

Клиническая задача для самоконтроля

Пациентка 47 лет с левосторонней внебольничной пневмонией (выбор тактики ведения)

Л.И. Дворецкий

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия
dvoretski@mail.ru

Для цитирования: Дворецкий Л.И. Клиническая задача для самоконтроля. Пациентка 47 лет с левосторонней внебольничной пневмонией (выбор тактики ведения). Клинический разбор в общей медицине. 2022; 3: 81–82. DOI: 10.47407/kr2022.3.3.00142

Clinical case for self-monitoring

Female patient aged 47 with left-sided community-acquired pneumonia (deciding treatment strategy)

Leonid I. Dvoretzky

Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia
dvoretski@mail.ru

For citation: Dvoretzky L.I. Clinical case for self-monitoring. Female patient aged 47 with left-sided community-acquired pneumonia (deciding treatment strategy). Clinical review for general practice. 2022; 3: 81–82. DOI: 10.47407/kr2022.3.3.00142

У 47-летней больной диагностирована левосторонняя внебольничная пневмония (ВП), подтвержденная рентгенологически (рис. 1). Анамнез без особенностей. Аллергических реакций на антибактериальные препараты не наблюдалось. Назначен амоксициллин 1,5 г/сут. На 3-й день лечения температура нормализовалась, улучшилось общее состояние. На 7-й день лечения при визите к врачу состояние удовлетворительное. Кашель со скудным светлым отделяемым. Частота сердечных сокращений – 80/мин. Артериальное давление – 130/80 мм рт. ст. Частота дыхания – 18/мин. При аускультации слева ниже угла лопатки крепитация.

Анализ крови: Hb – 130 г/л, лейкоциты – 8×10^9 /л без сдвига формулы крови. СОЭ – 30 мм/ч. Проведено рентгенологическое исследование легких в динамике (рис. 2).

Какая тактика ведения больной наиболее правильна?

- Продолжить лечение амоксициллином в той же дозе.
- Увеличить дозу амоксициллина.
- Назначить дополнительно азитромицин.
- Отменить амоксициллин, назначить левофлоксацин.
- Отменить амоксициллин.

Верный ответ на стр. 82.

Рис. 1. Рентгенограмма органов грудной клетки.
Fig. 1. Chest X-ray.

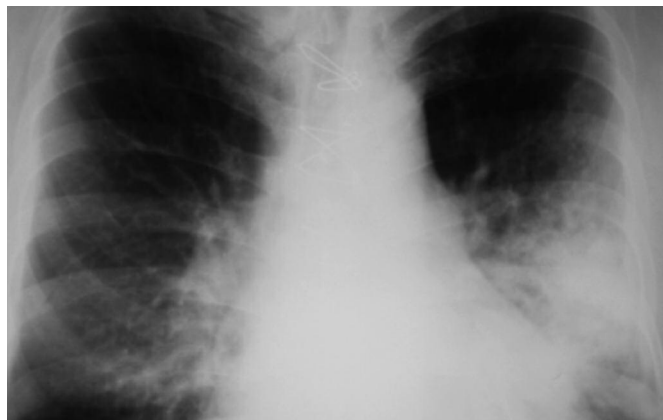
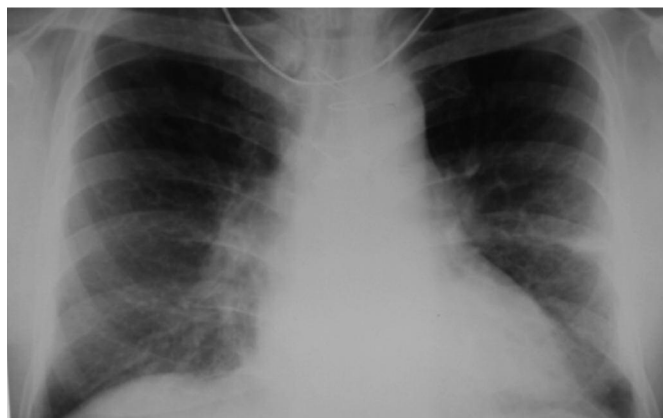


Рис. 2. Рентгенограмма органов грудной клетки через 7 дней лечения.
Fig. 2. Chest X-ray after 7 days of treatment.



