

*Профессор Жерар Юшон*

## ВНЕБОЛЬНИЧНЫЕ ПНЕВМОНИИ

Президент Европейского Респираторного Общества, Зав. пульмонологической клиникой  
Университета Рене Декарт — Париж V, Больница Амбруаз-Парэ, Париж, Франция

Внебольничные пневмонии характеризуются высокой заболеваемостью и смертностью. Точные показатели заболеваемости сложно определить, однако ее обычно оценивают от 4,7 [1] до 12 [2] на 1000 населения. Уровень смертности колеблется, согласно мнению различных авторов, от 2—3% [3] до 25% [4]. Среди госпитализируемых больных, страдающих наиболее тяжелыми формами заболевания, он составляет в среднем 30%, однако может достигать и 50% [5]. Но даже пневмония, не представляющая смертельной опасности, может осложняться абсцедированием, формированием плеврита, развитием острой дыхательной недостаточности и т.д. Наличие этой сочетанной заболеваемости и высокий уровень смертности можно объяснить, с одной стороны, сложностями в выявлении и адекватном терапевтическом ведении внебольничных пневмоний, трудностями диагностики причинного инфекционного возбудителя, а с другой — не всегда эффективным действием антибиотика на инфекционный агент и стоимостью лечения, не всегда доступной для пациентов различных экономических слоев.

### Диагностика пневмонии

Итак, первая проблема связана с диагностикой пневмонии. Пневмонии относятся к группе так называемых инфекций нижних дыхательных путей, к которой, кроме того, принадлежат грипп и острый бронхит (наиболее часто вирусной этиологии), а также обострения хронического бронхита, при которых роль инфекционных факторов не всегда очевидна. Симптомы респираторной инфекции неспецифичны, поэтому участковый терапевт редко может с полной уверенностью поставить диагноз пневмонии: симптоматика может выражаться в чувстве тошноты, миалгиях, головной боли, появлении свистящих хрипов и боли при дыхании, кашля, затрудненного дыхания и фарингита [6]. Исследование, проведенное среди терапевтов пяти европейских стран, воочию продемонстрировало эмпиричность диагностического подхода к амбулаторным больным с симптоматикой инфекций нижних дыхательных путей [7,8]. Диагноз пневмонии или бронхопневмонии устанавливался наиболее часто при наличии аускультативного очага воспаления и отсутствии других сопутствующих заболеваний органов дыхания. Диагностика упрощалась при появлении цианоза, одышки и высокой лихорадки. Наличие в анамнезе сопутствующих респираторных заболеваний, в особенности у мужчин-курильщиков старше 40 лет, наиболее

часто подталкивало врачей к диагнозу обострения хронического бронхита. Отсутствие в анамнезе хронических заболеваний дыхательных путей, присутствие диффузной аускультативной картины в легких, сопровождающееся в клинике кашлем, отсутствием одышки и повышения температуры, по мнению врачей, свидетельствовало об остром бронхите. Если же заболевание начиналось с высокой температуры, ознобов и миалгий при сохраняющейся нормальной аускультативной картине, то это свидетельствовало о гриппозной инфекции. В то же время сами терапевты отмечают, что пневмонии и бронхопневмонии сопровождаются лишь в 29% наблюдений наличием очаговой или диффузной аускультативной картины в легких, всего в 8% — болями в грудной клетке и в 5% — цианозом, одышкой и лихорадкой [7,8].

Теоретически диагностика пневмоний требует обязательного рентгенологического исследования грудной клетки; в то же время его не всегда можно быстро провести и на практике оно выполняется от случая к случаю [8]. Поэтому отсутствие необходимых рентгенологических данных при наличии клинического диагноза пневмонии не может быть причиной задержки начала лечения. Напротив, рентгенологическое исследование становится строго обязательным, если существуют факторы риска развития осложнений или отмечается неудовлетворительная динамика заболевания через 2—3 дня от начала лечения.

