Заболевания желудочно – кишечного тракта у больных госпитальными пневмониями

Александр Владимирович Медведев,
старший научный сотрудник,

Абубикиров Анвер Фатихович,
старший научный сотрудник,

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Центральный НИИ туберкулеза», г. Москва,
Городская клиническая больница № 24, г. Москва.
E-mail: alexmedved_1@mail.ru

Абстракт.

Дизайн: открытое, сравнительное наблюдение.

Материалы и методы: В исследование включены 59 больных госпитальными пневмониями. Методом рандомизации они разделены на две группы: 22 больных с наличием заболеваний желудочно — кишечного тракта (ЖКТ) и 37 пациентов без гастроэнтерологических заболеваний. Всем больным проводилось лабораторное и инструментальное исследование.

Результаты: Заболевания системы пищеварения наблюдались у 37,3% госпитальными пневмониями: впервые выявленные заболевания (15,3%): гастроэзофагельно — рефлюксная болезнь (ГЭРБ), язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки, медико — ассоциированный колит; обострение хр. болезней ЖКТ 22,0%: хронический гастродуоденит, хронический холецистит, хронический панкреатит.

Заключение: Развитие пневмонии провоцирует обострение хронических форм болезней желудочно — кишечного тракта. Это связано с патогенетическими механизмами самой пневмонии (гипоксия, расстройство микроциркуляции, воспалительная интоксикация) и «повреждающим» эффектом этиотропной терапии. Наличие заболеваний ЖКТ ограничивает возможности использования антибактериальной терапии в полном объеме, особенно при необходимости повторных курсов антибиотикотерапии. Ранняя диагностика заболеваний ЖКТ позволяет оптимизировать фармакотерапию пневмонии.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, заболевания органов пищеварения.

Заболевания органов пищеварения при внебольничной пневмонии изучены недостаточно. В настоящее время опубликованы немногочисленные работы, касающиеся течения этой патологии с поражением желудочно — кишечного тракта (1,2). Поражение желудка и двенадцатиперстной кишки встречается у 18,4% больных пневмонией, медико- ассоциированный колит на фоне проводимой антибактериальной терапии у 10,3 % пациентов, заболевания гепатобилиарной системы в 13,1 % случаев (3). Отмечено латентное течение эрозивной гастродуоденопатии, проявляющееся только при развитии желудочно — кишечного кровотечения. (4). Исходы болезней желудочно — кишечного тракта различны: от катарального воспаления слизистой пищевода, до язвенного поражения антрального отдела желудка и двенадцатиперстной кишки, а также развития печеночной недостаточности при обострении хронического гепатита, развившегося вследствие нерациональной антибактериальной терапии (5-7). Различная частота поражения органов пищеварения при пневмонии, различные исходы этого заболевания обуславливают

необходимость изучения проблемы сочетанного поражения желудочно — кишечного тракта у больных внебольничной пневмонией. До сих пор остаются неизученными особенности взаимосвязи гастроэнтерологических заболеваний при пневмонии, возможности взаимного влияния этих состояний, что делает актуальным дальнейшее изучения этой проблемы.

Цель исследования: Изучение характера взаимосвязи одновременно протекающих госпитальной пневмонии и заболеваний ЖКТ.

Критерии включения в исследование:

1. Взрослые пациенты обоего пола от 15 до 70 лет.

2. Сроки развития заболевания в течение 48 часов после госпитализации в стационар или в течение 5 суток после перевода из другого стационара.

3. Имеющие клинические признаки пневмонии (лихорадка, симптомы интоксикации, кашель, выделение мокроты, одышка, физикальные данные: укорочения перкуторного звука, ослабленное (бронхиальное) дыхание, влажные хрипы над зоной поражения).

4. Доказанный диагноз пневмонии при рентгенологическом обследовании (появление свежих очаговых или инфильтративных изменений), при исключении других причин их возникновения.

