

ОПТИМАЛЬНИЙ ВИБІР АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ І ТЕРАПЕВТА

Одеський національний медичний університет

Останні рекомендації Американського торакального товариства (*American Thoracic Society — ATS 2019*), Американського співтовариства з інфекційних хвороб (*Infectious Diseases Society of America — IDSA 2019*) і класифікації антибіотиків *BOOЗ AWaRe 2019*.

За часів технічного і наукового прогресу існує проблема розвитку у мікроорганізмів резистентності до антибактеріальних засобів. Перед сучасним лікарем стоїть завдання своєчасно і правильно призначити своєму пацієнтові терапію, яка буде для нього найбільш ефективною і безпечною, з одного боку, і не сприятиме розвитку антибіотикорезистентності — з другого.

Метою роботи є аналіз сучасних міжнародних рекомендацій щодо антибактеріальної терапії негоспітальної пневмонії (НП), використання цих рекомендацій в умовах пандемії SARS-CoV-2.

Для того щоб уніфікувати вибір антибактеріальної терапії, на допомогу лікарям у всьому світі було створено класифікацію антибіотиків *BOOЗ AWaRe 2019*, у якій відомі антибактеріальні засоби поділені на 3 групи: Access, Watch і Reserve [1].

Відповідно до цієї класифікації, група Access включає в

себе протимікробні засоби, які мають активність до широкого спектра мікроорганізмів, але при цьому виявляють найнижчий потенціал резистентності.

Група Watch складається з антибактеріальних засобів, які перекривають широкий спектр патогенів, що найчастіше викликають НП, проте мають більший потенціал резистентності, ніж ті, що в групі Access.

Група Reserve включає в себе антибактеріальні речовини, які слід використовувати в останню чергу, як «препарати резерву». Сюди входять медикаменти, які необхідно застосовувати в разі підтвердження у збудника резистентності до багатьох лікарських засобів і відсутності альтернативи застосування антибіотиків з інших груп.

У практиці сімейного лікаря і терапевта поліклінічної ланки дуже часто трапляється НП. Це захворювання є однією з провідних причин смертності у світі, будучи причиною смерті 15 % дітей до 5 років. Так само найбільший відсоток смертей від пневмонії припадає на хворих 70 років і старше [2]. Також загальновідомо, що в структурі ускладнень, викликаних COVID-19, лідирують пневмонії.

Найбільш розповсюдженими збудниками НП є *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus in-*

fluenzae, *Mycoplasma pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Legionella pneumophila*, *Chlamydia pneumoniae* та *Moraxella catarrhalis*, але для більш ретельного емпіричного підбору антибіотикотерапії пацієнтові необхідно спочатку правильно визначити клінічну групу пацієнта (табл. 1), місце проведення лікування і, як наслідок, схему антибактеріальної терапії.

За даними Американського торакального товариства (ATS) і Американського співтовариства з інфекційних хвороб (IDSA), існує кілька шкал оцінки тяжкості НП. Відповідно до недавно проведених досліджень, ATS закликає фахівців відходити від шкали CURB-65, яка має низький рівень доказів, і переходити на шкалу PORT (Pneumonia Outcomes Research Team) або PSI (Pneumonia Severity Index) [3; 4]. Шкала CURB-65 вважається більш зручною й легкою у застосуванні та в оцінці тяжкості перебігу НП і вибору місця лікування, проте в деяких випадках може виявитися недостатньо точною (табл. 2, 3). З цієї причини більш точною є шкала PORT (табл. 4, 5).

Після того як лікар прийняв рішення щодо клінічної групи пацієнта (див. табл. 1) та місця лікування, перед ним стоїть не менш важливе завдання — правильний підбір антибіотикотерапії. Незважаючи на те, що це

Групи хворих на негоспітальну пневмонію та ймовірні збудники захворювання

Показник	Група хворих			
	I	II	III	IV
Місце лікування	Можливість лікування в амбулаторних умовах (з медичних позицій)	Можливість лікування в амбулаторних умовах (з медичних позицій)	Лікування в умовах терапевтичного або пульмонологічного відділення	Лікування в умовах відділення інтенсивної терапії
Ймовірні збудники	<i>S. pneumoniae</i> <i>M. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i> <i>C. pneumoniae</i> Респіраторні віруси	<i>S. pneumoniae</i> <i>C. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i> <i>S. aureus</i> <i>Enterobacteriales</i> Респіраторні віруси	<i>S. pneumoniae</i> <i>C. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i> <i>S. aureus</i> <i>Enterobacteriales</i> Респіраторні віруси	<i>S. pneumoniae</i> <i>Legionella spp.</i> <i>C. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i> <i>S. aureus</i> <i>Pseudomonas spp.</i> <i>Enterobacteriales</i> Респіраторні віруси

Примітка. I група — НП легкого перебігу в осіб без супровідної патології і тих, хто не приймав за останні 3 міс. антибактеріальні препарати; II група — НП легкого перебігу в осіб із супровідною патологією і/або тих, хто приймав за останні 3 міс. антибактеріальні препарати; III група — НП середньотяжкого перебігу; IV група — НП тяжкого перебігу.