### Оценка тяжести заболевания и показания к госпитализации

При первичном осмотре пациента и в момент постановки диагноза пневмонии необходимо выявить тяжелые формы заболевания, требующие госпитализации. Клинические симптомы, свидетельствующие о тяжелом течении внебольничной пневмонии и отобранные экспертами American Thoracic Society [9], приведены в табл.1. Госпитализация пациента с инфекцией нижних дыхательных путей, возможно с пневмонией, оправдана при наличии упомянутых симптомов, свидетельствующих о тяжести заболевания, а также при отсутствии адекватного ответа на начатую антибактериальную терапию и/или развитии осложнений заболевания или проводимого лечения, что наиболее часто требует последующего парентерального назначения антибиотиков. Чрезвычайно важно убедиться по истечении 2—3 дней лечения в его эффективности, а также в отсутствии осложнений, связанных с инфекционным

Таблица 1

## Критерии тяжелой пневмонии (по Niederman [9])

1. Частота дыхательных движений  $> 30$ /минуту при поступлении
2. Тяжелая дыхательная недостаточность, характеризующаяся отношением  $PaO_2/FiO_2 < 250$  мм рт.ст.
3. Необходимость проведения механической вентиляции
4. Рентгенография грудной клетки, выявляющая двустороннее поражение легких или поражение нескольких долей; увеличение размеров затемнения на 50% и более в течение 48 часов после поступления
5. Шоковое состояние (систолическое АД  $< 90$  мм рт.ст. или диастолическое АД  $< 60$  мм рт.ст.)
6. Необходимость применения вазопрессоров на протяжении более 4 часов
7. Диурез  $< 20$  мл/ч (если этому нет другого объяснения) или проявления острой почечной недостаточности, требующие проведения гемодиализа

процессом или антибактериальной терапией. В последнем случае необходимо изменение схемы лечения.

## Микробиологические аспекты

В этом разделе необходимо осветить три понятия: получение микробиологического материала, микроорганизмы-возбудители и приобретенная устойчивость некоторых бактериальных штаммов к антибиотикам. Наиболее распространенное среди микробиологических исследований — исследование мокроты. В то же время существует целый ряд проблем в связи с применением этого метода как достоверного микробиологического теста. С одной стороны, чрезвычайно сложно получить материал истинной бронхолегочной природы, многие больные не могут в достаточной мере откашливать мокроту, чрезвычайно сложно избежать загрязнения мокроты в ротовой полости; с другой — чувствительность и специфичность этого метода определяют критериями оценки, которые на сегодняшний день многочисленны и в большинстве своем не стандартизованы. До настоящего времени не существует достаточно репрезентативных исследований, оценивающих корреляцию между результатами прямых анализов мокроты и данными, получаемыми при исследовании культур возбудителей из альвеол. Возможными достоверными методиками исследований являются на сегодня анализ получаемой под защитой бронхиальной лаважной жидкости, изучение трансторакального аспирата, серологические анализы, анализ плевральной жидкости, получение гемокультур и, к сожалению, данные аутопсии [4]. Все эти исследования в большей или меньшей степени находят свое применение в клинической практике. Если серологические методы и получение гемокультуры не представляют больших трудностей, то плевральная пункция выполнима лишь при наличии экссудативного плеврита. Проведение трансторакальной пункции при помощи специальной иглы — достаточно сложная манипуляция, которая возможна лишь в условиях специализированных центров.

Достаточно широко применяется в клинической практике исследование бронхиальной лаважной жидкости, получаемой в ходе бронхоскопического исследования и специально защищаемой от бактериального загрязнения в полости рта. Как правило, достоверные микробиологические исследования и получение соответствующего материала возможны лишь в условиях стационара.

Именно поэтому, и это совершенно логично, большинство исследований, касающихся микробиологической природы внебольничных пневмоний, выполнено в условиях стационаров. В этом их погрешность, так как хорошо известно, что госпитализации подлежат лишь больные с наиболее тяжелыми формами заболевания. Существует всего лишь несколько исследований, выполненных во внегоспитальной среде. Оценивая 5 работ, охватывающих в общей сложности 467 пациентов с пневмонией [1,10—13], можно сказать, что ни один из микроорганизмов не был обнаружен хотя бы у половины из них: *Streptococcus pneumoniae* явился причиной заболевания всего лишь в четверти случаев, *Haemophilus influenzae* — в 12% наблюдений, вирусы (прежде всего гриппа) — в 15%, внутриклеточные возбудители: легионелла, хламидии и *Mycoplasma pneumoniae* — в 11%, *Staphylococcus aureus* и грамотрицательные палочки — в 0,5%. Эти данные позволяют понять, почему даже самые сложные и изощренные исследования не позволяют подчас установить какой-то один причинный агент пневмонии. Наиболее часто изолируется *Streptococcus pneumoniae*; грамотрицательные возбудители и *Staphylococcus aureus* встречаются редко. Внеклеточные возбудители (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus* и грамотрицательные палочки) вызывают 2/3 общего количества внебольничных пневмоний, в то время как на долю внутриклеточных агентов (легионеллы, хламидии, *Mycoplasma pneumoniae*) приходится лишь один случай из десяти. Представляется, что у негоспитализированных пациентов, имевших факторы риска осложнения или высокой смертности, в более высоком проценте случаев встречаются грамотрицательные палочки и золотистый стафилококк. Когда больные госпитализируются по поводу пневмонии в стационар, создаются еще более благоприятные условия для присоединения иных микроорганизмов. Так, исследование Bates [4] продемонстрировало, что у 49% пациентов с пневмонией не удалось выявить ни одного микроорганизма, у 45% — единственный и 6% — микробные ассоциации. В последнем случае наиболее часто сочетаются вне- и внутриклеточные возбудители.