Критерии исключения:

1.Наличие в анамнезе одного из перечисленных заболеваний (бронхоэктатическая болезнь, интерстициальные болезни), кифоз и сколиоз грудной клетки, туберкулез органов дыхания, онкологические заболевания любой локализации).

2. Пациенты с неконтролируемыми сердечно — сосудистыми, гематологическим, почечными, неврологическими, эндокринными заболеваниями) или другими состояниями, которые могут влиять на интерпретацию результатов исследования.

3. Имеющие обострение любого хронического заболевания (хронический тонзиллит, хронический гепатит, хронический пиелонефрит и др.), которые, по мнению клинициста, способны исказить результаты исследования.

4. Грибковые заболевания легких.

5. Тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии.

6. Невыясненные на момент включения в исследования очаговые или инфильтративные изменения.

7. Лихорадочные состояния, генез которых на момент скрининга неуточнен.

Методы исследования: клинический и биохимический анализы крови, микроскопия мокроты с окраской по Граму, культуральное исследование мокроты с посевом её на флору и чувствительности к антибактериальным препаратам, исследование гемокультуры (посев крови на стерильность), ЭКГ, ЭХО-КГ, оценка уровня сознания (шкала Глазго), рентгенография органов грудной клетки, компьюторная томография органов грудной клетки высокого разрешения, фибробронхоскопия с анализом бронхоальвеолярного лаважа, эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, морфологическое исследования биоптатов слизистой желудка и 12 перстной кишки с цитологическим выявлением Helicobacter pilory. Для оценки тяжести и прогноза пневмонии использованы шкала PORT (Pneumonia Outcomes Research Team) и шкалы CURB –65 и CRB 65 Американского торокального общества. При статистической обработке материала проводили проверку на нормальность распределения групп (метод Литвина). Для сравнения средних величин и выявления статистических различий между выборками использовали критерий Стьюдента. Для трактовки клинических

симптомов, аускультативных признаков использовалась трехбалльная шкала оценки.

Оценка выраженности симптомов в баллах:

1.Одышка: 0 баллов — отсутствие симптома, 1 балл — минимальное проявление признака, не ограничивающего активность, 2 балла — выраженное проявление признака, ограничивающего активность, 3 балла — симптом резко ограничивает активность.

2. Кашель: 0 баллов — отсутствие симптома, 1 балл — только утром, 2 балла — редкие эпизоды (2-3) в течение дня, 3 балла — частые эпизоды (более 3раз) в течение дня.

3. Сухие хрипы: 0 баллов — отсутствие симптома, 1 балл — единичные, исчезающие при покашливании, 2 балла — единичные, постоянные, 3 балла — множественные, постоянные.

4. Влажные хрипы: 0- отсутствие симптома, 1 единичные, не исчезающие при подкашливании, 2- небольшое кол — во в подлопаточных отделах, постоянные, 3 — значительное кол — во в подлопаточных отделах, постоянные.

5. Количество отделяемой мокроты: 0 баллов — отсутствие симптома, 1- балл — скудное количество, не постоянной симптом, 2- балла — скудное количество, постоянно, 3 — балла — умеренное количество (до 50 мл) в течение дня.

6. Экспираторное диспноэ: 0- баллов — отсутствие симптома, 1 балл — иногда, 1 раз в два — три дня, 2 балла — 1 раз в неделю, 3 балла — ежедневно. 7. Боли в грудной клетке (торакалгия): 0 — отсутствие симптома, 1 — умеренная выраженность симптома, 2 — средняя его выраженность, 3 — выраженный симптом.

8. Диспепсические симптомы (изжога, боли в эпигастрии, боли в левом/правом подреберье, горечь во рту, тошнота): 0 — отсутствие симптома, 1 — умеренный, непостоянный симптом, проходящий самостоятельно, 2 — умеренный симптом, купирующийся приемом лекарственных средств, 3 — интенсивный симптом, купирующийся только под влиянием медикаментозной терапии.

