

ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ  
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ М. І. ПИРОГОВА

**СУЧАСНІ КЛАСИФІКАЦІЇ  
ТА СТАНДАРТИ ЛІКУВАННЯ  
ЗАХВОРЮВАНЬ  
ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ.  
НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ  
В ТЕРАПІЇ**

За редакцією професора Ю. М. Мостового

*Двадцятье видання,  
доповнене і перероблене*

Київ  
Центр ДЗК  
2016

УДК 615(071)  
ББК 54.1-5я2  
С91

Рецензенти *1-го видання*:  
доктор медичних наук, професор Б. М. Пух лик,  
доктор медичних наук, доцент О. М. Кучеренко.

Рекомендовано до друку Центральною методичною радою  
Вінницького державного медичного університету імені М.І. Пирогова.  
Протокол № 3 від 20.01.1999 р.

**Сучасні класифікації та стандарти лікування за-  
С91 хворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани  
в терапії** / За ред. проф. Ю.М. Мостового. — 20-те вид.,  
доп. і перероб. — Київ : Центр ДЗК, 2016. — 688 с

ISBN 978-617-7175-24-6

У довіднику-посібнику наводяться класифікації та стандарти лікування поширених захворювань внутрішніх органів, зразки формулювання діагнозів. Матеріал розташований за розділами: «Ппульмонологія», «Кардіологія». «Хвороби сполучної тканини». «Захворювання судлобів», «Гастроентерологія». «Нефрологія». «Гематологія». «Алергологія», «Ендокринологія», «Дисциркуляторна енцефалопатія». «Соматоформні розлади». «Синдром хронічної втоми» з додатком «Календар профілактичних щеплень в Україні». Представлені нормативні показники додаткових методів дослідження. Порівняно з попередніми виданнями розділи частково оновлені та доповнені.

У довіднику викладені найбільш інформативні дані щодо діагностики та лікування невідкладних станів, які виникають за різних захворювань людини, Інших критичних обставин.

Класифікації та стандарти лікування вже затверджені Міністерством охорони здоров'я України або розглядаються саме тепер.

УДК 615 (071)  
ББК54.1-5я2

- © Ю.М. Мостовой, 1999-2016
- © Вінницький державний медичний університет Ім, М.І. Пирогова, 1999-2002
- © Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова. 2003-2016

ISBN 978-617-7175-24-6

# ПЕРЕДМОВА

*Професор Ю. М. Мостовой, завідувач кафедри  
пропедевтики внутрішніх хвороб/внутрішньої  
медицини Вінницького національного  
медичного університету імені М. І. Пирогова*

## До першого видання

Сучасні дослідження в галузі фундаментальних наук спричинились до кардинальних змін у трактуванні ряду поширених захворювань внутрішніх органів. Це, в свою чергу, викликало потребу в перегляді існуючих підходів до діагностики та лікування цих захворювань.

Серед лікарів більшості європейських країн, що вже давно інтегрують свої науково-практичні розробки і мають спільні програми медичного страхування, відбулося широкомасштабне обговорення нової Інформації. Внаслідок цих дискусій ухвалені міжнародні узгоджувальні документи (консенсуси), впроваджені до практичної діяльності.

В Україні певний час стримано ставились до цих документів, вагалися, чи варто брати їх до уваги, чи продовжувати працювати за існуючими, створеними ще за часів СРСР, рекомендаціями. Однак об'єктивна реальність взяла гору, і в провідних галузях медицини (пульмонології, кардіології, гастронології) розглянуті нові рубрикації захворювань, нові стандарти лікування, що в основному базуються на матеріалах міжнародних консенсусів, але мають свої регіональні особливості.

Міністерству охорони здоров'я України запропоновано внести зміни до існуючих документів статистичної звітності та експертної діяльності згідно з прийнятими новими класифікаціями.

На жаль, більшість лікарів нашої держави недостатньо ознайомлені з матеріалами нових українських класифікацій захворювань внутрішніх органів та запропонованими моделями лікування. Підготовлене нами видання ставить за мету певною мірою виправити це становище.

Необхідно зауважити, що нові класифікації та стандарти лікування — це не догматичні документи. Класифікації будуть змінюватись по мірі накопичення нової інформації про захворювання, а моделі лікування є базисом, який має доповнюватися власним досвідом лікаря або суттєво трансформуватися в залежності від кожного конкретного клінічного випадку.