Совершенно очевидно, что такой феномен, как устойчивость микроорганизмов к антибиотикам, во многом влияет на тактику лечения инфекций нижних дыхательных путей. Результаты различных исследований показывают, что эта резистентность значительно отличается в различных регионах [14,15]: так, снижение чувствительности *Streptococcus pneumoniae* к пенициллину отмечалось во Франции в 1994 г. у 32% и в Испании в 1994 г. у 33% штаммов, в то время как в Великобритании в 1989 г. всего у 4% штаммов.

Таблица 2

Перечень сопутствующих заболеваний, увеличивающих риск развития осложнений и смертности от внебольничной пневмонии (по Niederman [9])

1. Хроническая обструктивная бронхопневмопатия
2. Сахарный диабет
3. Хроническая почечная недостаточность
4. Левожелудочковая сердечная недостаточность
5. Хроническая печеночная недостаточность
6. Наличие госпитализаций в предшествующий год
7. Нарушение глотания
8. Нарушение высших нервных функций
9. Спленэктомия
10. Алкоголизм
11. Алиментарное истощение

Аналогичная дискордантность была выявлена и в отношении чувствительности *Streptococcus pneumoniae* к макролидам: во Франции в 1994 г. она была отмечена у 41% штаммов, а в Испании в 1992 г. — всего у 14% штаммов. Ясно, что эти микробиологические данные в отношении *Streptococcus pneumoniae* должны учитываться в различных географических зонах и во многом влиять на выбор терапевтических подходов.

#### Типичные и атипичные пневмонии

Принято различать типичные и атипичные, требующие иной антибактериальной терапии, пневмонии. Классические типичные пневмонии протекают в виде острого очагового заболевания, характеризующегося внезапным началом, высокой температурой, ознобами, продуктивным кашлем, болями в грудной клетке, аускультативными признаками очагового поражения легочной ткани, нейтрофильным лейкоцитозом, наличием рентгенологического очага и затемнения и положительным цитобактериологическим анализом мокроты. Наиболее частыми возбудителями их являются внеклеточные возбудители — *Streptococcus pneumoniae* или реже *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus* и анаэробные микроорганизмы. Атипичные пневмонии характеризуют нарастающее начало, лихорадка, не сопровождающаяся ознобами, непродуктивный кашель, головные боли, миалгии, диффузные крепитирующие хрипы, незначительный лейкоцитоз, наличие интерстициальных инфильтратов, отрицательный бактериологический анализ мокроты, возможно, инфекция верхних дыхательных путей. Их этиологическими агентами являются внутриклеточные возбудители или вирусы. Впрочем, пневмонии, вызываемые вирусами или внутриклеточными возбудителями, могут напоминать клиническую картину типичных пневмоний и, наоборот, заболевания, связанные с внеклеточными агентами, могут имитировать атипичные пневмонии. Таким образом, основываясь на клинической картине, нельзя достоверно определить тип возбудителя.

Таблица 3

Перечень клинических и лабораторных данных, увеличивающих риск развития осложнений и смертности от внебольничной пневмонии (по Niederman [9])

#### Клинические признаки

1. Частота дыхательных движений > 30/минуту
2. Температура > 38,5°C
3. Наличие внелегочных очагов инфекции
4. Нарушение сознания

#### Лабораторные данные

1. Лейкоциты <  $4 \times 10^9$ /л или >  $30 \times 10^9$ /л
2.  $PaO_2$  < 60 мм рт.ст. или  $PaCO_2$  > 50 мм рт.ст.
3. Необходимость проведения вентиляционного пособия
4. Наличие рентгенологических признаков:
  - поражение более одной доли
  - абсцедирование
  - быстрое увеличение размеров затемнения
  - наличие плеврита
5. Гематокрит < 30% или же гемоглобин < 9г/100 мл
6. Сепсис или дисфункция одного или нескольких органов