В исследование включено 59 пациентов нозокомиальной пневмонией: 30 мужчин, 29 — женщин, средний возраст 49,8 ±0,5 лет. Исследуемые больные разделены на два группы: первую (основную) составили 22 пациентов пневмонией с наличием заболеваний желудочно — кишечного тракта (ЖКТ) и гепатобилиарной системы (ГБС), средний возраст 54,2±0,6 лет, сроки от начала пневмонии с момента госпитализации в стационар — 39,6±0,2 час, Вторую группу (группу сравнения) составили 37 пациента госпитальной пневмонией без признаков заболеваний ЖКТ и ГБС, средний возраст 49,9±0,5 лет, сроки от начала пневмонии с момента госпитализации 42,8±0,4 часов.

Результаты и обсуждение:

Заболевания системы пищеварения имелись у 22 пациентов из 59 больных пневмониями (37,3%). Все заболевания разделены на две группы: впервые диагностированные заболевания и обострение хронических заболеваний желудочно — кишечного тракта гепатобилиарной системы. По каждой нозологической форме болезней учитывалось их абсолютное значение и частота встречаемости в процентном отношении.

Выявленные заболевания пищеварительной системы представлены в таблице № 1.

Таблица № 1.

Встречаемость заболеваний органов пищеварения у больных госпитальной пневмонией, n= 59.

Заболевания пищеварительной системы	Впервые выявленные заболевания n= 9	Хронические заболевания, n= 13	Всего, n = 22
Гастроэзофагеально рефлюксная болезнь	3 (5,1%)	-	5 (5,1%)
Хронический гастрит	-	4 (6,8%)	4 (6,8%)
Язвенная болезнь желудка	2 (3,4%)	-	2 (3,4%)
Язвенная болезнь 12 перстной кишки	1 (1,7%)	-	1 (1,7%)
Хронический гастродуоденит	-	5 (8,5 %)	5 (8,5%)
Хронический панкреатит	-	1 (1,7%)	1 (1,7%)
Хронический холецистит	-	2 (3,4%)	2 (3,4%)
Токсический гепатит	-	1 (1,7%)	1 (1,7%)
Медико — ассоциированный колит	3 (5,1%)	-	3 (5,1%)

У 15,3% больных пневмониями заболевания пищеварительной системы впервые диагностированы в процессе исследования, они были представлены первично диагностированной болезнью желудка и 12 — перстной кишки (ДПК), а также гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) и медико — ассоциированным колитом. Хронические заболевания ЖКТ представлены хроническим гастродуоденитом (8,5%), обострениями хронического гастрита (6,8%), хронического холецистита (3,4%), хронического панкреатита (1,7%). То есть у четверти больных госпитальной пневмонией (в 15 из 59 случаев или 25,5 %) наблюдали болезни верхних и нижних отделов желудочно — кишечного тракта: ГЭРБ, хронический гастрит, хронический гастродуоденит, впервые диагностированная язвенная болезнь желудка и ДПК, медикоассоциированный колит. В сводной таблице № 2 представлена характеристика респираторных и диспепсических симптомов, аускультативных феноменов, функциональных показателей двух групп больных пневмониями: с наличием болезней ЖКТ и без них. Оценка клинических симптомов, представлена в баллах, что соответствует средней выраженности симптома. Интенсивность клинических симптомов соответствует периоду развития пневмонии и обострению заболевания желудочно — кишечного тракта.

Таблица № 2.

Характеристика клинических симптомов, аускультативных феноменов, функциональных показателей и их частота у исследуемых больных, n= 59.

