когда даже качественное микробиологическое исследование не позволяет выявить возбудителя пневмонии в 30—50% случаев, когда появляются новые микроорганизмы, не обнаруживаемые традиционными микробиологическими методами (хламидии, микоплазмы, легионеллы), многие авторы признают возможность эмпирического подхода к инициальной антибактериальной терапии [11, 18]. Тем не менее нельзя отрицать значение бактериологических исследований, так как по их результатам возможны адекватное лечение и более целенаправленная терапия с учетом чувствительности выделенных микроорганизмов [4].

Большим подспорьем в организации лечебного процесса для практических врачей становится принятая по результатам международного консенсуса отечественная рубрификация пневмоний, так как каждая из предложенных групп характеризуется преимущественно своим спектром возбудителей. Так, при внебольничных пневмониях у лиц молодого и среднего возраста без сопутствующей фоновой патологии инициальными антибиотиками признаны современные макролиды (ровамидин, кларид и т.д.) с учетом возрастающей частоты пенициллинрезистентных штаммов и довольно высокого процента атипичных микроорганизмов в данной группе [1, 10]. При внебольничной пневмонии у лиц старше 60 лет с большим удельным весом сопутствующих соматических заболеваний препаратами выбора становятся цефалоспорины второго поколения (цефуроксим, цефамандол и т.д.) либо комбинации полусинтетических пенициллинов с ингибиторами бета-лактамаз (аугментин, амоксиклав и т.д.) [2].

Внутрибольничные (нозокомиальные) пневмонии, вызываемые грамотрицательной флорой и стафилококками, отличающиеся тяжелым течением и наиболее высокой частотой неблагоприятных исходов, требуют назначения цефалоспоринов третьего поколения (клафоран, цефтазидим и т.д.) либо комбинаций аминогликозидов (гентамицин, амикацин и т.д.) с антибета-лактамазными пенициллинами. Комбинации аминогликозидов с цефалоспоринами третьего поколения иногда в сочетании с капельной инфузией метронидазола рекомендованы при аспирационных пневмониях [11]. Многие возбудители "поздних" вентилятор-ассоциированных пневмоний, возникающих у больных на длительной ИВЛ на фоне массивной антибактериальной терапии, характеризуются чрезвычайно высокой приобретенной устойчивостью к лечению. Препаратами выбора в данных условиях являются карбапенемы, комбинации аминогликозидов с антипсевдомонадными цефалоспоринами 3—4 поколений (цефтазидим), монобактамами (азтреонам), гликопептидами (ванкомицин) [18].

Пневмонии у иммунокомпрометированных лиц (на фоне цитостатической терапии, облучения, СПИДа и т.п.), вызываемые грамотрица-

тельными микроорганизмами, цитомегаловирусом и пневмоцистой, определяют необходимость назначения цефалоспоринов третьего поколения, аминогликозидов, или карбапенемов (тиенам и др.), котримаксозола [13].

Можно выделить также некоторые общие принципы рациональной антибиотикотерапии пневмоний [18]:

— проводить по возможности монотерапию (комбинации оправданы лишь при тяжелом осложненном течении заболевания с неизвестным возбудителем, наличии выраженного иммунодефицита, пневмониях, вызываемых слабочувствительными штаммами или микробными ассоциациями, выходящими за рамки применяемого препарата);

— при назначении препаратов с примерно одинаковой антибактериальной активностью предпочтение отдавать менее дорогому, а при равенстве и этого критерия — лекарству с более удобным режимом дозирования;

— первоначальную оценку эффективности проводить через 48—72 часа от начала лечения;

— длительность антибактериальной терапии ставить в зависимость от эффекта (нет смысла менять препараты через 10—14 суток при хорошем действии первого), исходной тяжести заболевания, осложнений и сопутствующей патологии (неоправданная длительность необоснованно повышает стоимость лечения и увеличивает вероятность суперинфекции);

— снижение стоимости стационарного лечения может быть достигнуто последовательным (парентерально) назначением одного антибиотика.

Успешное, полноценное излечение пневмонии зависит не только от адекватной антибактериальной терапии, но и от умелого сочетания мероприятий по дезинтоксикации, в ряде случаев применения иммунокорректирующих препаратов с воздействием на процессы перекисного окисления липидов, от улучшения микроциркуляции, физиотерапии и квалифицированной реабилитации пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антибактериальная терапия пневмоний у взрослых./Учебно-методическое пособие для врачей. — М., 1998.

2. Дворецкий Л.И.//Пульмонология. Приложение-97. Пневмония: актуальная проблема медицины. — С. 29—35.

3. Дуков Л.Г., Борохов А.И. Диагностические и лечебно-тактические ошибки в пульмонологии. — М., 1988.

4. Зубков М.Н.//Пульмонология. Приложение-97. Пневмония: актуальная проблема медицины. — С. 7—10.

5. Котляров П.М.// Пульмонология. Приложение-97. Пневмония: актуальная проблема медицины. — С. 44—48.

6. Материалы главного симпозиума “Пневмония” /Под ред. акад. РАМН, проф. А.Г. Чучалина. — VII Российский национальный конгресс по болезням органов дыхания. — М. 1997.

7. Николаенко Э.М.// Пульмонология. Приложение-97. Пневмония: актуальная проблема медицины. — С. 35—43.

8. Никонова Е.В., Черняев А.Л., Чучалин А.Г.// Пульмонология. — 1997. — № 1. — С. 75—91.

9. Пневмония. Методические рекомендации /Под ред. И.В. Лещенко. — Екатеринбург, 1995.

10. Пневмония: актуальная проблема медицины// Пульмонология. — 1997. — № 1. — С. 75—91.

11. Рациональная антибиотикотерапия пневмоний. — Методич. рекомендации./ Сост. А.И. Синопальниковым. — М., 1997.

12. Сильвестров В.П.//Пульмонология. Приложение-97. Пневмония: актуальная проблема медицины. — С. 29—35.

13. Сэнфорд Дж., Гилберт Д., Гербердинг Дж., Сэнде М. Антимикробная терапия. Пер. с англ. — М., 1996.

14. Черемисина И.А., Черняев А.Л., Ковальский Г.Б., Грантьев В.А.//Пульмонология. — 1997. — № 1. — С. 13—18.

15. Черняев А.Л.// Пульмонология. Приложение-97. Пневмония: актуальная проблема медицины. — С. 11—14.

16. Чучалин А.Г.// Пульмонология. Приложение-97. Пневмония: актуальная проблема медицины. — С. 15—18.

17. Юшон Ж.//Пульмонология. — 1997. — № 1. — С. 56—60.

18. Яковлев С.В.// Пульмонология. Приложение-97. Пневмония: актуальная проблема медицины. — С. 49—57.

Поступила 08.12.98.