У довіднику розглянуто такі захворювання: пневмонія, бронхіальна астма, хронічний бронхіт, гіпертонічна хвороба, недостатність кровообігу, ревматоїдний артрит, деформуючий остеоартроз, хронічний гепатит, хронічний гастрит, хронічний коліт.

Класифікації та стандарти лікування саме цих захворювань вже затверджені Міністерством охорони здоров'я України або зараз розглядаються для прийняття.

Матеріал подається у такій послідовності; сучасне визначення захворювань, класифікація, зразок формулювання діагнозу, стандарти лікування, перелік базисних препаратів, що найчастіше застосовуються в Україні. В ряді випадків подається коментар до трактування певних понять, клінічних даних.

Сподіваємось, що довідник стане у нагоді лікарям і допоможе їм у щоденній роботі.

Складаю подяку асистентам кафедри Т.В.Константинович. А. Г. Степанюк, аспіранту О. В. Клебанівській, старшому лаборанту Л. Г. Мороз за допомогу в роботі над цим виданням.

*1999рік, березень*

## **Передмова до 20-го видання**

Багато років поспіль співробітниці кафедри пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова видають довідник-посібник «Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів», щорічно додаючи актуальні відомості, сучасні методики, практичний досвід.

Нове видання зберегло формат і побудову попередніх, але суттєво доповнене у розділах «Ппульмонологія», "Кардіологія», «Захворювання суглобів», "Гастроентерологія».

Всі ці зміни та додатки зроблені відповідно до існуючих державних узгоджувальних документів або протоколів. Вони повною мірою відбивають тенденції та закономірності світової медицини.

Сподіваємось, що пропоноване видання також стане у пригоді лікарям та допоможе їм у праці.

*2016 рік, березень*

## Список основних скорочень

ДА - антагоністи альдостерону	в/с - внутрішньосуглобово
АаКДП - кашлюково [ацелюлярний ком по- не нт]-дифтерійно-правцева вакцина	ВСА - власна симпатоміметична активність
ААП - антиаритмічні препарати	ВЧТ - внутрішньочерепний тиск
АБ (AV) - атріовентрикулярний	Ф
АБ-блокад - атріовентрикулярна блокада	ГДГ - гострий алкогольний гепатит
АГ - артеріальна гіпертензія	ГВО - гіпербарична оксигенація
АД - атонічний дерматит	ГГІ - іпер/гіпотонічний годинний індекс
АДП - анатоксин дифтерійно-правцевий	ГГ - гіпертензивна енцефалопатія
АДФ - аденозиндифосфорна кислота	ГЕ - гостра Р <sub>о</sub> Е <sub>3</sub> офагеальна рефлюксна хвороба
АПТ - аутоімунний тиреоїдит	ГЕРХ - гострий ерозивний криз
АК - антагоністи кальцію	ГКМП - гіпертрофічна кардіоміопатія
АКМП - аритмогенна кардіоміопатія	ГКН - гостра коронарна недостатність
АКШ - аортокоронарне шунтування	ГКС - глюкокортико стероїди
АЛТ - аланінам інотрансфераза	ГЛШН - гостра лівошлункочкова недостатність
амп. - ампула	ГМГ - гідрокси-метил-глутарил
АП - аутоімунний панкреатит	ГН - гломерулонефрит
АП-а - адсорбований правцевий анатоксин	ГНШ - гостра недостатність лівого шлуночка
АПФ - ангіотензинперетворюючий фермент	ГНН - гостра ниркова недостатність
АР - алергічний риніт	ГП - гострий панкреатит
АРА II - антагоністи рецепторів ангіотензину II	ГГШ - гострий пієлонефрит
АСГ - антистрептогіалуронідаза	ГРДС - гострий респіраторний дистрес- синдром
АСК - антистрептокіназа	ГСН - гостра серцева недостатність
АСЛ-0 - антистрептолізін 0	ГТ - градієнт тиску
АСТ - ас пар тата мі ног ра нефе ра за	Ф
АТ - артеріальний тиск	ДАТ - діастол іч ний артеріальний тиск
АХП - алкогольна хвороба печінки	ДВЗ - дисеміноване внутрішньосудинне зсідання
АЧТЧ - активований частковий тромбопласт- тинний час	ДГП - діїдропіридинові
АШ - анафілактичний шок	ДГР - дуодено-гастральний рефлюкс
Ф	ДЕ - дисциркуляторна енцефалопатія
ВА - бронхіальна астма	ді - добовий індекс
БАЛ - бронхоальвеолярний лаваж	ДКМП - дилатаційна кардіоміопатія
БЕХ - бронхоектатична хвороба	ДМАТ - добуве монітування артеріального тиску
ЄЗБА - важке загострення бронхіальної астми	дн - дихальна недостатність
ВРА - блокатори рецепторів ангіотензину	ДОКСА - де зо кс и корт и кос те ро ну ацетат
ВЦЖ - вакцина для профілактики туберкульозу	Д <sup>12</sup> - дванадцятипала кишка
Ф	Д <sup>р</sup> - Діабетична ретинопатія
ВАП - вентилятор-асоційована пневмонія	Д <sup>13</sup> - Дифузний тютючний зуб
ВБАСП - вроджена білатеральна аплазія сім'явиносної протоки	Ф
в/в - внутрішньовенно	ЕАА - екзогенний алергічний альвеоліт
ВВМ - велоєрго метр ія	ЕАГ - есенціальна артеріальна гіпертензія
ВВФД - внутрішньосерцеве електрофізіологіч- не дослідження	ЕДПА - етилєндіаментетраамон
ВІЛ - вірус імунодефіциту людини	ВВГ - електроенцефалографія
ВК - виразковий коліт	ВІТ - електроімпульсна терапія
в/м - внутрішньом'язово	ЕКГ - електрокардіограма
ВРІТ - відділення реанімації та інтенсивної терапії	ЕКМО - екстракорпоральна мембранна оксигенація крові