Показатель (симптом)	Больные пневмониями с болезнями ЖКТ, n=22		Больные пневмониями без болезней ЖКТ, n=37	
	Интенсивность симптома (балл)	Частота симптома, %	Интенсивность симптома (балл)	Частота симптома, %
Кашель	2,1±0,1*	90,9	1,75±0,2	82,8
Выделение мокроты	1,7±0,3	69,3	1,6±0,4	52,4
Одышка	2,1±0,4	91,7	1,8±0,3	84,4

Экспираторное диспноэ	1,8±0,2*	37,9	0,5±0,3	21,6
Сухие хрипы	1,6±0,4*	25,5	0,5±0,2	17,2
Крепитирующие хрипы	2,3±0,8	88,6	2,2±0,3	84,7
SpO2 мм рт ст	93,6±0,3	38,1	94,2±0,4	88,2
ОФВ1, %	49,5±0,6*		68,7±0,2	
МСВ 25, %	33,1±0,1*		58,9±0,5	
ЖЕЛ,%	67,9±1,1		77,8±0,9	
ФЖЕЛ, %	76,8±0,2		79,2±0,3	
Изжога	1,8±0,3*	41,1	0,6±0,2	12,3
Тошнота	1,2±0,6	8,6	1,3±0,4	7,7
Горечь во рту	1,2±0,8	23,6	1,1±0,4	15,9
Боли в эпигастрии	1,7±0,3*	34,9	0,3±0,8	8,2
Боли в левом (правом) подреберье	1,7±0,5	17,4	1,6±0,2	6,6

* - различие показателей между аналогичными в группе с наличием заболеваний ЖКТ и без них у больных госпитальной пневмонией статистически достоверно (р <0,05).

При анализе респираторных симптомов по двум показателям (кашель, экспираторное диспноэ) достигнуто статистически достоверное различие показателей с преобладанием их у больных, имеющих заболевания желудочно — кишечного тракта. По другим показателям этой достоверности нет, однако общая тенденция преобладания симптомов у больных с наличием заболеваний ЖКТ, чем без нее, прослеживается и в этих случаях. У больных пневмониями, страдающих гастроэнтерологическими болезнями, частота респираторных симптомов (кашля, одышки, экспираторного диспноэ) выше, чем у больных госпитальными пневмониями без заболеваний желудочно — кишечного тракта. Можно предположить, что наличие болезней ЖКТ (ГЭРБ, хронического гастрита, гастродуоденита, язвенной болезни желудка и ДПК) интенсифицирует респираторные симптомы. Вследствие желудочно — пищеводного рефлюкса у пациентов основной группы отмечена большая респираторная симптоматика и достоверные обструктивные нарушения функции внешнего дыхания (ОФВ1 49,5±0,6%* у больных основной группы и 68,7±0,2% у больных группы сравнения; проходимость на уровне мелких бронхов (МСВ 25) соответственно 33,1±0,2* и 58,9±0,5%). Развитие пневмонического фокуса обуславливает умеренно рестриктивные изменения у пациентов обеих групп, более значимые в первой группе (ЖЕЛ 67,9±1,1% у больных основной группы и ЖЕЛ 77,8±0,9% у больных группы сравнения; ФЖЕЛ соответственно 76,8± 0,2 % и 79,2±0,3%). Рестриктивные нарушения сопровождались развитием гипоксии по показателям суточной пульс — оксиметрии (у 38,1 % больных). Выраженность этих нарушений, как правило, коррелировала с размерами воспалительной инфильтрации, определяемой рентгенологически (эта тенденция отмечена у 24 из 59 больных). При анализе диспепсических симптомов выяснено, что интенсивность некоторых из них (изжога, боли в эпигастральной области) статистически значимо (р<0,05) выше у больных пневмониями, имевших болезни желудочно — кишечного тракта и гепатобилиарной системы, чем у больных без гастроэнтерологических заболеваний. Частота этих симптомов (изжога у 41,1% пациентов, боли в эпигастрии у 34,9% в группе больных, имевших гастроэнтерологические болезни, она выше, чем в группе лиц, не страдавших этими заболеваниями

