

**MODERN ANTIBACTERIAL THERAPY OF PNEUMONIA IN THE CONDITIONS
OF THE THERAPEUTIC DEPARTMENT SBIHC "CDH" OF TEREK
Sherieva A.Yu. (Russian Federation) Email: Sherieva348@scientifictext.ru**

*Sherieva Albina Yurievna – Student,
MEDICAL FACULTY,
NORTH OSSETIAN STATE MEDICAL ACADEMY, VLADIKAVKAZ*

Abstract: pneumonia is a common disease of the respiratory system. With each passing century, the course of the disease is aggravated, as there are more and more new strains of virulent microorganisms that are the causative agents of pneumonia. The action of antibiotics weakens, the lethality of the disease increases. In Russia, there are about 1.5 million cases of pneumonia annually. The number of patients with a complicated course of the disease is growing due to insufficient assessment of the severity of the patient's condition. The number of patients with pneumonia remains one of the main problems in our country.

Keywords: pneumonia, antibacterial therapy.

**СОВРЕМЕННАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПНЕВМОНИЙ В
УСЛОВИЯХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГБУЗ «ЦРБ» Г. ТЕРЕК
Шериева А.Ю. (Российская Федерация)**

*Шериева Альбина Юрьевна – студент,
лечебный факультет,
Северо-Осетинская государственная медицинская академия, г. Владикавказ*

Аннотация: пневмония является достаточно распространенным заболеванием органов дыхания. С каждым столетием течение данного заболевания усугубляется, так как появляется все больше новых штаммов вирулентных микроорганизмов, являющихся возбудителями пневмонии. Действие антибиотиков слабеет, летальность заболевания увеличивается. В России ежегодно отмечается около 1,5 млн случаев пневмоний. Число больных с осложненным течением болезни растет из-за недостаточной оценки тяжести состояния больного. Количество больных пневмонией остается одной из главных проблем в нашей стране.

Ключевые слова: пневмония, антибактериальная терапия.

Цель: важность анализа антибактериальной терапии в лечении внебольничной пневмонии у взрослых на стационарном этапе в реальной практике.

Пневмония (воспаление легких) – группа различных по этиологии, патогенезу и морфологической характеристике, острых локальных инфекционно-воспалительных заболеваний легочной паренхимы, с преимущественным вовлечением в воспалительный процесс респираторных отделов (альвеол, бронхиол), наличием в них внутриальвеолярной экссудации, подтвержденных рентгенологически

Пневмония относится к числу распространенных заболеваний и занимает 4–5 место в структуре смертности развитых стран. Летальность при пневмониях составляет 2–5%, она возрастает до 15–20% среди лиц пожилого и старческого возраста. Основу эффективного лечения пневмоний составляет антибактериальная терапия, и правильное суждение о природе заболевания является решающим при выборе препарата.

Эпидемиология пневмонии: Заболеваемость 12/1000 человек в год

– **В возрасте до 1 года:** 30-50 случаев на 1000 населения в год

– **15-45 лет-** 1-5 случаев на 1000 населения в год

– **60-70 лет** 10-20 случаев на 1000 населения в год

– **71-85 лет** 50 случаев на 1000 населения в год

Цель: изучить особенности назначения антибактериальной терапии в лечении внебольничных пневмоний на примере пациентов, госпитализированных в терапевтическое отделение центральной районной больницы.

Материал и методы исследования: проанализировано 176 историй болезни пациентов, госпитализированных в терапевтическое отделение центральной районной больницы в период с января 2017 г. по май 2018 г.

