

Американские (ATS/IDSA, 2019) и российские (РРО/МАКМАХ, 2019) рекомендации по ведению внебольничной пневмонии у взрослых. Два взгляда на актуальную проблему

А.И. Синопальников

ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия

✉ aisyn@list.ru

Аннотация

В статье представлен сравнительный анализ основных положений рекомендаций Американского торакального общества/Американского общества инфекционных болезней (ATS/IDSA), 2019 г., и проекта рекомендаций Российского респираторного общества/Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии (РРО/МАКМАХ), 2018 г., касающихся диагностики и антимикробной терапии внебольничной пневмонии у взрослых.

Ключевые слова: внебольничная пневмония у взрослых, клинические рекомендации.

Для цитирования: Синопальников А.И. Американские (ATS/IDSA, 2019) и российские (РРО/МАКМАХ, 2019) рекомендации по ведению внебольничной пневмонии у взрослых. Два взгляда на актуальную проблему. Consilium Medicum. 2020; 22 (3): 22–27. DOI: 10.26442/20751753.2020.3.200084

Review

United States (ATS/IDSA, 2019) and Russian (RRS/IACMAC, 2019) guidelines on community-acquired pneumonia management in adults. Two points of view on a pressing issue

Aleksander I. Sinopalnikov

Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow, Russia

✉ aisyn@list.ru

Abstract

The article presents a comparative analysis of basic provisions of the 2019 American Thoracic Society/Infectious Diseases Society of America (ATS/IDSA) guideline and the 2018 Russian Respiratory Society/Interregional Association for Clinical Microbiology and Antimicrobial Chemotherapy (RRS/IACMAC) draft guideline which consider diagnosis and antimicrobial therapy for community-acquired pneumonia in adults.

Key words: community-acquired pneumonia in adults, clinical recommendations.

For citation: Sinopalnikov A.I. United States (ATS/IDSA, 2019) and Russian (RRS/IACMAC, 2019) guidelines on community-acquired pneumonia management in adults. Two points of view on a pressing issue. Consilium Medicum. 2020; 22 (3): 22–27. DOI: 10.26442/20751753.2020.3.200084

Введение

Клинические рекомендации не новы. Однако заинтересованность врачебного сообщества в их разработке оказалась явлением главным образом последних десятилетий. При этом признаются различные «движущие силы» этого интереса в клинической практике. Одна из них заключается в том, что пассивное распространение научных достижений среди врачей и включение этих достижений в их повседневную практику часто оказываются безуспешными. Это становится еще более проблематичным из-за огромного объема и сложности информации, которая предоставляется врачам (и их пациентам) на постоянной основе. Даже предполагая, что врачи успели ознакомиться с новейшей литературой, очевидно, что не все они будут обладать навыками критической ее оценки [1].

История создания рекомендаций, посвященных ведению взрослых больных внебольничной пневмонией (ВП), насчитывает более 25 лет. У истоков создания первого подобного документа стоял итоговый доклад Североамериканской конференции, посвященной эмпирической антибактериальной терапии (АБТ) ВП [2], основные положения которого будут «резонировать» практически во всех в последующем создаваемых национальных и международных документах. Но фактически первыми клиническими рекомендациями, освещавшими вопросы диагностики, оценки степени тяжести и выбора эмпирической АБТ ВП у взрослых, явился систематизированный документ, разработанный экспертами Американского торакального общества (American Thoracic So-

ciety – ATS) в 1993 г. [3]. Его широкая популяризация в дальнейшем явилась мощным импульсом для создания подобных рекомендаций профессиональными сообществами врачей практически во всех странах, в том числе и в Российской Федерации, где их авторами стали эксперты Российского респираторного общества (РРО) и Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ) [4–6].

В последующем первоначальные версии рекомендаций регулярно пересматривались и обновлялись, что объяснялось появлением и распространением лекарственно-устойчивых штаммов актуальных респираторных возбудителей, развитием и внедрением в повседневную клиническую практику инновационных микробиологических и иммунологических методов диагностики, переосмыслением оценки прогноза/степени тяжести ВП, знакомством с новыми антибиотиками или новыми лекарственными формами уже известных антибиотиков.

Но, вероятно, ни одни рекомендации не ожидалось с таким нетерпением, как новый согласительный документ ATS/Американского общества инфекционных заболеваний (Infectious Diseases Society of America – IDSA) [7], увидевший свет в конце сентября 2019 г. В этой связи представляется чрезвычайно интересным сравнение ответов на ключевые вопросы о ведении взрослых больных ВП, содержащихся на страницах проекта рекомендаций РРО/МАКМАХ [8], вышедшего за 1 год до этого, с мнением американских коллег.