(соответственно 12,3 и 8,2%). Таким образом, наличие заболеваний пищеварительной системы у больных нозокомиальными пневмониями усиливает респираторные симптомы, приводит к развитию гипоксии, обструктивных и рестриктивных нарушений, что определяет необходимость ранней диагностики возможной гастроэнтерологической патологии этих больных. Данные эндоскопического обследования различны. У больных ГЭРБ выявлен эзофагит терминального отдела пищевода 1 — 2 степени воспаления, у больных язвенной болезнью желудка наблюдались язвы кардиального отдела и тела желудка 0,6 см и 0,5 см в диаметре, окруженные воспалительным валом, на фоне гиперемии слизистой и мелкоточечных кровоизлияний. В динамике при контрольной ЭГДС: дно язвы покрыто желто — серым налетом плоской формы с конвергенцией складок, то есть на фоне противовоспалительной и противоязвенной терапии отмечена тенденция к рубцеванию язвенного дефекта. У больных язвенной болезнью 12 перстной кишки наблюдались меньшие размеры язвенного дефекта (около 0,2 см в диаметре) с отечностью и гиперемией слизистой с контактной кровоточивостью. В трех из пяти случаях обострения хронического неязвенного гастродуоденита отмечалась сглаженность складок желудка с серо — розовым цветом слизистой, просвечиванием кровеносных сосудов, небольшим количеством слизи: атрофический гастрит. Мы наблюдали хронический гастрит типа А у трех больных и у одного пациента гастрит типа В, у 2 - х больных хроническим гастродуоденитом обнаружен катаральный дуоденит с незначительной гиперемией слизистой и умеренной отечностью дуоденума.

Показатели лабораторного исследования пациентов внебольничными пневмониями отражены в таблице № 3.

Таблица № 3.

Характеристика лабораторных показателей больных пневмониями.

Лабораторный показатель	Больные пневмониями с болезнями ЖКТ, n=22	Больные пневмониями без болезней ЖКТ, n=37
Лейкоциты×10^9	15,6±1,2	11,7±0,9
П/ядерные,%	5,4±0,8	6,1±0,2
С/ядерные,%	50,1±1,8	54,7±3,1
Моноциты, %	8,2±0,8	11,3±0,9
Лимфоциты, %	12,5±1,5	23,9±1,9
СОЭ, мм/ч	29,9±1,8	21,3±0,5
Общий белок, г/л	58,7±2,6	70,6±3,5
Мочевина,ммоль/л	4,4±0,3	4,8±0,2
Креатинин, мкмоль/л	86,5±4,8	85,2±3,6
K, ммоль/л	2,15±0,1	2,3±0,1
Na, ммоль/л	138,3±0,3	142,9±0,2
Билирубин, мкмоль/л	21,8±3,3	22,4±2,9
АЛТ, ед/л	43,6±2,6	42,8±0,9
АСТ, ед/л	43,7±1,7	41,6±2,3

Гемокультура	отрицат	отрицат
Микроскопия мокроты	Консистенция- слизистая — 76,5 % (макрофаги, эпит. клетки — значит кол — во, Л — 28,6 %; слизисто — гнойная — 16 больных — 23,5 %, Л — 80,9 %, макрофаги, эпит. клетки — значительное кол — во.	Консистенция — слизистая — 27 больных (72,9 %), сл.-гнойная — 6 больных 16,2%: (Лейкоциты — 60,4%, альвеолярные макрофаги, эпителиальные клетки — умерен кол — во), нет мокроты — 4 больных =10,8 %.
Посев мокроты	Streptococcus pneumoniae — 12 больных — 54,5 %, по 1 — е больному — E. Coli, Streptococcus haemolyticus Viridus и Streptococcus group по 4,5 %. Enrerocacteriae — 2 больных — 9 %, Micoplasma 1 больной 4,5%, отсутствие мокроты 4 больных — 18,0 %.	Streptococcus pneumoniae — 67,54%, Streptococcus haemolyticus и Enrerocacteriae по 2,7 %, Viridus Streptococcus group — 5,4%, E. coli — 2,7%, Ассоциация микроорганизмов (грамм + и грам (-) + грибковая флора 8,1 %), отсутствие мокроты — 10,8 %