#### Факторы риска развития осложнений

Другим важнейшим аспектом пневмонии является выделение факторов риска, способных увеличивать частоту осложнений и риск смертельных исходов. Они достаточно полно описаны в медицинской литературе и могут быть обобщены следующим образом: возраст старше 65 лет, наличие сопутствующих заболеваний и определенные клинико-лабораторные данные. *American Thoracic Society* разработан список сопутствующих заболеваний (табл.2) и клинико-лабораторных данных (табл.3), увеличивающих риск формирования осложнений и смертельных исходов при внебольничных пневмониях [9].

#### Эмпирический подход к подбору антибактериальной терапии

Подбор начальной терапии при внебольничных пневмониях основан на эмпирическом подходе. Причин тому несколько:

1. Примерно в половине случаев даже при помощи самых сложных методов не удается документировать причинный возбудитель заболевания;
2. Отсрочка начала лечения до получения микробиологических результатов неоправдана, так как приводит к увеличению риска развития осложнений и смертности; напротив, правильно подобранное эмпирическое лечение улучшает прогноз течения внебольничной пневмонии;
3. Клиническая картина заболевания, а также рентгенологические данные, знание сопутствующих заболеваний и факторов риска развития осложнений, тяжесть болезни позволяют установить необходимость госпитализации и определить эмпирическую антибактериальную терапию. Поэтому бактерио-

логические анализы не являются в действительности необходимыми на первом этапе лечения пациента.

### Антибактериальная терапия

Существует множество рекомендаций по поводу лечения больных с внегоспитальными пневмониями [9,16—19]; все они сходятся на том, что антибактериальная терапия должна быть начата как можно раньше, не дожидаясь недостаточно информативных в половине случаев результатов бактериологических исследований, к тому же дорогостоящих и предоставляющих информацию с опозданием к моменту начала лечения.

Выбор антибиотика осуществляется следующим образом:

1. У амбулаторных больных, не имеющих факторов риска, у которых невозможно на основании клинических и рентгенологических признаков исключить внеклеточную инфекцию, связанную скорее всего со *Streptococcus pneumoniae*, назначают перорально бета-лактамы антибиотик типа пенициллина А. В случаях, когда пневмония может быть вызвана внутриклеточным возбудителем и протекает атипично, следует назначать макролид. Пенициллин А активен в отношении большинства внеклеточных возбудителей пневмонии, включая *Streptococcus pneumoniae*. Активность назначаемого антибиотика в отношении *Streptococcus pneumoniae* является ведущим аргументом при его выборе, так как этот возбудитель может вызывать летальный исход в короткие сроки. Хорошей альтернативой пенициллину А служит прistinамицин, активный в отношении большинства внутри- и внеклеточных возбудителей. Основным недостатком последнего является отсутствие активности в отношении грамотрицательных бактерий. Поэтому он не может быть назначен в первую очередь пациентам, у которых пневмония может быть вызвана грамотрицательными микробами (лица, страдающие алкоголизмом, пожилые люди, пациенты с хроническим бронхитом и т.д.).
2. Амбулаторным больным, имеющим факторы риска, назначают комбинацию пенициллина А с ингибиторами бета-лактамазы или цефалоспорин II поколения. Если существуют сомнения, что пневмония вызвана внутриклеточными возбудителями, зачастую сочетают эти антибиотики с макролидами или фторхинолонами.
3. У госпитализируемых пациентов с наличием или без факторов риска комбинация пенициллина А с ингибитором бета-лактамазы или цефалоспорин III поколения должны сочетаться с макролидом или фторхинолоном.

В любом случае необходимо оценивать динамику заболевания через 2—3 дня от начала лечения. При отсутствии терапевтического эффекта у госпитализированных больных от антибиотиков, активных в отношении внеклеточных возбудителей, следует заменить их на препараты, обладающие спектром действия на внутриклеточные штаммы, а у тяжелых больных при-

менять сочетание антибиотиков, активных в отношении как вне-, так и внутриклеточных агентов. Несмотря на то, что микробиологические исследования неинформативны в половине наблюдений, они могут быть назначены в этих случаях с целью определения микробного возбудителя, его чувствительности к антибиотикам и, следовательно, служить ключом к подбору адекватной антибиотикотерапии. Если микробиологические анализы все же отрицательны, эмпирическим путем подбирают необходимый антибиотик (наиболее часто сочетание антибиотиков), исходя из особенностей клинической картины и вероятности возможного возбудителя.