питання вивчено досконально, для практикуючого лікаря, як і раніше, актуальним є створення алгоритму емпіричного підбору такої терапії.

Вибір антибактеріальної терапії при НП в Україні регламентується наказом МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р., рекомендаціями Національної академії медичних наук, 2019 р. [5; 6]. Також ми проаналізували алгоритм емпіричного підбору антибактеріальної терапії, запропонований ATS і IDSA в 2019 р. [3; 4].

Згідно з цими рекомендаціями, пацієнти, у яких тяжкість пневмонії дозволяє проводити лікування в амбулаторних умовах, ATS і IDSA рекомендують починати лікування:

- Амоксицилін по 1,0 г 3 рази на добу, або
- Доксидиклін по 100 мг 2 рази на добу, або
- макролід (Азитроміцин 500 мг у 1-й день, потім 250 мг щодня, або Кларитроміцин 500 мг 2 рази на добу, або Кларитроміцин продовженої дії 1000 мг на добу).

У пацієнтів з наявністю коморбідної патології, рекомендації дещо відрізняються.

Комбінована терапія:

— Амоксицилін/Клавуланова кислота 500 мг/125 мг 3 рази на добу, або Амоксицилін/Клавуланова кислота 875 мг/125 мг 2 рази на добу, або 2000 мг/125 мг 2 рази на добу, або цефалоспорин (Цефподоксим 200 мг 2 рази на добу або Цефуросим 500 мг 2 рази на добу), в поєднанні з

— макролід (Азитроміцин 500 мг у 1-й день, потім 250 мг щодня, або Кларитроміцин 500 мг 2 рази на день) або Доксидиклін 100 мг 2 рази на добу.

Або монотерапія:

— респіраторний фторхінолон (Левефлоксацин 750 мг щодня, Моксифлоксацин 400 мг щодня або Геміфлоксацин 320 мг щодня).

Для умов стаціонару рекомендації ATS і IDSA такі.

Комбінована терапія:

— бета-лактами (Ампіцилін + Сульбактам 1,5–3 г кожні 6 год, Цефотаксим 1–2 г кожні 8 год, Цефтріаксон 1–2 г на добу або Цефтазолін 600 мг кожні 12 год) в поєднанні макролід (Азитроміцин 500 мг щодня або Кларит-

Шкала CURB-65

Таблиця 2

Критерій	Показник
Порушення свідомості (Confusion)	Є
Сечовина, ммоль/л* (Urea)	Більше 7
Частота дихання, в 1 хв (Respiratory rate)	Більше 30
САТ/ДАТ, мм рт. ст. (Blood pressure)	Менше 90/60
Вік, років	Більше 65

Примітка. Кожний критерій — 1 бал. * — існує варіант CRB-65, у якому відсутній параметр «сечовина».

Інтерпретація шкали CURB-65

Таблиця 3

Група	Бали	Летальність, %	Місце лікування
I	0–1	До 1,5	Амбулаторно
II	2	До 9,2	Стаціонар
III	3–5	До 22	Відділення ВРІТ

**Шкала Pneumonia Outcomes
Research Team/Pneumonia Severity Index (PORT/PSI)**

Таблиця 4

Критерії оцінки	Бали
Демографічні показники	
Вік: чоловіки (жінки мінус 10)	Кількість років
Потребує догляду (інтернат)	+10
Супутні захворювання	
Злоякісні утворення	+30
Хвороби печінки	+20
Серцева недостатність	+10
Судинне захворювання мозку	+10
Захворювання нирок	+10
Об'єктивні ознаки	
Порушення свідомості	+20
Частота дихання > 30 за хвилину	+20
САТ < 90 мм рт. ст.	+20
Температура тіла < 36 °С або > 40 °С	+15
Пульс > 125 за хвилину	+10
Плевральний випіт	+10
Лабораторні ознаки	
pH крові < 7,3 од.	+30
Сечовина > 10,7 ммоль/л	+20
Натрій < 130 ммоль/л	+20
Глюкоза > 13,9 ммоль/л	+10
Гематокрит < 30 %	+10
PaO ₂ < 60 мм рт. ст., SaO ₂ < 90 %	+10

Інтерпретація шкали PORT/PSI

Таблиця 5

Клас	Бали	Летальність, %	Місце лікування
I–II	Менше 70	До 0,6	Амбулаторно
III	71–90	До 2,8	Амбулаторно або стаціонар
IV–V	Більше 90	До 29,2	Стаціонар або відділення ВРІТ

троміцину 500 мг 2 рази на добу).