В таблице № 3 представлены результаты лабораторного исследования клинического и биохимического исследования крови, посева гемокультуры на стерильность, микроскопии мокроты с окраской по Граму, исследование мокроты на флору и чувствительностью к антибактериальным препаратам. Как видно из таблицы, у пациентов обеих групп наблюдается воспалительная реакция (лейкоцитоз, ускорение СОЭ), однако характер воспалительной реакции различный. У больных без гастроэнтерологической патологии наблюдалась тенденция острого воспаления: большее, чем у пациентов основной группы повышение с/ядерных нейтрофилов, сдвиг лейкоцитарной формулы влево (п/ядерные нейтрофилы более 6 %), моноцитоз. У больных основной группы преобладает воспалительная реакция, не исключающая длительно текущего хронического воспаления: менее выраженное увеличение нейтрофилов и моноцитов, лимфопения. Хр. заболевания органов пищеварения наблюдаются у 59,1 % больных ассоциативной группы. Возможно, наличием заболеваний пищеварительной системы у сочетанной группы можно объяснить тенденцию к формированию хронической воспалительной реакции. О тенденции хр. воспаления у этих больных косвенно свидетельствует незначительная гипопротеинемия (общий белок 58,7±2,6 г/л). Хрониосепсис исключен: отсутствовали симптомы, характерные для бактериального эндокардита при ЭКГ и ЭХОКГ, трижды выполненный посев крови на стерильность дал отрицательный результат. При анализе мокроты методом микроскопии у большинства больных пневмониями без болезней ЖКТ, наблюдался слизистый ее характер, у 16,2% больных слизисто — гнойный. Этиологическим фактором развития пневмонии у больных этой группы являлся пневмококк, у 8 пациентов возбудитель пневмонии другой: гемолитический стрептококк, энтеробактер, E. Coli, ассоциация грам (+) и грам (-) флоры. У больных, сочетанных с болезнями пищеварительной системы, отмечена большая интенсивность воспалительной реакции: у 28,6 % из них консистенция мокроты слизисто — гнойная, наблюдался лейкоцитоз с преобладанием альвеолярных макрофагов. При посеве мокроты у половины больных выявлен пневмококк, в других случаях высеяна грам отрицательная флора: гемофильная палочка, энтеробактерии, грам (-) коккобациллы Haemophylus influensae. При R- исследовании у больных без сочетания с гастроэнтерологической патологией отмечена очаговая инфильтрация в пределах одного сегмента (89,1 %), у 10,9 % больных сливная инфильтрация двух сегментов. У больных сочетанной патологией инфильтрация в пределах одного или двух сегментов диагностировано у 16 больных = 72,7 %, крупозное воспаление в пределах одной доли в двух случаях (9,0%), долевая пневмония

с парапневмоническим плевритом у одного больного (4,5 %), инфильтрация двух долей у трёх больных (13,6%). Можно констатировать, что пневмонии у больных основной группы отличались большей протяженностью, более выраженной воспалительной реакцией, тенденцией к осложненному течению. Об этом говорит также оценка тяжести пневмонии по шкалам PORT, CRB –65: у больных группы сравнения 1,04±0,2 балла, у больных основной группы—1,88±0,1 балла. Клинические и рентгенологические данные, интерпретация результатов бактериоскопии и культурального исследования мокроты позволили в течение первых 48 часов всем больным начать антибактериальную терапию. У 30 больных контрольной группы проводилась терапия амоксициллином в режиме ступенчатой терапии (три дня в/в капельно, затем перорально), трём больным бета лактамным актибиотиком цефазолин в/м, 4 больным — кларитромицин per os. Средние сроки терапии составили 12,2±0,3 дня. 13 — ти больным основной группы проведена терапия амоксициллином, 3 — м макролидами (кларитромицин) — двум — цефалоспоринами третьего поколения (цефатоксим), трем- респираторными фторхинолонами (авелокс). С учетом билобарной пневмонии у одного больного назначена комбинация двух антибактериальных препаратов: цефалоспориновый антибиотик четвертого поколения (цефипим в/в) и производное 5 — нитроимидазола (метрогил в/в). Повторный курс антибактериальной терапии проводился двум больным: первоначально 10 дневный курс цефалоспорином третьего поколения (цефтриаксон в/в), затем 5 дней респираторным фторхинолоном (таваник в/в); у другого больного в качестве стартовой терапии назначено производное 5 — нитроимидазола (метрогил в/в) продолжительностью 10 дней, затем 7 дней проведена терапия респираторным фторхинолоном (таваник в/в). Средние сроки терапии составили 19,9±0,2 дня, т.е. в 1,63 раза больше, чем у больных неассоциированной группы. Удлинение сроков лечение пневмонии, назначение антибактериальных препаратов широкого спектра действия (чаще цефалоспоринов и фторхинолонов), комбинации антибиотиков различных групп), таблетированных бронхолитиков муколитиков, приводит к развитию медикоассоциированного колита, ГЭРБ, язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки, провоцирует обострение хронических заболеваний ЖКТ и ГБС. При назначении повторных курсов антибактериальной терапии необходимо учитывать «повреждающий» эффект проводимой этиотропной терапии, так как наличие гастроэнтерологической патологии ограничивает возможности использования антибиотиков в полном объеме. Ранняя диагностика заболеваний ЖКТ позволяет оптимизировать фармакотерапию пневмонии.