При устойчивости некоторых микроорганизмов, наиболее часто *Streptococcus pneumoniae* к пенициллину и макролидам, необходимо проводить исследования уровня резистентности возбудителей. В случае снижения чувствительности *Streptococcus pneumoniae* к пенициллину целесообразно использовать повышенные дозы пенициллина А (3 г/24 ч и выше). Общим правилом является применение антибиотиков в правильной дозировке и в течение максимально короткого времени.

Рекомендуемая продолжительность антибактериального лечения внебольничных пневмоний, вызванных внеклеточными возбудителями, составляет 1 неделю, а пневмоний, связанных со внутриклеточными штаммами, — 2 недели. Продолжительность лечения может быть увеличена до 3 недель у иммунокомпромитированных пациентов. Новые антибиотики обладают более выраженным и комплексным антибактериальным действием, поэтому курсовое лечение ими могло бы быть более коротким; в то же время не существует определенного ответа на вопрос, насколько безопасно укорочение сроков лечения.

### Профилактика

Профилактике пневмонии придается огромное значение. Речь идет не только о воздействии на факторы риска (курение, алкоголизм и т.д.), но и о широком применении противогриппозной [20,21] и антипневмококковой [22, 23] вакцинации среди пациентов с повышенным риском респираторных инфекций, хроническими заболеваниями органов дыхания и др.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Woodhead M.A., Macfarlane J.T., McCracken J.S., Rose D.H., Finch R.G. Prospective study of the aetiology and outcome of pneumonia in the community // Lancet.— 1987.— Vol.1.— P.671—674.
2. Jokinen C., Heiskanen L., Juvonen H. et al. Incidence of community-acquired pneumonia in the population of four municipalities in Eastern Finland // Am. J. Epidemiol.— 1993.— Vol.137.— P.977—988.
3. Solans P., Gudiol F., Ponz M., Linares J., Ariza Y.J. Neumonia aguda de adquisicion extrahospitalaria. Distribucion etiologica en 415 casos // Rev.Clin.Exp.— 1978.— Vol.148.— P.367—371.
4. Bates J.H., Campbell G.D., Barron A.L., McCracken G.A., Morgan P.A., Moses E.B., Davis C.M. Microbial etiology of acute pneumonia in hospitalized patients // Chest.— 1992.— Vol.101, № 4.— P.1005—1012.
5. Woodhead M.A., Macfarlane J.T., Rodgers F.G., Laverick A., Pilkington R., Macrae A.D. Aetiology and outcome of severe