ЕКС - електрокардіостимулятор  
 ЕПО - еритропоетин  
 ЕПСТ - ендоскопічна папілосфінктеротомія  
 ЕРХ - ендоскопічна рефлюксна хвороба  
 ЕРХПГ - ендоскопічна ретроградна  
 холецистопанкреатограма  
 ЕТ - ендотелій  
 ЕУХЛТ - екстракорпоральна ударнохвильова  
 літотрипсія  
 ЕхоКГ - ехокардіографія  
 ЄТК - Європейське товариство кардіологів (ESQ)

Ж - жінки  
 ЖЄЛ - життєва ємність легень  
 ЖК - жовчні кислоти  
 ЖКХ - жовчнокам'яна хвороба  
 ЖМ - жовчний міхур

ЗДА - залізодефіцитна анемія  
 ЗДС - залізодефіцитний стан  
 ЗЄЛ - загальна ємність легень  
 ЗЗЗС - загальна залізов'язуюча здатність  
 сироватки крові  
 ЗОЛ - залишковий об'єм легень  
 ЗС - золотистий стафілокок

## Ф

ІА - інсектна алергія  
 ІАПФ - інгібітор ангіотензинперетворюючого  
 ферменту  
 ІГА - індекс гістологічної активності  
 ІЗЦД - інсулінозалежний цукровий діабет  
 ІПП - ідіопатичні інтерстиціальні пневмонії  
 ІК - ішемічний коліт  
 ІКД - імплантація кардіовертера-дефібриля-  
 тора  
 ІМ - інфаркт міокарда  
 ІМТ - індекс маси тіла  
 ІНЦД - інсулінонезалежний цукровий діабет  
 ІП - ідіопатичний панкреатит  
 ІПВ - інактивована вакцина для профілактики  
 поліомієліту  
 ІПП - інгібітор протонної помпи  
 ІРМА - інтравенніальні мікросудинні аномалії  
 ІФ - індекс фіброзу  
 ІХС - ішемічна хвороба серця

## ф

капе - капсула (-и)  
 КВГ - коронарорентрикулографія  
 КДО - кінцевий діастолічний об'єм  
 КДР - кінцевий діастолічний розмір  
 КЗД - калійзберігаючі діуретики  
 КК - колагеновий коліт