Диагностические критерии пневмонии:

Обязательные (скрининговые) исследования в условиях стационара

- ◆ Общий клинический анализ крови
- ◆ Биохимический анализ крови
- ◆ Комплекс серологических исследований для диагностики сифилиса

- ◆ Анализ крови на наличие HBs – Ag
- ◆ Общий анализ мочи и кала
- ◆ ЭКГ
- ◆ Рентгенография органов грудной клетки (В)

Обязательные исследования при пневмонии в условиях стационара

- ◆ Общий анализ мокроты
- ◆ Окраска мокроты по Граму и ее посев
- ◆ Рентгенологическое исследование

По показаниям:

- ◆ Определение газов артериальной крови
- ◆ Серологическое исследование на ВИЧ
- ◆ Посев крови (дважды)
- ◆ Исследование плевральной жидкости (при наличии плеврального выпота)

Методы выявления возбудителя

- ◆ Посев крови и мокроты. Результат ожидается положительным, если пациент не лечился АБ до исследования и забор образцов выполнен правильно.
- ◆ Исследование Ag в моче – уреазный тест. Определение Ag Strept. pneum. И Legionella pneum. – тест положительный, даже если был накануне прием АБ.
- ◆ Серологическое исследование крови.
- ◆ Исследование на выявление вирусной этиологии

Тяжесть пневмонии по шкале CURB-65

- ◆ Спутанность сознания < 8 -1 балл
- ◆ Мочевина > 7 мкмоль/л – 1 балл
- ◆ Частота дыхания > 30 в минуту – 1 балл
- ◆ АДсист < 90 мм рт. ст. и/или АДдиаст < 60 мм рт. ст. – 1 балл
- ◆ Возраст > 65 лет – 1 балл

Оценка шкалы CURB-65 по рекомендации британского торакального общества

- ◆ 3 балла и более – повышен риск летального исхода – срочная госпитализация
- ◆ 2 балла – риск летального исхода сохраняется – кратковременное пребывание в больнице
- ◆ 0-1балл – низкий риск смерти – лечение на дому

Принципы лечения пневмонии:

- ◆ Активное и раннее воздействие на возбудитель путем рациональной антибиотикотерапии (оптимально – **не позднее 8 часов** после начала клинических проявлений (В).
- ◆ Противовоспалительная терапия
- ◆ Ликвидация токсемии
- ◆ Коррекция нарушенных функций органов дыхания и других систем организма
- ◆ Коррекция лечения заболеваний, способствующих развитию пневмонии

Нелекарственные меры

- ◆ Прекращение курения
- ◆ Адекватный прием жидкости
- ◆ Охранительный режим
- ◆ Гигиенические мероприятия
- ◆ Физиотерапевтическое воздействие

Показания к госпитализации:

- ◆ Возраст старше 65 лет;
- ◆ Серьезные сопутствующие заболевания (ХОБЛ, сахарный диабет, неврологические заболевания, алкоголизм, сердечная недостаточность);
- ◆ Признаки дыхательной недостаточности;
- ◆ Признаки нарушения жизненных функций организма;
- ◆ Лейкопения или выраженный лейкоцитоз;
- ◆ Септическое состояние;
- ◆ Отсутствие адекватного ухода в домашних условиях

Госпитализации подлежат больные из следующих групп(А)

- ◆ Частота дыхания ≥ 30 в минуту
- ◆ Диастолическое АД ≤ 60 мм.рт.ст.
- ◆ Систолическое АД ≤ 90 мм.рт.ст.
- ◆ ЧСС ≥ 120 в минуту
- ◆ Температура тела $\geq 40^{\circ}\text{C}$ или $\leq 35,5^{\circ}\text{C}$
- ◆ Нарушение сознания

Предположительная продолжительность антибиотикотерапии

- ◆ Пневмококк -5 суток после нормализации температуры
- ◆ Энтеробактерии, синегнойная палочка 21-42 сут
- ◆ Легионелла 21 сут
- ◆ Стафилококк 21 сут
- ◆ Пневмоциста 21 сут

Причины неэффективности антибактериальной терапии пневмонии

- ◆ Лечение начато в поздние сроки
- ◆ Неправильный выбор антибиотика
- ◆ Неадекватная дозировка антибиотика
- ◆ Неправильный диагноз заболевания
- ◆ Неверный «микробиологический диагноз»
- ◆ Тяжелое общее состояние больного
- ◆ Осложненное течение пневмонии
- ◆ Легочная суперинфекция