Вопросы и ответы

Вопрос №1. Следует ли проводить бактериоскопию¹ и культуральное исследование респираторных образцов при установлении диагноза ВП у амбулаторных больных?

Позиция экспертов ATS/IDSA: «У амбулаторных больных проведение подобных исследований нецелесообразно, поскольку в данной клинической ситуации они характеризуются крайне низкой результативностью и не сопровождаются лучшими исходами» [7].

Позиция экспертов PPO/МАКМАХ: «В данной группе больных исследования, направленные на верификацию этиологического диагноза при ВП, недостаточно информативны, ... не оказывают существенного влияния на тактику лечения и прогноз» [8].

Вопрос №2. Следует ли проводить бактериоскопию¹ и культуральное исследование респираторных образцов при установлении диагноза ВП у госпитализированных больных?

Позиция экспертов ATS/IDSA: «Проведение бактериоскопии и культурального исследования респираторных образцов рекомендуется у следующих групп госпитализированных больных ВП:

- больные тяжелой ВП (особенно интубированные пациенты!);
- если больные получают эмпирическую АБТ, активную в отношении устойчивого к метициллину *Staphylococcus aureus* (MRSA) и *Pseudomonas aeruginosa*;
- если ранее больные были инфицированы MRSA или *P. aeruginosa*;
- если за последние 90 дней больные находились на стационарном лечении или получали парентеральную АБТ (по любому поводу)» [7].

При этом подчеркивается, что у больных пневмококковой пневмонией, осложненной вторичной бактериемией, бактериоскопия и культуральное исследование качественных образцов мокроты оказываются результативными в 86% случаев [9].

Позиция экспертов PPO/МАКМАХ: «Всем госпитализированным больным ВП рекомендуются бактериоскопия и культуральное исследование респираторного образца – мокроты или трахеального аспирата у интубированных пациентов» [8]. Одновременно указывается, что интерпретация результатов культурального исследования мокроты и должна проводиться с учетом результатов бактериоскопии и клинических данных, так как данные образцы могут быть контаминированы микрофлорой полости рта и верхних дыхательных путей [10].

Вопрос №3. Следует ли проводить исследование гемокультуры при установлении диагноза ВП?

Позиция экспертов ATS/IDSA: «У большинства больных нетяжелой ВП исследование гемокультуры нецелесообразно, поскольку характеризуется низкой результативностью, как правило, не приводит к модификации эмпирической АБТ, нередко демонстрирует ложноположительные результаты, что, в свою очередь, обуславливает большую продолжительность лечения». Напротив, исследование гемокультуры настоятельно «... рекомендуется у следующих групп больных:

- больные тяжелой ВП (особенно интубированные пациенты!);
- если больные получают эмпирическую АБТ, активную в отношении MRSA и *P. aeruginosa*;
- если ранее больные были инфицированы MRSA или *P. aeruginosa*» [7].

Позиция экспертов PPO/МАКМАХ: «Всем пациентам с тяжелой ВП рекомендуется культуральное исследование

двух последовательно взятых образцов венозной крови» [8]. Бактериemia встречается при инфицировании разными возбудителями (*Enterobacteriales*, *P. aeruginosa*, *S. aureus*), но наиболее характерна для ВП пневмококковой этиологии [11, 12].

Вопрос №4. Следует ли проводить исследование по определению антигенов *Legionella pneumophila* и *Streptococcus pneumoniae* в моче при установлении диагноза ВП?

Позиция экспертов ATS/IDSA: «Не рекомендуется проводить исследование по определению легионеллезной и пневмококковой антигенурии за исключением эпидемиологических указаний на вспышку легионеллезной инфекции или недавних путешествий, а также случаев тяжелой ВП» [7]. Целесообразность последнего положения аргументируется результатами исследований, доказывающими, что применение данных тестов у больных тяжелой ВП сопровождается снижением летальности, а большинство случаев легионеллезной инфекции оказываются спорадическими [13, 14].

Позиция экспертов PPO/МАКМАХ: «Всем пациентам с тяжелой ВП рекомендуются экспресс-тесты по выявлению пневмококковой и легионеллезной антигенурии» [8]. При этом подчеркивается, что экспресс-тесты остаются положительными в течение нескольких недель после перенесенного эпизода ВП, поэтому они имеют диагностическую ценность только при наличии клинических признаков заболевания [15]. Важным также признается то обстоятельство, что экспресс-тест на пневмококковую антигенурию может оказаться ложноположительным при носительстве *S. pneumoniae* у пациентов с ХОБЛ [16].

Вопрос №5. Следует ли при решении вопроса о начале АБТ опираться только на клинические данные или дополнять последние определением концентрации прокальцитонина в сыворотке крови?

