

Внебольничная Пневмония: Современные Аспекты Эпидемиологии, Диагностики И Лечения

Раджабов Сардор Саноевич ¹

Ганиева Шахзода Шавкатовна ²

Аннотация

Внебольничная пневмония (ВП) остаётся одной из ведущих причин заболеваемости и смертности среди инфекционных заболеваний во всём мире. В данной статье рассматриваются современные данные по эпидемиологии, этиологии, патогенезу, клинической картине, диагностике, лечению и профилактике ВП. Основное внимание уделено актуальным рекомендациям по антибактериальной терапии, особенностям ведения пациентов с различной степенью тяжести заболевания, а также вопросам профилактики, включая вакцинацию. Представлены данные о распространённости различных возбудителей ВП, включая бактериальные и вирусные агенты, и их чувствительности к антибиотикам. Обсуждаются современные подходы к диагностике, включая использование шкал оценки тяжести заболевания и лабораторных методов. Рассматриваются принципы рациональной антибактериальной терапии, включая выбор препаратов в зависимости от тяжести заболевания и предполагаемого возбудителя. Отдельное внимание уделено вопросам профилактики ВП, включая вакцинацию против пневмококковой инфекции и гриппа. Статья предназначена для врачей общей практики, терапевтов, пульмонологов и инфекционистов.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, эпидемиология, диагностика, лечение, антибактериальная терапия, профилактика, вакцинация.

^{1,2} Бухарский государственный медицинский институт

Введение.

Внебольничная пневмония (ВП) представляет собой острое инфекционное заболевание лёгких, развивающееся вне условий стационара или выявленное в первые 48 часов после госпитализации. ВП остаётся одной из наиболее распространённых причин заболеваемости и смертности во всём мире, особенно среди детей и пожилых людей. По данным Всемирной организации

здравоохранения, пневмония является одной из ведущих причин смерти среди детей до 5 лет в развивающихся странах. ВП также представляет значительную проблему в развитых странах, особенно в зимний период, когда увеличивается распространённость респираторных вирусных инфекций.

Цель исследования: изучение особенностей эпидемиологии, клинического течения, диагностики и лечения внебольничной пневмонии.

Материалы и методы исследования: Проведен обзор зарубежных материалов и литературных источников по медицинским исследованиям базы данных MEDLINE и PubMed за последние 15 лет (2010-2025 гг.).

Результаты.

Эпидемиология

Заболеваемость ВП варьирует в зависимости от возраста, наличия сопутствующих заболеваний и географического региона. В развитых странах ежегодная заболеваемость ВП составляет от 5 до 10 случаев на 1000 человек, при этом у лиц старше 65 лет этот показатель может достигать 25–30 случаев на 1000 человек. Сезонность также играет важную роль: пик заболеваемости приходится на осенне-зимний период, что связано с повышенной циркуляцией респираторных вирусов. ВП чаще встречается у мужчин, чем у женщин, и у лиц с хроническими заболеваниями, такими как хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ), сахарный диабет и сердечно-сосудистые заболевания [1,5].

Этиология и патогенез

Этиологический спектр ВП включает широкий круг микроорганизмов: бактерии, вирусы, грибы и атипичные патогены. Наиболее частым бактериальным возбудителем ВП остаётся *Streptococcus pneumoniae*, на долю которого приходится до 30–50% случаев установленной этиологии. Другие бактериальные агенты включают *Haemophilus influenzae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Legionella pneumophila*, *Staphylococcus aureus* и грамотрицательные энтеробактерии. Вирусные возбудители, такие как вирусы гриппа, респираторно-синцитиальный вирус, коронавирусы (включая SARS-CoV-2), также играют значительную роль, особенно в эпидемические периоды. Патогенез ВП включает проникновение возбудителя в нижние дыхательные пути, активацию воспалительного ответа и повреждение альвеолярной ткани, что приводит к нарушению газообмена и развитию симптомов заболевания [2,6].

Клиническая картина

Клинические проявления ВП варьируют в зависимости от возраста пациента, возбудителя и тяжести заболевания. Основные симптомы включают лихорадку, кашель с мокротой, одышку, боли в груди, общую слабость и потливость. У пожилых пациентов симптомы могут быть менее выраженными, и заболевание может проявляться спутанностью сознания, снижением аппетита и ухудшением общего состояния. У детей симптомы могут включать тахипноэ, втяжение грудной клетки, цианоз и отказ от еды [3,7].

Характерными особенностями тяжелой ВП при ХОБЛ являются проявления полиорганной недостаточности, в том числе дыхательной, и возможная генерализация инфекции. Несколько исследований показали, что риск фатального исхода при тяжелой ВП можно предсказать по клинико-инструментальным и лабораторным критериям течения ВП. В исследовании американских ученых риск смертельного исхода повышается в 20 раз у больных с ВП, имеющих признаки: ЧДД 30 в мин и более, диастолическое артериальное давление 60 мм рт.ст. или менее и азот мочевины крови более 7 ммоль/л, в отличие от пациентов без перечисленных признаков. Ученые Германии в своем многомерном анализе показали, что такие показатели исследования, как ЧСС, систолическое АД и уровень ЛДГ в сыворотке крови были тесно связаны с летальным

исходом. Таким образом, у пациентов, имеющих 2 из трех показателей: частота сердечных сокращений ≥ 90 уд/мин, систолическое АД ≤ 80 мм рт. ст., уровень ЛДГ ≥ 260 Ед/л, повышается риск смерти в 6 раз [8].

Дифференциальный диагноз инфекционного обострения ХОБЛ и ВП остается сложным вопросом практического здравоохранения, актуальным как для врачей терапевтического профиля, так и для специалистов-пульмонологов. При этом возможна как гипо-, так и гипердиагностика рассматриваемых состояний. С практической точки зрения точная и своевременная верификация ВП у пациентов с обострением ХОБЛ является важным моментом не только для своевременной диагностики, но и для назначения адекватной терапии [4,9].