- community-acquired pneumonia // J.Infect.— 1985.— Vol.10.— P.204—210.
6. *Hope-Simpson R.E., Miller D.L.* The definition of acute respiratory illnesses in general practice // Postgrad.Med.J.— 1973.— Vol.49.— P.767—770.
  7. *Huchon G.J., Gialdroni-Grassi G., Leophonte P., Manresa F., Schaberg T., Woodhead M.A.* Initial antibiotic therapy for lower respiratory tract infection in the community: a European survey // Eur.Respir.J.— 1996.(in press).
  8. *Woodhead M.A., Gialdroni-Grassi G., Huchon G., leophonte P., Manresa F., Schaberg T.* Investigations of lower respiratory tract infection in the community: A European survey // Eur. Respir. J.— 1996. (in press).
  9. *Niederman M.D., Low B.J., Campbell G.D., Fein A.M., Grossman R.F., Mandel I.T., Marrie T.J., Sarosi G.A., Torres A., Yu V.L.* Guidelines for the initial management of adults with community-acquired pneumonia: diagnosis, assessment of severity and initial antimicrobial therapy // Am. Rev. Respir. Dis.— 1993.— Vol.148.— P.1418—1426.
  10. *Dulake C., Selkon J.* The incidence of pneumonia in the UK—preliminary findings from Newcastle and London // R. Soc. Med. Int. Congr. Symp. Ser.— 1989.— Vol.27.— P.87—94.
  11. *Berntsson E., Lagergard T., Strannegard O., Trollfors B.* Etiology of community-acquired pneumonia in outpatients // Eur. J. Clin. Microbiol.— 1986.— Vol.5.— P.446—447.
  12. *Melbye H., Berdal B.P., Straume B., Russell H., Vorland L., Thacker W.L.* Pneumonia — a clinical or radiographic diagnosis // Scand.J.Infect.Dis.— 1992.— Vol.24.— P.647—655.
  13. *Almirall J., Morato I., Riera F., Verdaguer A., Priu R., Coll P., Vidal J., Murgui L., Valls F., Catalan F. et al.* Incidence of community-acquired pneumonia and Chlamydia pneumonia infection: a prospective multicentre study // Eur.Respir.J.— 1993.— Vol.6, № 1.— P.14—18.
  14. *Geslin P.* Beta-lactamines et pneumocoques multi-resistants isolés en France (1984—1994) // Med. et Hyg.— 1995.— Vol.53.— P.2111—2118.
  15. *Dabernat H., Seguy M., Delmas C.* Situation en 1993 de la résistance aux antibiotiques chez Haemophilus influenzae en France // Med. Mal. Infect.— 1994.— Vol.24.— P.1244—1247.
  16. *Sociedad Espanola de Neomologia y Cirugia Toracica.* National recommendation for diagnosis and treatment of community-acquired pneumonia. (None Specified) 1992.
  17. *British Thoracic Society.* Guidelines for the management of community-acquired pneumonia in adults admitted to hospital // Br. J. Hosp. Med.— 1993.— Vol.49.— P.346—350.
  18. *Gialdroni-Grassi G., Branchi L.* Guidelines for the management of community-acquired pneumonia in adults // Monaldi Arch. Chest Dis.— 1995.— Vol.50.— P.21—27.
  19. *Societe de Pathologie Infectieuse de Langue Francaise.* Conference de consensus en therapeutique anti-infectieuse // Rev. Med. Infect.— 1991.— Vol.21.— P.1s—8s.
  20. *Partriarca P.A., Weber J.A., Parker R.A.* Efficacy of influenza vaccine in nursing homes: reduction in illness and complications during influenza A (H3N2)-epidemic // J. Am. Med. Assoc.— 1985.— Vol.253.— P.1136—1139.
  21. *Saah A.J., Neufeld R., Rodstein M., La-Montagne J.R., Blackwelder W.C., Griss P., Quinnan G., Kaslow R.A.* influenza vaccine and pneumonia mortality in a nursing home population // Arch.Intern.Med.— 1986.— Vol.146.— P.2353—2357.
  22. *Fedson D.S.* Influenza and pneumococcal vaccination of the elderly: newer vaccines and prospects for clinical benefits at the margin // Prev. Med.— 1994.— Vol.23.— P.751—755.
  23. *Gable C.B., Holzer S.S., Engelhart L., Friedman R.B., Smeltz F., Schroeder D., Baum K.* Pneumococcal vaccine: efficacy and associated cost savings // J. Am. Med. Assoc.— 1990.— Vol.264.— P.2910—2915.

Поступила 20.08.96.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1997

УДК 616.24-002-07

*Е.В.Никонова, А.Л.Черняев, А.Г.Чучалин*

## КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПНЕВМОНИЙ

НИИ пульмонологии МЗ РФ, Москва

CLINIC AND DIAGNOSIS ASPECTS OF PNEUMONIA

*Ye.V.Nikonova, A.L.Chernyaev, A.G.Chuchalin*

### Summary

The peculiarities of a pneumonia course were studied in a group of 66 patients in 1995. The diagnosis of pneumonia when a patient was admitted to a hospital coincided with that when he was discharged in 80.3% of cases. In 19.7% of cases the pneumonia was diagnosed in 2—3 days after admission to a hospital because of a misdiagnosis of the surgical abdomen, the acute myocardial infarction or the exacerbation of chronic obstructive bronchitis. The nosocomial pneumonia was diagnosed in 2 cases. The most part of the patients — 26 (39.4) — was treated at hospital for a period from 21 to 30 days.

The pneumonia was the most frequently localized in the lower lobe of right lung.

The delayed course of pneumonia (for more than 4 weeks for 30.3% of the patients) was caused by the belated hospitalization, misdiagnosis at the ambulatory stage, abscessing pneumonia development for patients suffering from the chronic alcoholism as well as the development of nosocomial pneumonia at a hospital.

*Str.pneumoniae, Neisseria* and *Str.viridans* were the most frequent etiologic agents. The pneumonia treatment was mainly based on the etiological study. The bactericidal broad-spectrum antibiotics were used for pneumonia treatment.