Заключение. 1. Заболевания пищеварительной системы обнаружены у 37,3 % больных внебольничными пневмониями: впервые выявленные заболеваниями и обострением ранее диагностированных заболеваний ЖКТ.

2. Впервые выявленные болезни диагностированы у 15,3% больных: ГЭРБ, язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки, медико — ассоциированный колит. Хронические заболевания ПС регистрировались у 22,0% больных: хр. гастродуоденит, обострение хр. холецистита, хр. панкреатита. Обострение гастроэнтерологических заболеваний, связано с патогенетическими механизмами самой пневмонии (гипоксия, расстройство микроциркуляции, воспалительная интоксикация) и обусловлено «повреждающим» эффектом этиотропной терапии.

3. У больных внебольничными пневмониями, имевших болезни ЖКТ, регистрируют более выраженную респираторную симптоматику, рестриктивные и обструктивные нарушения, тенденцию к развитию гипоксии, формирования воспалительной реакции, что осложняет течение пневмонии и удлиняет сроки ее лечения.

4. При назначении повторных курсов антибактериальной терапии (чаще группы цефалоспоринов и фторхинологов) необходимо учитывать наличие гастроэнтерологических заболеваний из — за «повреждающего» эффекта проводимой этиотропной терапии. Ранняя

диагностика заболеваний ЖКТ позволяет оптимизировать фармакотерапию пневмонии.

Список использованной литературы

1. Weimken T.I., Peyrani P, Ramirez J.A. Global changes in the epidemiology of hospitalization pneumonia. Semin Respir Crit Med 2012; 33: 213 –9.
2. File T.M, Marrie J. Burden of community acquired pneumonia in Russian adults. Postgrad Med. 2010. Vol. 122. P. 130 — 141.
3. А.Ф. Шепеленко, Л.С. Сергеева. «Внебольничная и госпитальная пневмонии и сочетанная патология органов пищеварения». 21 Национальный конгресс по болезням органов дыхания, Материалы конгресса, Уфа, 2011 год, стр. 200.
4. И.В. Маев, А.А. Самсонов, Д.Н. Андреев. «Болезни желудка». Москва, Медицина, Издательство «Глотар — Медиа», 2015 г, стр. 823 — 871.
5. Meyer C.A. White C.S. Sherman K.E. Diseases of hepatopulmonary axis. //Radiographics. 2000. Vol. 20. № 3, P. 687 –689.
6. В.А. Казанцев. " Инфекции нижних дыхательных путей: парадигма рациональной терапии«. Consilium medicum. № 11, том 5, 2013 г, стр. 28 –32.
7. В.Б. Безбородов. «Современные и перспективные подходы к антибактериальной терапии». Русский медицинский журнал", № 4, 2014 г, стр. 316 — 320.