Або монотерапія:

— Респіраторні фторхінолони (Левофлоксацин 750 мг щодня, Моксифлоксацин 400 мг щодня).

У разі якщо є протипоказання до застосування макролідів і фторхінолонів, рекомендована комбінована терапія бета-лак-

тамами (Сульбактам/Ампіцилін + Цефотаксим, Цефтаролін або Цефтріаксон у дозуваннях, як зазначено вище) та Доксциклін по 100 мг 2 рази на добу.

У стаціонарних пацієнтів з тяжкою негоспітальною пневмонією, але без ризику зараження метицилін-резистентним стафілококом (MRSA) або *P. aeru-*

ginosa рекомендовані комбінації:

— бета-лактами + макролід, або

— бета-лактами + респіраторний фторхінолон.

У разі підтвердження MRSA рекомендовано включати в терапію ванкоміцин 15 мг/кг кожні 12 год, або лінезолід 600 мг кожні 12 год.

При підтвердженні *P. aeruginosa* лікування проводиться одним з наведених нижче засобів: Піперацилін-тазобактам 4,5 г кожні 6 год, Цефепім 2 г кожні 8 год, Цефтазидим 2 г кожні 8 год, Азтреонам 2 г кожні 8 год, Меропенем 1 г кожні 8 год або Іміпенем 500 мг кожні 6 год. Дані рекомендації представлені в табл. 6 і 7.

Також слід враховувати пандемію COVID-19 і велику кількість пневмоній, які є найбільш частими ускладненнями даної нозології. Незважаючи на те, що на даний час не існує схеми лікування, яка може базуватися на повноцінних клінічних дослідженнях, існує велика кількість рекомендацій щодо застосування Азитроміцину в лікуванні COVID-19 [7; 8].

Азитроміцин — антибактеріальна речовина, що є представником групи макролідів, а саме азалідів, і має бактеріостатичний ефект. Азитроміцин більш ефективно діє на грамнегативну мікрофлору [9]. Через тривале і широке застосування цього антибактеріального препарату існують дані про розвиток резистентності до нього [10; 11], що також може бути зумовлено й бактеріостатичним механізмом дії. Спираючись на класифікацію BOOЗ AWaRe 2019, де Азитроміцин внесений до групи Watch, можна зробити висновок, що лікування пневмонії, пов'язаної з COVID-19, або НП, що викликана «стан-

Лікування негоспітальної пневмонії в амбулаторних умовах

Без коморбідної патології	За наявності коморбідної патології
— Амоксицилін по 1,0 3 рази на добу, або — Доксциклін по 100 мг 2 рази на добу, або — макролід (<i>Азитроміцин</i> 500 мг у 1-й день, потім 250 мг щодня або <i>Кларитроміцин</i> 500 мг 2 рази на добу/ <i>Кларитроміцин</i> подовженої дії 1000 мг/добу)	Комбінована терапія: — Амоксицилін/Клавуланова кислота 500 мг/125 мг 3 рази на добу, або Амоксицилін/Клавуланова кислота 875 мг/125 мг 2 рази на добу, або 2000 мг/125 мг 2 рази на добу, або <i>Цефалоспорин (Цефподоксим</i> 200 мг 2 рази на добу або <i>Цефуроксим</i> 500 мг 2 рази на добу) і — макролід (<i>Азитроміцин</i> 500 мг у 1-й день, потім 250 мг щодня, <i>Кларитроміцин</i> 500 мг 2 рази на день) або <i>Доксциклін</i> 100 мг 2 рази на добу
	Монотерапія: — респіраторний фторхінолон (<i>Левофлоксацин</i> 750 мг щодня, <i>Моксифлоксацин</i> 400 мг щодня або <i>Геміфлоксацин</i> 320 мг щодня)

Примітка. У табл. 6 і 7 виділено шрифтом: *Aware*; *Watch*; *Reserve*.