ККВ - кризьшкірні коронарні втручання  
 КМП - кардіо міопатія  
 КНТ - коефіцієнт насичення трансферину  
 КОНС - коагулоногегативні стафілококи  
 КР - кропив'янка  
 КСО - кінцевий систолічний об'єм  
 КТ - комп'ютерна томографія  
 КУО - колонкутворювальні одиниці  
 КФК ~ креатинфосфокіназа  
 кф - клубочкова фільтрація  
 к х г " комп'ютерна холецистографія

а ~ л а т е к с н а алергія  
 ЛА " ненева артерія  
 лг " Женева гтертенз.я  
 л д г " лактадегідрогеназа  
 л з з с " л а т е к с н а залізов'язуюча здатність  
 сироватки крові

ЛК - лікарський коліт  
 ж — л і м ф о ц и т а р " и й коліт  
 лн . ясенева недостатність  
 лп — л і в с передсердя  
 л п в щ — лп опротеїди високої щільності  
 ЛПНЩ - ліпопротеїди низької щільності

лф — л у ж н а ф о с ф э т з а  
 л ф к — лікувальна фізкультура  
 ЛШ - лівий шлуночок

## ф

мд . медикаментозна алергія  
 МАШ - медикаментозний анафілактичний шок  
 м б д — м а л о білкова дієта  
 мВ - муковісцидоз  
 м ЕЛ - мієспітєліальні лімфоцити  
 МЗД - маніфєстний залізодефіцит  
 мк - мікроскопічний коліт  
 МКХ-10 (ICD-10] - Міжнародна класифікація  
 хвороб 10-го перегляду  
 МНС(С) - міжнародне нормалізоване  
 відношення (співвідношення)  
 МО - міжнародні одиниці  
 МОЗ - Міністерство охорони здоров'я  
 МОШ - максимальна об'ємна швидкість  
 МДЖ - мінімальні пригнічуючі концентрації  
 мР - магнітний резонанс  
 МРТ - магніт но-резон а не на то м о г р а ф і я  
 МС - метаболічний синдром  
 МШП - міжшлуночкова перетинка  
 МЩК - мінеральна щільність кістки

## Ф

НАСГ - неалкогольний стеатогепатит  
 НВЛ - неінвазивна вентиляція легень  
 НЕРХ - негегативно-ендоскопічна рефлюксна  
 хвороба

НЗТ - нікотин-замісна терапія  
 НІЗ - неглікозидні інотропні засоби  
 НК - недостатність кровообігу  
 НК - нейтропенічний коліт  
 НМГ - низькомолекулярний гепарин  
 НН - ниркова недостатність  
 НП - негоспітальна пневмонія  
 НПБ - нижня порожнинна вена  
 НПЗЗ[П] - нестеродні протизапальні засоби (препарати)  
 НСС - нижній стравохідний сфінктер  
 НСФР - недиференційований соматоформний розлад  
 НФГ - нефракційований (нефракціонований) гепарин  
 НЦД - нейроциркуляторна дистонія  
 ф  
 ОА - остеоартроз  
 ОК - органи грудної клітки  
 ОПВ - оральна поліомієлітна вакцина  
 ОС - окружність стегон  
 ОТ - окружність талії  
 ОТТВ - оральний тест толерантності до вуглеводів  
 ОФБ, - об'єм форсованого видиху за першу секунду  
 ОЦК - об'єм циркулюючої крові  
 .  
 ПАК - псевдоалергічна кропив'янка  
 ПБЦ - первинний б.л.арний цироз  
 ПЄ - (в гастроентеролог., пептична виразка  
 ПВ - (у пульмонологи! плевральний вишт  
 ПВП - пол.в.шлшрл.дон  
 ПД - початокдп  
 ПЗ - підшлункова залоза  
 ПМК - пролапс морального клапана  
 ПН - пієлонефрит  
 п/о - перорально  
 ПП - праве передсердя  
 ППШ - протиправцевий людський імуноглобулін  
 ПР - псевдоалергічна реакція  
 ПСМК - передня ступка морального клапана  
 ПТ - пульсовий тиск  
 ПТГ - порушення толерантності до глюкози  
 ПТП - протромбінів індекс  
 ПТКВ - позитивнийтиск наприкінці видиху  
 ПЦЗП - пероральні цукрознижуючі препарати  
 ПШ - правий шлуночок  
 п/ш - підшкірно  
 ПШВ - пікова швидкість видиху