Позиция экспертов ATS/IDSA: «При решении вопроса о начале АБТ следует опираться на клинические и рентгенологические данные независимо от актуальной концентрации прокальцитонина» [7]. Данное положение подкрепляется свидетельствами крайне варибельной чувствительности теста по определению концентрации прокальцитонина с целью идентификации бактериальной инфекции (38–91%) [17].

Позиция экспертов PPO/МАКМАХ: «Количественное исследование прокальцитонина не продемонстрировало значимых преимуществ при ВП по сравнению с С-реактивным белком [17], характеризуется высокой стоимостью и ограниченной доступностью в РФ» [8]. В этой связи в российских рекомендациях указывается на целесообразность исследования в сыворотке крови всем госпитализированным больным ВП. А наиболее ценным с практической точки зрения является исследование уровня С-реактивного белка у лиц с неопределенным диагнозом ВП:

- а) при концентрации более 100 мг/л его специфичность в подтверждении диагноза превышает 90%;
- б) при концентрации менее 20 мг/л диагноз ВП является маловероятным [18, 19].

Вопрос №6. Следует ли при решении вопроса о целесообразности лечения в амбулаторных условиях или госпитализации больного ВП полагаться только на клинические данные или дополнять их шкалами оценки прогноза?

Позиция экспертов ATS/IDSA: «При решении вопроса о госпитализации целесообразно наряду с клинической оценкой больного использовать и шкалы оценки прогноза ВП.

¹Окрашенные по Граму мазки мокроты/бронхиальный секрет.

| Критерии | Характеристика |
|-----------------------------|---|
| Нарушения сознания | Специфическая характеристика отсутствует |
| Азот мочевины в крови | ≥20 мг/дл |
| Тахипноэ | Частота дыхания ≥30/мин |
| Мультилобарная инфильтрация | Специфическая характеристика отсутствует |
| Гипоксемия | PaO ₂ /FiO ₂ <250 мм рт. ст. |
| Тромбоцитопения | <100 000/мм ³ |
| Артериальная гипотензия | Систолическое артериальное давление менее 90 мм рт. ст. (потребность во введении растворов) |
| Лейкопения | <4000/мм ³ |

*Наличие 3 и более «малых» критериев трактуется как указание на тяжелую ВП и рассматривается как показание для помещения больного в ОИТ. PaO₂ – парциальное напряжение кислорода в артериальной крови (в мм рт. ст.); FiO₂ – фракция кислорода во вдыхаемом воздухе (в норма – 0,21).

При этом следует учитывать дополнительные факторы, основывающие стационарное лечение (затруднения при пероральном приеме лекарственных препаратов, алкоголизм, наркомания, когнитивные расстройства, серьезные сопутствующие заболевания и др.) [7]. При этом, по их мнению, шкала PORT (Pneumonia Patient Outcomes Research Team)/индекс PSI (Pneumonia Severity Index) [20] имеет определенные преимущества перед шкалой CURB-65 (Confusion, Blood urea, Respiratory rate, Blood pressure, Age ≥65) [21], обладая, в частности, большей дискриминационной силой в предсказании неблагоприятного исхода ВП [22].

Позиция экспертов PPO/МАКМАХ: «Всем амбулаторным пациентам с ВП для оценки прогноза рекомендуется использовать шкалу CURB-65/CRB-65; у госпитализированных больных ВП для оценки прогноза рекомендуется использовать шкалу CURB-65/CRB-65 или индекс тяжести пневмонии PSI/шкалу PORT» [8].

Вопрос №7. Следует ли при решении вопроса о целесообразности лечения больного ВП в палатном отделении или в отделении интенсивной терапии (ОИТ) полагаться на клинические данные или наряду с ними использовать и шкалы оценки прогноза?

Позиция экспертов ATS/IDSA: «Больной ВП, нуждающийся в вазопрессорной или респираторной поддержке/механической вентиляции (так называемые большие критерии), должен быть непосредственно направлен в ОИТ. Если же необходимость в подобных вмешательствах отсутствует, то следует проанализировать наличие так называемых малых критериев IDSA/ATS, 2007» (табл. 1) [7].

При наличии соответствующих показаний, что предполагает тщательную оценку прогноза заболеваний в приемном отделении стационара, целесообразно направить больного непосредственно в ОИТ, что коррелирует с лучшей выживаемостью по сравнению с помещением пациента в палатное отделение и последующим переводом в ОИТ [24, 25].

Позиция экспертов PPO/МАКМАХ: «Всем госпитализированным больным ВП для оценки тяжести и определения показаний к госпитализации в ОИТ рекомендуется использовать "большие" и "малые" критерии IDSA/ATS, 2007, или шкалу SMART-COP [26]».