Таблиця 7

Лікування негоспітальної пневмонії в умовах стаціонару або відділення реанімації та інтенсивної терапії

Антибактеріальний препарат	Примітка
Бета-лактами (<i>Ампіцилін + Сульбактам</i> 1,5–3 г кожні 6 год, <i>Цефотаксим</i> 1–2 г кожні 8 год, <i>Цефтріаксон</i> 1–2 г на добу або <i>Цефтаролін</i> 600 мг кожні 12 год) у поєднанні з макролідом (<i>Азитроміцин</i> 500 мг щодня або <i>Кларитроміцин</i> 500 мг 2 рази на добу)	У разі підтвердження MRSA рекомендовано включати в терапію <i>Ванкоміцин</i> 15 мг/кг кожні 12 год або <i>Лінезолід</i> 600 мг кожні 12 год
Монотерапія: — респіраторні фторхінолони (<i>Левофлоксацин</i> 750 мг щодня, <i>Моксифлоксацин</i> 400 мг щодня)	При підтвердженні <i>P. aeruginosa</i> : <i>Піперацилін-Тазобактам</i> 4,5 г кожні 6 год, <i>Цефепім</i> 2 г кожні 8 год, <i>Цефтазидим</i> 2 г кожні 8 год, <i>Азтреонам</i> 2 г кожні 8 год, <i>Меропенем</i> 1 г кожні 8 год або <i>Іміпенем</i> 500 мг кожні 6 год
У разі якщо є протипоказання до застосування макролідів і фторхінолонів, рекомендована комбінована терапія бета-лактамами (<i>Сульбактам/Ампіцилін + Цефотаксим, Цефтаролін</i> або <i>Цефтріаксон</i> у дозуваннях, як зазначено вище) та Доксциклін по 100 мг 2 рази на добу	

дартними» збудниками, азитроміцином швидше за все буде малоєфективним. Тому посиляючись на емпіричні дані про лікування пневмонії, пов'язаної з COVID-19, схема підбору антибактеріальної терапії відповідає рекомендаціям ATS і IDSA 2019 і представлена в табл. 3, 6 [7; 8].

А тепер подивимося на рекомендації ATS і IDSA 2019 через призму класифікації BOOЗ AWaRe 2019:

Access:

Амоксицилін, Доксциклін, Амоксицилін/Клавуланова кислота, Ампіцилін-Сульбактам.

Watch:

Азитроміцин, Кларитроміцин, Цефподоксим, Цефуроксим, Левофлоксацин, Мокси-

флоксацин, Геміфлоксацин, Цефотаксим, Цефтріаксон, Ванкоміцин, Піперацилін-Тазобактам, Цефепім, Цефтазидим, Меропенем, Іміпенем.

Reserve:

Цефтаролін, Лінезолід.

Для зручності використання ми розділили групи препаратів, виділивши їх шрифтом (табл. 6, 7).

Таким чином, при підборі антибіотиків усередині клінічних груп, згідно з рекомендаціями ATS і IDSA 2019, у першу чергу слід думати про групу Access (виділена жирним прямим шрифтом у табл. 6, 7). І тільки в міру неефективності або обтяження стану у пацієнтів з НП слід переходити на інші групи (Watch, яка в таблиці виділена жирним курсивом, та

Reserve, виділена світлим курсивом).

Також необхідно враховувати дані про локальну антибіотикорезистентність. На жаль, в Україні такі дослідження проводяться нерегулярно. Остання робота, яка здійснювалась у рамках міжнародного дослідження антибіотикорезистентності SOAR, 2016, продемонструвало, що 97 % штамів *S. pneumoniae*, які були виділені в Україні, виявилися чутливими до внутрішньовенного введення Пеніциліну, 83 % — до перорального. При цьому всі виділені штами проявили чутливість до Левофлоксацину та Моксифлоксацину, а 98 % були чутливіми до Цефтріаксону. Чутливість до малих доз Амоксициліну і комбінації Амоксициліну/

Клавуланату становила 97 %; у разі застосування високих доз Амоксициліну вона залишалася на тому ж рівні, а до Амоксициліну/Клавуланату — збільшувалася до 99 %. Чутливість до пероральних цефалоспоринов і макролідів варіює від 83 до 89 %.

Чутливість *H. influenzae* до Цефтріаксону, Левофлоксацину та Моксифлоксацину, за даними дослідження в Україні, сягала 100 %. Чутливість до комбінації Амоксициліну/Клавуланату також становить 100 %, чутливість до Цефуроксиму — 70,8 %, Кларитроміцину — 61,5 % [12; 13].