Ответ на клиническую задачу «Пациентка 47 лет с левосторонней внебольничной пневмонией (выбор тактики ведения)»

Correct answer on clinical case «Female patient aged 47 with left-sided community-acquired pneumonia (deciding treatment strategy)»

Верный ответ: Д. Отменить амоксициллин.

Обсуждение

По данным метаанализа, не выявлено различия в результатах антибактериальной терапии (АБТ) нетяжелой ВП относительно коротким (<7 дней) и более длительным (>7 дней) курсом.

Критериями эффективности АБТ больных ВП считаются [1]:

- стойкое снижение температуры тела $\leq 37,2$ °C в течение не менее 48 ч;
- отсутствие интоксикационного синдрома;
- частота дыхания <20/мин (при отсутствии хронической дыхательной недостаточности);
- отсутствие гнойной мокроты (за исключением пациентов с наличием хронического гнойного бронхита, бронхоэктазов);
- количество лейкоцитов в крови $<10 \times 10^9$ /л, нейтрофилов <80%, юных форм <6%.

В подобных ситуациях длительность АБТ не превышает 7 дней. В то же время короткие курсы АБТ могут быть недостаточно эффективными у пациентов пожилого и старческого возраста, с хроническими сопутствующими заболеваниями, при медленном клиническом «ответе» на лечение, а также в случаях ВП, вызванной такими возбудителями, как *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* [1].

Как видно, клиническая симптоматика и данные лабораторного исследования пациентки свидетельствуют о достижении клинического эффекта АБТ, что, по современным рекомендациям [1], не требует продолжения АБТ или назначения другого антибактериального препарата. Сохранение отдельных клинико-лабораторных признаков ВП не является абсолютным показанием к продолжению АБТ или ее модификации. В подавляющем большинстве случаев их разрешение происходит самостоятельно или на фоне симптоматиче-

ской терапии. Не следует продолжать (или менять) АБТ после 7 дней лечения при наличии у больных следующих признаков:

- субфебрильная температура;
- кашель при отсутствии гнойной мокроты;
- аускультативные признаки (crepitatio redux);
- астения (постинфекционная астения);
- увеличение СОЭ (поздние сроки нормализации);
- сохраняющаяся инфильтрация в легких при уменьшении исходной (более поздние сроки исчезновения инфильтрации).

Наличие у обсуждаемой пациентки крепитации через 7 дней лечения при отсутствии признаков активного воспаления (интоксикация, лейкоцитоз), свидетельствует о сохраняющемся экссудате в альвеолах, обуславливающего крепитацию (crepitatio redux). При этом речь идет о пневмонии в фазе разрешения, не требующей продолжения АБТ и тем более назначения другого антибактериального препарата. На контрольной рентгенограмме в динамике (через 7 дней лечения) сохраняется инфильтрация в нижней доле левого легкого при значительном ее уменьшении по сравнению с исходной. Сроки рентгенологического разрешения легочной инфильтрации у больных ВП обычно отстают по времени от регрессии клинической симптоматики. В то же время длительность обратного развития инфильтративных изменений может различаться в широких пределах и определяется клинической ситуацией (возраст, наличие коморбидности, этиологический вариант ВП и др.). У больных моложе 50 лет полное исчезновение легочной инфильтрации при пневмококковой ВП происходит через 4 нед. У лиц старше 50 лет, с наличием сопутствующих заболеваний, при тяжелой ВП инфильтрация к 4 нед исчезает только у 20–30%. Сохраняющиеся повышенные показатели СОЭ при отсутствии лейкоцитоза и клинических признаков интоксикации также не является основанием для продолжения АБТ.

Литература / References

1. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Козлов Р.С. и др. Внебольничная пневмония у взрослых. Клинические рекомендации. М., 2018. [Chuchalin A.G., Sinopal'nikov A.I., Kozlov R.S. et al. Vnebol'nichnaia pnevmonia u vzroslykh. Klinicheskie rekomendatsii. Moscow, 2018 (in Russian).]

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ / INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

Дворецкий Леонид Иванович – д-р мед. наук, проф. каф. госпитальной терапии №2, ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). E-mail: dvoretski@mail.ru; ORCID: 0000-0003-3186-0102

Leonid I. Dvoretzky – D. Sci. (Med.), Full Prof., Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). E-mail: dvoretski@mail.ru; ORCID: 0000-0003-3186-0102

Статья поступила в редакцию / The article received: 27.01.2022

Статья принята к печати / The article approved for publication: 07.04.2022