Вопрос №8. Какую эмпирическую АБТ следует рекомендовать больному ВП в амбулаторных условиях?

Позиция экспертов ATS/IDSA описана в табл. 2.

Позиция экспертов PPO/МАКМАХ: см. вшивку [8].

| Клинические сценарии | Режимы терапии |
|---|---|
| Отсутствие коморбидности или ФП MRSA- или <i>P. aeruginosa</i> -инфекции* | <ul style="list-style-type: none"> Амоксициллин или доксициклин или макролид (если локальная резистентность <i>S. pneumoniae</i> <25%) |
| Наличие коморбидности** | <ul style="list-style-type: none"> Амоксициллин/клавуланат или цефалоспорины + макролид или доксициклин или «респираторный» фторхинолон (монотерапия) |

*Ранее имевшее место выделение из респираторных образцов MRSA или *P. aeruginosa*, недавняя госпитализация или парентеральное введение антибиотиков (за последние 90 дней); **хронические сердечно-сосудистые, бронхолегочные заболевания, заболевания печени, почек, сахарный диабет, алкоголизм, злокачественные новообразования, аспления. Амоксициллин, 1,0 г 3 раза в день; доксициклин, 100 мг 2 раза в день; азитромицин, 500 мг в 1-й день, 250 мг в последующие 4 дня; кларитромицин, 500 мг 2 раза в день или кларитромицин с медленным высвобождением, 1000 мг 1 раз в день; амоксициллин/клавуланат, 500/125 мг 3 раза в день или 875/125 мг 2 раза в день или 2000/125 мг 2 раза в день; цефподоксим, 200 мг 2 раза в день; цефуроксим, 500 мг 2 раза в день; левофлоксацин, 750 мг 1 раз в день; моксифлоксацин, 400 мг 1 раз в день; гемифлоксацин, 320 мг 1 раз в день. ФП – факторы риска.

| Клинические сценарии | Режимы терапии |
|--|---|
| Нетяжелая пневмония (палатное отделение) | <ul style="list-style-type: none"> β-Лактам** + макролид*** или «Респираторный» фторхинолон (монотерапия)**** |
| Тяжелая пневмония (ОИТ) | <ul style="list-style-type: none"> β-Лактам** + макролид*** или β-Лактам** + «респираторный» фторхинолон**** |

*Ранее имевшее место выделение из респираторных образцов MRSA или *P. aeruginosa*, недавняя госпитализация или парентеральное введение антибиотиков (за последние 90 дней); **ампициллин/сульбактам, 1,5–3,0 г каждые 6 ч; цефотаксим, 1,0–2,0 г каждые 8 ч; цефтриаксон, 1,0–2,0 г каждые 24 ч; цефтаролин, 600 мг каждые 12 ч; ***азитромицин, 500 мг каждые 24 ч или кларитромицин, 500 мг 2 раза в день; ****левофлоксацин, 750 мг 1 раз в день или моксифлоксацин, 400 мг 1 раз в день.

Вопрос №9. Какую эмпирическую АБТ следует рекомендовать при лечении больного ВП в условиях стационара?

Позиция экспертов ATS/IDSA описана в табл. 3–7.

Позиция экспертов PPO/МАКМАХ отражена на рисунке [8].

Вопрос №10. Какова оптимальная продолжительность АБТ больных ВП на дому и в стационаре при достижении клинического улучшения?

Позиция экспертов ATS/IDSA: «Больные, у которых в ближайшие 48–72 ч достигнуто клиническое улучшение (клиническая стабильность), должны продолжить лечение в общей сложности в течение 5 дней. В случаях предполагаемой или доказанной MRSA- или *P. aeruginosa*-инфекции лечение следует продолжать в течение 7 дней» [7].

Позиция экспертов PPO/МАКМАХ: «Оптимальная продолжительность АБТ больных ВП до настоящего времени не определена и зависит от различных факторов – возраста, сопутствующих заболеваний, наличия осложнений, скорости "ответа" на лечение и пр.

При решении вопроса об отмене АБТ рекомендуется руководствоваться следующими критериями (должны присутствовать все нижеперечисленные):

- стойкое снижение температуры тела <37,2°C в течение не менее 48 ч;
- отсутствие интоксикационного синдрома;
- частота дыхания <20/мин (у пациентов без хронической дыхательной недостаточности);

Таблица 4. Эмпирическая АБТ больных ВП в условиях стационара в случае ранее выделявшегося из респираторных образцов MRSA согласно рекомендациям ATS/IDSA, 2019 [7]

| Клинические сценарии | Режимы терапии |
|--|---|
| Нетяжелая пневмония (палатное отделение) | Добавить анти-MRSA-терапию* и провести культуральные исследования респираторных образцов/ПЦР назальных образцов для последующей деэскалации или продолжения терапии |
| Тяжелая пневмония (ОИТ) | Добавить анти-MRSA-терапию* и провести культуральные исследования респираторных образцов/ПЦР назальных образцов для последующей деэскалации или продолжения терапии |

*Ванкомицин, 15 мг/кг каждые 12 ч или линезолид, 600 мг каждые 12 ч. ПЦР – полимеразная цепная реакция.