Підбиваючи підсумок відмітимо, що вищеописане дослідження продемонструвало таке: найчастіші збудники НП зберігають чутливість до Амоксициліну, Цефуроксиму, Левофлоксацину, тимчасом до Азитроміцину, Доксицикліну, Кліндаміцину чутливість мікроорганізмів значно нижча.

Висновки

1. Вибір антибактеріальної терапії НП, незважаючи на велику кількість сучасних вітчизняних і міжнародних клінічних настанов, залишається проблемним питанням у практиці сімейного лікаря.

2. При виборі антибактеріальної терапії НП слід, у першу чергу, звертати увагу на групу Access, відповідно до класифікації ВООЗ AWaRe 2019, а саме: Амоксицилін, Доксициклін, Амоксицилін + Клавуланова кислота, Ампіцилін-Сульбактам.

3. Однак, з огляду на дані дослідження SOAR 2016, у разі застосування Доксицикліну терапія НП може бути неефективною у зв'язку з недостатньою чутливістю основних збудників НП до цього препарату.

4. Переходити до застосування груп Watch і Reserve, відповідно до класифікації ВООЗ AWaRe 2019, необхідно тільки в разі неефективності попередньої терапії антибіотиками з групи Access або обтяження перебігу НП.

5. Вибір антибактеріальної терапії у пацієнтів з пневмонією, зумовленою COVID-19, не відрізняється докорінно від традиційного алгоритму.

Ключові слова: антибактеріальна терапія, негоспітальна пневмонія, антибіотикорезистентність.

ЛІТЕРАТУРА

1. AWaRe 2019 [Електронний ресурс]. URL: https://www.who.int/medicines/news/2019/WHO_releases2019AWaRe_classification_antibiotics/en/

2. Dadonaite B. Pneumonia [Електронний ресурс] / B. Dadonaite, M. Roser. 2019. Режим доступу до ресурсу: <https://ourworldindata.org/pneumonia#pneumonia-mortality-rates-by-age>.

3. 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 [Електронний ресурс] / J. P. Metlay Joshua P., G. W. Waterer, L. C. Ann et al. 2019. Режим доступу до ресурсу: <https://www.atsjournals.org/doi/ref/10.1164/rccm.201908-1581ST>

4. Хиць А. Негоспітальна пневмонія: рекомендації ATS та IDSA [Електронний ресурс]. URL: <https://www.umj.com.ua/article/169732/negospitalna-pnevmoniya-rekomendatsiyi-ats-ta-idsa>.

5. Уніфікований Протокол Надання медичної допомоги дорослим хворим на Негоспітальну пневмонію [Електронний ресурс] / Ю. І. Фещенко, К. О. Белослудцева, О. А. Голубовський та ін. 2019. URL: [http://www.ifp.kiev.ua/ftp1/metoddoc/Pneumonia_guidelines_2019_\[rev29\].pdf](http://www.ifp.kiev.ua/ftp1/metoddoc/Pneumonia_guidelines_2019_[rev29].pdf).

6. Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія» [Електронний ресурс]. 2007. URL: https://zakononline.com.ua/documents/show/109065__532902

7. Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial [Електронний ресурс] / P. Gautret, J. Lagier, P. Parola та ін. 2020. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32205204>

8. COVID-19 rapid guideline: managing suspected or confirmed pneumonia in adults in the community [Електронний ресурс]. 2020. Режим доступу до ресурсу: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng165/chapter/4-Managing-suspected-or-confirmed-pneumonia>

9. Машковський М. Д. Лікарські засоби. 2019. 1216 с. (16-е)

10. Мостовий Ю. М., Демчук А. В., Константинович Т. В. Макроліди: фармакоепідеміологічні аспекти [Електронний ресурс]. 2008. URL: <http://www.ifp.kiev.ua/doc/journals/upj/08/pdf08-3/28.pdf>

11. Pfizer reports safety data of azithromycin in Covid-19 trial [Електронний ресурс]. 2020. Режим доступу до ресурсу: <https://www.clinicaltrialsarena.com/news/pfizer-data-azithromycin-covid-19-trial>

12. Шуткевич О. (Не) ефективні антибіотики [Електронний ресурс]. 2019. URL: <https://day.kyiv.ua/ru/article/obshchestvo/neeftivnye-antibiotiki>