Критерии излечения пневмонии

- ◆ Хорошее общее самочувствие
- ◆ Стойкая нормализация температура тела
- ◆ Исчезновение локальных симптомов
- ◆ Нормализация показателей крови
- ◆ Нормализация рентгенологической картины

Результаты исследования: Среди лечившихся мужчины составляли 48,86%, женщины – 51,14%. Средняя продолжительность стационарного этапа составила 12,1 \pm 3,4 дня. При этом максимальная длительность лечения составила 26 дней, минимальная – 6, но чаще – 10 дней. Среди назначаемых антибиотиков лидером был цефтриаксон – 75% случаев, в 14,77% левофлоксацин и в 0,57% случаев азитромицин. Однако комбинация азитромицина с другими антибиотиками использовались в 2,85%. Амикацин использовался в лечении лишь в 0,57% и столько же в сочетании с левофлоксацином.

1 пациент получал азитромицин (0,57%) и 1 тиенам (0,57%). Смена антибиотика в процессе лечения имела место в 48 случаях (27,27%). Наиболее часто смена антибиотика из числа пациентов получивших цефтриаксон в количестве стартовой терапии осуществлялась назначением для дальнейшего лечения левофлоксацина (11,21%) и азитромицина (6,82%), лишь в 1 случае (10,57%) была смена цефтриаксона на ципрофлоксацин 0,58%. Все это косвенно указывает на достаточно высокие показатели резистентности микрофлоры к стартовой терапии антибиотиками. Отдельно следует отметить добавление к проводимой антибактериальной терапии противовирусного препарата флустоп. Флустоп был добавлен к лечению в 26,7% случаев.

Выводы: средний срок назначения антибактериальной терапии составил среди лечившихся 11,4 дня, но наиболее часто 10 дней. Чаще всех антибиотиков назначался цефтриаксон (75% случаев), реже левофлоксацин (в 14,77%) и лишь 0,57% азитромицин. Смена антибиотиков потребовалась в 27,27% случаев, что косвенно указывает на высокую антибиотикорезистентность к цефтриаксону. Не следует пренебрегать назначением противовирусной терапии, которая потребовалась в 26,7% случаев. Все это необходимо учитывать в практической деятельности врача.

Список литературы / References

1. Классификация клинических форм бронхолегочных заболеваний // Вестн. перинатол. и педиатр, 1996. Т. 41. № 6. С. 52-55.
2. Острые пневмонии / Под ред. В.К. Таточенко. Чебоксары, 1994. 323 с.

3. *Таточенко В.К., Рачинский С.В., Споров О.А.* Острые заболевания органов дыхания. М.: Медицина, 1981. 207 с.
4. Союз пульманологов России, Международный фонд охраны здоровья Научно-практическая программа «Острые респираторные заболевания. Лечение и профилактика». М., 2002.
5. Техническая база для рекомендаций ВОЗ по ведению больных пневмонией. Документ WHO/ARI/91/20. Geneva: WHO, 1991.
6. Таточенко В.К., Катосова Л.К., Федоров А.М. Этиологический спектр пневмоний // Пульмонология, 1997. № 2. С. 29-35.
7. *Козлов Р.С.* Пути оптимизации мониторинга, профилактики и фармакотерапии пневмококковых инфекций: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Смоленск, 2004.
8. *Ивановская Т.Е., Сорокин А.Ф., Катасонова Л.П.* Клинико-морфологические аспекты острых пневмоний, 1976. № 10. С. 9-14.
9. *Ляшко В.В.* Оптимизация скрининг-диагностики и стартового лечения острых пневмоний: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1993.
10. Комиссия по антибиотической комиссии МЗ РФ и РАМН. «Антибактериальная терапия пневмоний»: пособие для врачей. М., 2000 // Consilium medicum. 2001. Прил. 4-9.