Таблица 5. Эмпирическая АБТ больных ВП в условиях стационара в случае ранее выделявшейся из респираторных образцов *P. aeruginosa* согласно рекомендациям ATS/IDSA, 2019 [7]

| Клинические сценарии | Режимы терапии |
|--|--|
| Нетяжелая пневмония (палатное отделение) | Добавить антисинегнойную терапию* и провести культуральные исследования респираторных образцов с целью последующей деэскалации или продолжения терапии |
| Тяжелая пневмония (ОИТ) | Добавить антисинегнойную терапию* и провести культуральные исследования респираторных образцов с целью последующей деэскалации или продолжения терапии |

*Пиперацillin/тазобактам, 4,5 г каждые 6 ч; цефепим, 2,0 г каждые 8 ч; цефтазидим, 2,0 г каждые 8 ч; имипенем, 500 мг каждые 6 ч, меропенем, 1,0 г каждые 8 ч; азтреонам, 2,0 г каждые 8 ч.

Таблица 6. Эмпирическая АБТ больных ВП в условиях стационара в случае недавней госпитализации и/или недавней парентеральной АБТ и наличия локальных ФР MRSA согласно рекомендациям ATS/IDSA, 2019 [7]

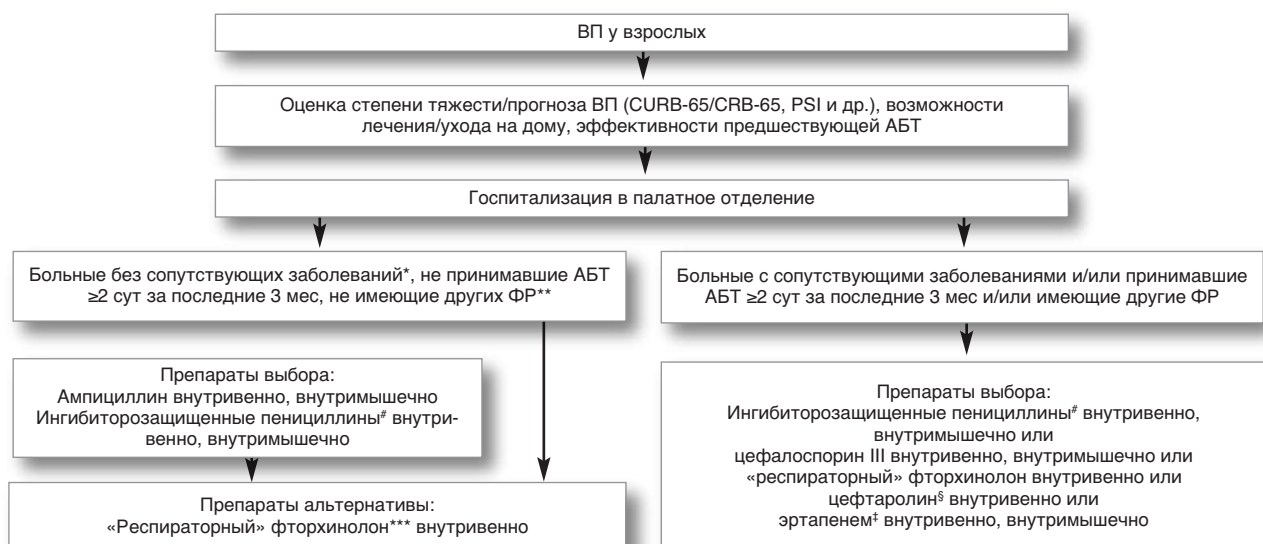
| Клинические сценарии | Режимы терапии |
|--|--|
| Нетяжелая пневмония (палатное отделение) | Воздерживаться от назначения анти-MRSA-терапии* до получения положительных результатов культурального исследования респираторных образцов или ПЦР назальных образцов |
| Тяжелая пневмония (ОИТ) | Добавить анти-MRSA-терапию* и провести культуральные исследования респираторных образцов/ПЦР назальных образцов для последующей деэскалации или продолжения терапии |

*Ванкомицин, 15 мг/кг каждые 12 ч или линезолид, 600 мг каждые 12 ч.

