

АО «Медицинский Университет Астана»
Кафедра Внутренних болезней интернатуры

Антибактериальная терапия пневмоний у лиц с иммунодефицитом

Подготовил: Исканов А. 629 ВБ
Проверила: Елефтериади А.Г.

Астана 2017г.

Пневмония у пациентов с иммунной недостаточностью часто обусловлена атипичными патогенами, но может быть вызвана теми же возбудителями, которые вызывают внебольничную пневмонию.

Возможные возбудители определяются на основании симптомов, рентгенологических изменений и разновидности иммунодефицита. У пациентов с острыми симптомами дифференциальный диагноз включает бактериальную инфекцию, кровотечение, отек легких, реакцию агглютинации лейкоцитов на трансфузию продуктов крови и эмболию легочных сосудов. Вялотекущий характер заболевания более свидетельствует о наличии грибковой или микобактериальной инфекции, оппортунистической вирусной инфекции, пневмонии, вызванной *P. jirovecii*, опухоли, реакции на цитотоксические средства или лучевого поражения.

Ограниченное уплотнение при рентгенографии обычно указывает на инфекцию, вызванную бактериями, микобактериями, грибами или *Nocardia* sp. Диффузное усиление легочного рисунка по интерстициальному типу скорее свидетельствует о вирусной инфекции, пневмонии, вызванной *пневмоцистой Каринии*, лекарственном или лучевом поражении, либо отеке легких. Диффузные узловые поражения предполагают инфицирование микобактериями, *Nocardiasp*, грибами или опухоль. Кавернозное поражение предполагает присутствие микобактерий, *Nocardia*, грибковой или бактериальной инфекции, в частности, *S. aureus*.

- Лечение пневмонии у лиц с тяжелыми дефектами следует проводить только в условиях стационара. У больных с иммунодефицитными состояниями выбор антибактериальной терапии в большей степени зависит от происхождения возбудителя.
- Наиболее распространенная схема-назначение аминогликозидов в сочетании с современными цефалоспоридами:
- Кларитромицин в/в по 0.5 г 2 раза в сутки +Цефтриаксон в/в по 2 г 1 раз в сутки в течение 10 суток
- У больных СПИДом при пневмонии, вызванных *Pneumocystis carinii*, принятой схемой лечения считают парентеральное пентамидина, ко-тримоксазола и септрима.

- Лечение пневмоцистной пневмонии проводят ко-тримоксазолом-внутривенно в дозе 20 мг/кг в сутки в 3-4 приема. Длительность приема 21 суток
- При плохой переносимости антибиотиков и высокой чувствительности выделенной микрофлоры назначают:
- Фуралтадон внутрь по 0.1 г 4 раза в сутки
- Фуразидин внутривенно капельно по 300-500 мл 0.1% раствора в день; на курс-3-5 вливаний).
- При неэффективности можно с успехом использовать производные хиноксалина (гидроксиметилхиноксалиндиоксид).

- Для профилактики кандидоза (особенно при массивной и длительной антибиотикотерапии) рекомендовано применение нистатина и леворина – внутрь по 500 тыс. ЕД 4 раза в день.
- При пневмонии грибковой этиологии назначают противогрибковые средства:
- Амфотерицин В, Интраконазол, Кетоконазол, Флуконазол

Профилактика

- Терапия, направленная на повышение функции иммунной системы, показана для профилактики пневмонии у пациентов с иммунодефицитом. Например, пациенты с нейтропенией, индуцированной химиотерапией, должны получать гранулоцитарный колониестимулирующий фактор (Г-КСФ, или филграстим), и пациенты с гипогаммаглобулинемией вследствие наследственных или приобретенных заболеваний (например, множественная миелома, лейкемия) должны получать внутривенно иммуноглобулин.
- Пациенты с ВИЧ и количеством клеток CD4+ Т-клеток $< 200/\mu\text{L}$ должны ежедневно получать профилактическую терапию триметопримом/сульфаметоксазолом или другую надлежащую терапию.
- Также таким пациентам важно проводить вакцинацию. Например, пациенты с риском пневмонии, вызванной инкапсулированными бактериями (пациенты с гипогаммаглобулинемией, аспленией) должны получить вакцинацию против пневмококка и *гемофильной палочки*.