13. Дослідження антибіотикорезистентності SOAR в Україні та Словаччині [Електронний ресурс]. 2018. URL: <https://bacteriophages.info/ru/news/issledovanie-antibiotikorezistentnosti-soar-v-ukraine-i-slovakii/>

Надійшла до редакції 09.11.2020

Рецензент канд. мед. наук

Г. О. Данильчук,

дата рецензії 13.11.2020

УДК 616.24-002-08-039.57:615.281:614.255.4:316.356.2(048.8)

І. В. Андрусихина, В. О. Баташова-Галінська

ОПТИМАЛЬНИЙ ВИБІР АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ І ТЕРАПЕВТА

У роботі аналізуються останні рекомендації Американського торакального товариства й Американського співтовариства з інфекційних хвороб щодо підбору антибактеріальної терапії для лікування негоспітальної пневмонії, а також пропонується принцип призначення препаратів, враховуючи тенденцію до розвитку у мікроорганізмів антибіотикорезистентності, у зв'язку з чим застосування антибактеріальної терапії потребує постійного перегляду.

Для цього у цій статті ми звернулися до класифікації ВООЗ АWaRe 2019, керуючись якою можна ще точніше підібрати безпечне й ефективне лікування негоспітальної пневмонії.

Ключові слова: антибактеріальна терапія, негоспітальна пневмонія, антибіотикорезистентність.

UDC 616.24-002-08-039.57:615.281:614.255.4:316.356.2(048.8)

I. V. Andrusyshyna, V. O. Batashova-Galinska

THE OPTIMAL CHOICE OF ANTIBACTERIAL THERAPY IN THE TREATMENT OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN THE PRACTICE OF FAMILY PHYSICIAN AND THERAPIST

The paper analyzes the latest recommendations of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America regarding the selection of antibacterial therapy for the treatment of non-hospital pneumonia, and also suggests the principle of prescribing drugs, taking into account the trends in the development of resistance in microorganisms. Also, considering the trends towards the development of antibiotic resistance in bacteria, the use of antibacterial therapy requires constant review. To do this, in this article, we turned to the WHO AWaRe 2019 classification, which can be used to more accurately select a safe and effective treatment for non-hospital pneumonia.

Key words: antibiotic therapy, community-acquired pneumonia, antibiotic resistance.

УДК 616.443+616.44+616.45

М. М. Перепелюк, канд. мед. наук, доцент,

О. В. Чехлова

ПОЄДНАННЯ СИНДРОМУ НЕЛЬСОНА І ФЕНОМЕНА «ПОРОЖНЬОГО ТУРЕЦЬКОГО СІДЛА» З ДИФУЗНИМ ТОКСИЧНИМ ЗОБОМ

Одеський національний медичний університет

Синдром Нельсона [1–3] — тяжке ускладнення хірургічного лікування хвороби Іценка — Кушинга методом двосторонньої адреналектомії, що проявляється тяжким лабільним перебігом надниркової недостатності, гіперпігментацією шкірних покривів і слизових оболонок, наявністю аденоми гіпофіза (кортикотропінома). Клінічна картина зумовлена гіперсекрецією кортикотрофами пропіомеланокортину — попередника адренкортикотропного гормону (АКТГ) і меланостимулюючого гормону (MSG). Частота розвитку синдрому

Нельсона, за даними різних авторів, варіює від 10 до 80 % [4], що, найімовірніше, зумовлено варіабельністю інтерпретації клінічних проявів і використуваних технічних діагностичних засобів.

Наводимо клінічне спостереження синдрому Нельсона з феноменом «порожнього турецького сидла» [1; 5] у поєднанні з дифузним токсичним зобом. До терапевтичного відділення Центру реконструктивної та відновної медицини Одеського національного медуніверситету надійшла пацієнтка зі скаргами на виражену загальну слабкість, швидку стомлюваність, запаморочення, головний біль, погіршення

пам'яті, нудоту, поганий апетит, зниження маси тіла, посилення пігментації шкірних покривів, біль у м'язах ніг, виражене серцебиття, емоційну лабільність, тремтіння в тілі, руках, поганий сон, задишку при незначному фізичному навантаженні. Нинішнє погіршення відзначає близько 2 міс., протягом яких поступово з'являлись і прогресували вищепи-сані скарги.

З анамнезу з'ясовано, що в 1988 р. встановлено діагноз хвороби Іценка — Кушинга, тяжка форма. У 1989 р. проведена лівобічна, а в 1990 р. — правобічна адреналектомія. З нашої медичної документації виявлено, що у 2005 р. встановле-

© М. М. Перепелюк, О. В. Чехлова, 2020