Таблица 7. Эмпирическая АБТ больных ВП в условиях стационара в случае недавней госпитализации и/или недавней парентеральной АБТ и наличия локальных ФР *P. aeruginosa* согласно рекомендациям ATS/IDSA, 2019 [7].

| Клинические сценарии | Режимы терапии |
|--|--|
| Нетяжелая пневмония (палатное отделение) | Начать антисинегнойную терапию* только после получения положительных результатов культурального исследования респираторных образцов |
| Тяжелая пневмония (ОИТ) | Добавить антисинегнойную терапию* и провести культуральные исследования респираторных образцов с целью последующей деэскалации или продолжения терапии |

*Пиперацillin/тазобактам, 4,5 г каждые 6 ч; цефепим, 2,0 г каждые 8 ч; цефтазидим, 2,0 г каждые 8 ч; имипенем, 500 мг каждые 6 ч, меропенем, 1,0 г каждые 8 ч; азтреонам, 2,0 г каждые 8 ч.

Алгоритм эмпирической АБТ больных ВП в условиях стационара (палатное отделение) согласно рекомендациям PPO/МАКМАХ, 2018 [8].

*Хронический бронхит/хроническая обструктивная болезнь легких; сердечная недостаточность; сахарный диабет; хроническая почечная недостаточность; диффузные заболевания печени; хронический алкоголизм; наркомания; упадок питания; **недавняя госпитализация, пребывание в домах престарелых, лечение ран в домашних условиях и др.; ***левофлоксацин, моксифлоксацин; #амоксциллин/клавулат, амоксициллин/сульбактам, ампициллин/сульбактам; †предпочтителен при высокой распространенности пенициллинорезистентных пневмококков или ФР инфицирования ими; ‡пациенты из учреждений длительного ухода, наличие ФР аспирации, пожилой и старческий возраст больного с множественной сопутствующей патологией.

- отсутствие гнойной мокроты (за исключением пациентов с ее постоянной продукцией);
- количество лейкоцитов крови $<10 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилов $<80\%$, юных форм $<6\%$ [8].

Вопрос №11. Следует ли больным с достигнутым клиническим улучшением (выздоровлением) проводить контрольное рентгенологическое исследование органов грудной клетки?

Позиция экспертов ATS/IDSA: «Больным ВП, у которых наблюдается разрешение клинических симптомов в течение ближайших 5–7 дней, целесообразно проведение контрольного рентгенологического исследования» [7].

Объяснение этого неожиданного, на первый взгляд, положения рекомендаций состоит в следующем. Как известно, рентгенологическое выздоровление по времени, как правило, отстает от выздоровления клинического. При этом контрольное исследование нередко рассматривается как важная составляющая онкологического скрининга. Между тем результативность данной диагностической стратегии зачастую оказывается ограниченной. Так, в ходе длительного наблюдения за больными (преимущественно пожилыми курившими/курящими мужчинами), переносившими ВП, в среднем через 297 дней в 9,2% случаев был установлен диагноз рака легкого. Однако только у 27% из них злокачественное новообразование было диагностировано в течение первых 90 дней после выписки из стационара [27]. Отсюда следует очевидный для авторов рекомендаций ATS/IDSA вывод – повторная рентгенография органов грудной клетки, выполняемая, как правило, на 2–4-й неделе от начала заболевания, оказывается малоинформативной в первичной диагностике злокачественного новообразования легких, и потому от ее проведения у пациентов с достигнутым клиническим улучшением/выздоровлением можно отказаться.

В противоположность этому в нашей стране, отмеченной существенно большей популярностью табакокурения (так, в частности, число курящих мужчин в РФ составляет 38% [28]), проблемной для немалого числа регионов экологией, печальным лидерством по заболеваемости туберкулезом (мы входим в число 20 стран мира с наименее благоприятной обстановкой по распространенности туберкулеза, и только в 2018 г. в России было зарегистрировано более 65 тыс. новых случаев заболевания [29]), такой «легкомысленный» подход вряд ли оправдан.

Вот почему позиция экспертов РРО/МАКМАХ в этом вопросе принципиально иная: «Контрольное рентгенологическое исследование органов грудной клетки рекомендуется в большинстве случаев. Длительность обратного развития инфильтративных изменений может различаться в широких пределах, но обычно составляет 3–4 нед. Контрольное рентгенологическое исследование в эти сроки позволяет выявить нормальную картину или остаточные изменения в легких в виде локальных участков уплотнения легочной ткани или деформации легочного рисунка» [8].

Заключение

Не будет преувеличением считать, что ошибки в АБТ инфекций дыхательных путей, в том числе и ВП, имеют наибольший удельный вес в структуре всех лечебных ошибок в пульмонологической практике. К их числу следует отнести и неправильный выбор препарата, и выбор антибиотика без учета региональных особенностей резистентности актуальных возбудителей, и неадекватный режим дозирования, и необоснованные или нерациональные комбинации антибиотиков, и неверную оценку критериев эффективности и достаточности лечения, и неаргументированную длительность АБТ.