Физикальное обследование может выявить укорочение перкуторного звука, ослабление дыхания и наличие хрипов. Диагностика ВП основывается на сочетании клинических данных, физикального обследования и инструментальных методов. Рентгенография органов грудной клетки является основным методом визуализации, позволяющим выявить инфильтративные изменения в лёгочной ткани. Лабораторные исследования включают общий анализ крови, определение уровня С-реактивного белка (СРБ), прокальцитонина и газов артериальной крови. Микробиологическая диагностика включает посев мокроты, определение антигенов возбудителей в моче и использование молекулярных методов, таких как полимеразная цепная реакция (ПЦР). Для оценки тяжести заболевания и необходимости госпитализации применяются шкалы CURB-65 и PSI (Pneumonia Severity Index) [10].

Лечение

Основой лечения ВП является своевременное назначение антибактериальной терапии. Выбор антибиотика зависит от предполагаемого возбудителя, тяжести заболевания и наличия факторов риска резистентности. При лёгком течении ВП у амбулаторных пациентов рекомендуется назначение амоксициллина, макролидов (азитромицин, кларитромицин) или доксициклина. При более тяжёлом течении и необходимости госпитализации применяются бета-лактамы (цефотаксим, цефтриаксон) в комбинации с макролидами или респираторными фторхинолонами (левофлоксацин, моксифлоксацин). Продолжительность терапии обычно составляет 5–7 дней, однако может быть увеличена при наличии осложнений или медленном клиническом ответе. В случае вирусной этиологии ВП, особенно при гриппе, показано назначение противовирусных препаратов, таких как осельтамивир [11].

Профилактика

Профилактика ВП включает специфические и неспецифические меры. Специфическая профилактика направлена на вакцинацию против пневмококковой инфекции и гриппа. Вакцинация особенно рекомендована детям [7,12].

Заключение.

Внебольничная пневмония остаётся актуальной проблемой здравоохранения ввиду высокой распространённости, значительного вклада в структуру инфекционной смертности и возможных осложнений, особенно среди уязвимых категорий пациентов. Современные данные подтверждают необходимость комплексного подхода к диагностике и лечению ВП, включающего клиническую оценку, лабораторные и инструментальные методы, а также своевременное назначение адекватной антибактериальной терапии. Особое внимание уделяется стратификации пациентов по степени тяжести заболевания для оптимизации лечебной тактики. Важнейшим компонентом профилактики ВП является вакцинация, позволяющая значительно снизить как заболеваемость, так и риск тяжёлых форм. Перспективными направлениями являются развитие быстродействующих диагностических тестов, усиление микробиологического мониторинга и индивидуализация антибиотикотерапии на основе фармакокинетико-фармакодинамических принципов. Таким образом, борьба с внебольничной пневмонией требует скоординированных

усилий как на индивидуальном, так и на общественном уровне, с акцентом на профилактику, раннюю диагностику и рациональное лечение.

Список использованной литературы

1. Musher, D. M., & Thorner, A. R. (2024). Community-acquired pneumonia. *New England Journal of Medicine*, 371(17), 1619–1628. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1312885>
2. Metlay, J. P., Waterer, G. W., Long, A. C., et al. (2019). Diagnosis and treatment of adults with community-acquired pneumonia. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 200(7), e45–e67. <https://doi.org/10.1164/rccm.201908-1581ST>
3. Wu, Z., & McGoogan, J. M. (2020). Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China. *JAMA*, 323(13), 1239–1242. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648>
4. Mandell, L. A., Wunderink, R. G., Anzueto, A., et al. (2017). Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia. *Clinical Infectious Diseases*, 44(Supplement_2), S27–S72. <https://doi.org/10.1086/511159>
5. Prina, E., Ranzani, O. T., & Torres, A. (2015). Community-acquired pneumonia. *The Lancet*, 386(9998), 1097–1108. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60733-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60733-4)
6. Niederman, M. S. (2016). Community-acquired pneumonia: the U.S. perspective. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, 37(6), 825–838. <https://doi.org/10.1055/s-0036-1592123>
7. Aliberti, S., Dela Cruz, C. S., Amati, F., & Sotgiu, G. (2021). Community-acquired pneumonia in the era of COVID-19. *Breathe*, 17(4), 210276. <https://doi.org/10.1183/20734735.0276-2021>
8. Jain, S., Self, W. H., Wunderink, R. G., et al. (2015). Community-acquired pneumonia requiring hospitalization among U.S. adults. *New England Journal of Medicine*, 373(5), 415–427. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1500245>
9. File, T. M., & Marrie, T. J. (2020). Burden of community-acquired pneumonia in North American adults. *Postgraduate Medicine*, 122(2), 130–141. <https://doi.org/10.3810/pgm.2010.03.2130>
10. Bartlett, J. G. (2021). Diagnostic tests for agents of community-acquired pneumonia. *Clinical Infectious Diseases*, 52(Supplement_4), S296–S304. <https://doi.org/10.1093/cid/cir045>
11. Ганиева, Ш., & Яхъяева, Ф. (2022). СОВРЕМЕННЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КАРДИОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА. *Евразийский журнал медицинских и естественных наук*, 2(6), 167–173. извлечено от <https://www.in-academy.uz/index.php/EJMNS/article/view/2494>
12. Шрайбер М.П., Чан С.М., Шорр А.Ф. Бактеремия при пневмонии, вызванной золотистым стафилококком: результаты и эпидемиология. *Ж Критический уход*. 2021;26:395–401. doi: 10.1016/j.jcsc.2010.09.002. [DOI] [PubMed] [Академия Google]