В этой связи привлекательность современных рекомендаций по диагностике и лечению больных ВП как «инстру-

мента» оптимизации медицинской помощи не вызывает сомнений:

- а) в рекомендациях представлена синтетическая информация, накапливавшаяся десятилетиями;
- б) рекомендации, основывающиеся на современном уровне знаний, указывают на имеющиеся диагностические/лечебные дефекты;
- в) регламентируемые рекомендациями лечебные подходы чрезвычайно важны при начальном выборе антибиотика в условиях 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 упрощенно, поскольку широкая популяризация рекомендаций вовсе не означает утраты врачом известной автономии; напротив, при выборе того или иного направления лечения сохраняется «диктат» конкретного больного, актуальной клинической ситуации (right drug for the right patient) [30].

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The author declares that there is not conflict of interests.

Литература/References

1. Johnston BL, Conly JM. Guidelinitis: A new syndrome? Can J Infect Dis 2000; 11: 299–303.
2. Mandell LA, Niederman M, The Canadian Community-Acquired Pneumonia Consensus Conference Group. Antimicrobial treatment of community-acquired pneumonia in adults: A conference report. Can J Infect Dis 1993; 4: 25–8.
3. Niederman MS, Bass JB Jr, Campbell GD et al. Guidelines for the initial management of adults with community-acquired pneumonia: diagnosis, assessment of severity, and initial antimicrobial therapy. American Thoracic Society. Medical Section of the American Lung Association. Am Rev Respir Dis 1993; 148: 1418–26.
4. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Страчунский Л.С. и др. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. Клини. микробиология и антимикробная химиотерапия. 2006; 8: 54–86. [Chuchalin A.G., Sinopal'nikov A.I., Strachunskii L.S. et al. Vnebol'nicnaia pnevmoniiia u vzroslykh: prakticheskie rekomendatsii po diagnostike, lecheniiu i profilaktike. Klin. mikrobiologiya i antimikrobnaiia khimioterapiia. 2006; 8: 54–86 (in Russian).]
5. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Козлов Р.С. и др. Внебольничная пневмония у взрослых. Практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике (пособие для врачей). Клини. микробиология и антимикробная химиотерапия. 2010; 12: 186–225. [Chuchalin A.G., Sinopal'nikov A.I., Kozlov R.S. et al. Vnebol'nicnaia pnevmoniiia u vzroslykh. Prakticheskie rekomendatsii po diagnostike, lecheniiu i profilaktike (posobie dlia vrachei). Klin. mikrobiologiya i antimikrobnaiia khimioterapiia. 2010; 12: 186–225 (in Russian).]
6. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Козлов Р.С. и др. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике тяжелой внебольничной пневмонии у взрослых. Пульмонология. 2014; 14: 13–48. [Chuchalin A.G., Sinopal'nikov A.I., Kozlov R.S. et al. Klinicheskie rekomendatsii po diagnostike, lecheniiu i profilaktike tiazhelei vnebol'nicnoi pnevmonii u vzroslykh. Pul'monologiya. 2014; 14: 13–48 (in Russian).]
7. Metlay JP, Waterer GW, Long AC et al. Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia. An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. Am J Respir Crit Care Med Vol 2019; 200: e45–e67.
8. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Козлов Р.С. и соавт. Внебольничная пневмония у взрослых. Клинические рекомендации: 2018 (проект). www.antibiotic.ru [Chuchalin A.G., Sinopal'nikov A.I., Kozlov R.S. i soavt. Vnebol'nicnaia pnevmoniiia u vzroslykh. Klinicheskie rekomendatsii: 2018 (proekt). www.antibiotic.ru (in Russian).]
9. Musher DM, Montoya R, Wanahita A. Diagnostic value of microscopic examination of Gram-stained sputum and sputum cultures in patients with bacteremic pneumococcal pneumonia. Clin Infect Dis 2004; 39: 165–9.
10. Лабораторная диагностика внебольничных пневмоний. Методические указания МУК 4.2.3115-13. М., 2013. [Laboratory diagnosis of community-acquired pneumonia. Guidelines MUK 4.2.3115-13. Moscow, 2013 (in Russian).]
11. Захаренков И.А., Рачина С.А., Дехнич Н.Н. и др. Этиология тяжелой внебольничной пневмонии у взрослых: результаты первого российского многоцентрового исследования. Терапевтический архив. 2020; 92 (1): 36–42.

- [Zakharenkov I.A., Rachina S.A., Dekhnich N.N. et al. Etiologiya tiazheloi vnebol'nicnoi pnevmonii u vzroslykh: rezul'taty pervogo rossiiskogo mnogotsentrovogo issledovaniia. Therapeutic Archive. 2020; 92 (1): 36–42 (in Russian).]
12. Torres A, Blasi F, Peetermans WE et al. The aetiology and antibiotic management of community-acquired pneumonia in adults in Europe: a literature review. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2014; 33: 1065–79.
 13. Garrison LE, Kunz JM, Cooley LA et al. Vital Signs: Deficiencies in Environmental Control Identified in Outbreaks of Legionnaires' Disease – North America, 2000–2014. *Morb Mortal Wkly Rep* 2016; 65: 576–84.
 14. Dooling KL, Toews KA, Hicks LA et al. Active Bacterial Core Surveillance for Legionellosis – United States, 2011–2013. *Morb Mortal Wkly Rep* 2015; 64: 1190–3.
 15. Harris AM, Beekmann SE, Polgreen PM et al. Rapid urine antigen testing for *Streptococcus pneumoniae* in adults with community-acquired pneumonia: clinical use and barriers. *Diagn Microbiol Infect Dis* 2014; 79: 454–7.
 16. Рачина С.А., Иванчик Н.В., Козлов Р.С. Особенности микробиологической диагностики при внебольничной пневмонии у взрослых. *Практ. пульмонология*. 2016; 4: 40–7. [Rachina S.A., Ivanchik N.V., Kozlov R.S. Osobennosti mikrobiologicheskoi diagnostiki pri vnebol'nicnoi pnevmonii u vzroslykh. *Prakt. pul'monologija*. 2016; 4: 40–7 (in Russian).]
 17. Kamat IS, Ramachandran V, Eswaran H et al. Low procalcitonin, community acquired pneumonia, and antibiotic therapy. *Lancet Infect Dis* 2018; 18: 496–7.
 18. Chalmers JD, Singanayagam A, Hill AT. C-reactive protein is an independent predictor of severity in community-acquired pneumonia. *Am J Med* 2008; 121: 219–25.
 19. Nseir W, Farah R, Mograbi J, Makhoul N. Impact of serum C-reactive protein measurements in the first 2 days on the 30-day mortality in hospitalized patients with severe community-acquired pneumonia: a cohort study. *J Crit Care* 2013; 28: 291–5.
 20. Fine MJ, Auble TE, Yealy DM et al. A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia. *N Engl J Med* 1997; 336: 243–50.
 21. Lim WS, van der Eerden MM, Laing R, et al. Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study. *Thorax* 2003; 58: 377–82.
 22. Aujesky D, Auble TE, Yealy DM et al. Prospective comparison of three validated prediction rules for prognosis in community-acquired pneumonia. *Am J Med* 2005; 118: 384–92.
 23. Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults. *Clin Infect Dis* 2007; 44 (Suppl. 2): S27–72.
 24. Brown SM, Jones JP, Aronsky D et al. Relationships among initial hospital triage, disease progression and mortality in community-acquired pneumonia. *Respirology* 2012; 17: 1207–13.
 25. Restrepo MI, Mortensen EM, Rello J et al. Late admission to the ICU in patients with community-acquired pneumonia is associated with higher mortality. *Chest* 2010; 137: 552–7.
 26. Charles PG, Wolfe R, Whitby M et al. SMART-COP: a tool for predicting the need for intensive respiratory or vasopressor support in community-acquired pneumonia. *Clin Infect Dis* 2008; 47: 375–84.
 27. Mortensen EM, Copeland LA, Pugh MJ et al. Diagnosis of pulmonary malignancy after hospitalization for pneumonia. *Am J Med* 2010; 123: 66–71.
 28. GBD 2015 Tobacco Collaborators. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2017; 389 (10082): 1885–906.
 29. Основные показатели по туберкулезу в Российской Федерации. М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2019. [Key tuberculosis indicators in the Russian Federation. Moscow: FSBI TsNIIOIZ Minzdrava Rossii, 2019. (in Russian).]
 30. Niederman MS, Mandell LA, Anzueto A et al. Guidelines for the management of adults with community-acquired pneumonia. Diagnosis, Assessment of Severity, Antimicrobial Therapy, and Prevention. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163: 1730–54.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ / INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

Синапальников Александр Игоревич – д-р мед. наук, проф., зав. каф. пульмонологии ФГБОУ ДПО РМАНПО, заслуженный врач РФ. E-mail: aisyn@list.ru

Aleksander I. Sinopalnikov – D. Sci. (Med.), Prof., Russian Medical Academy of Continuous Professional Education. E-mail: aisyn@list.ru

Статья поступила в редакцию / The article received: 24.03.2020

Статья принята к печати / The article approved for publication: 15.04.2020