## ф

рд — реямэтоідний артрит  
 рг — реЕматична гарячка  
 ред — ИЕНИИ  
 рк — іаціний коліт  
 — н  
 рф — этоідний фа  
 ,,

САГС - синдром апное-гіпноное сну  
 САТ - систолічний артеріальний тиск  
 СБПК " солітарна виразка прямої кишки  
 СДС - синдром діабетичної стопи  
 СЖ - синдром Жильбера  
 СЗ - сироваткове залізо  
 СП - специфічна імунотерапія  
 СКТ - спіральна комп'ютерна томографія  
 СКХ " «чокам'яна хвороба  
 смс " ^"У^Д^н. модульован, струми  
 сн "сс Р^ева -едостатн.сть  
 С0ТК " СЛИЗ0ЕЭ О \* \* тм » тмЕСтм тмШтм  
 С0ШнСЛИЗ0ЕЭ 000тм\*тм клунка  
 СП " садковий панкреатит  
 СПК - синдром подразненого кишковика  
 СПТК " «ндром подразненої товстої кишки  
 СР-соматизованийрозлад  
 СРБ " С-реактивний білок  
 ССЗВ - синдром системної запальної відповіді  
 ССМА - сим патоміметич на активність

ст . систолічний Тііск  
 стд — Іа тиск игвмвія артерій  
 Сфр — со ді  
 схв — хро»іч но І втومی  
 счв — Сі|стемні|н|червоні|ІІІ вовчак

табл - - таблетка (-і)  
 ТАП " тканинний активатор плазміногену  
 ТГ - тиреоглобулін  
 ТГВ - тромбофлебіт глибоких вен  
 ТД - тривалість дії  
 ТЕЛА - тромбоемболія легеневої артерії  
 ТЗБА - тяжке загострення бронхіальної астми  
 ТЗГ - тиреоїдв'язуючий глобулін  
 ТЗС - товщина задньої стінки  
 ТІА - транзиторна ішемічна атака  
 ТІМ - товщина інтими-медіа  
 ТК - товста кишка  
 ТМ - товщина міокарда  
 ТО - туберкулінова одиниця  
 ТП - тріпотія передсердя  
 ТПО - тиреоїдна пероксидаза  
 ТПП - тиск у правому передсерді

ТРБМ - трансмембранний регуляторний білок муковісцидозу

ТРГ - тиреотропін-релізінг гормон

ТПГ - тиреотропний гормон крові

ТФА - токсичний фіброзуючий альвеоліт

УВЧ - ультрависока частота

УДХК - урсодезоксихолева кислота

УЗД - ультразвукове дослідження

УЗДГ - ультразвукова доплерографія

УЗО - ультразвукове обстеження

УФО - ультрафіолетове опром.нювання

ФА - фіброзуючий альвеоліт

ФВ - фракція викиду

ФГДС - фіброгастродуоденоскопія

ФД - функціональна диспсія

*JZ.* . . .

ФДВ - фосфодіестераза

ФЖЕЛ - форсована життєва ємність легень

ФЗД - функція зовшнього дихання

ФК - функціональний клас

ФКГ - фонокардіограма

ФЛ - фосфоліпіди

ФН - функціональна недостатність

ФНП - фактор некрозу пухлин

ФНР - функціональний нирковий резерв

ФП - фібриляція передсердь

ФР - феномен Рейно

ФШ - фібриляція шлуночків

ХАГ - хронічний алкогольний гепатит

ХБХ - хронічний безкам'яний холецистит

ХВ - харчові волокна

ХГ - хронічний гастрит

ХДХК - хенодезоксихолева кислота

ХЕ - холецистектомія

ХК - хронічний коліт

ХЛС - хронічне легеневе серце

ХМ - холтерівське моніторування

ХНК - хронічна недостатність кровообігу

ХНН - хронічна ниркова недостатність

ХОБ - хронічний обструктивний бронхіт

ХОЗЛ - хронічне обструктивне запалення легень

ХП - хронічний панкреатит

ХПП - хронічний пієлонефрит

ХР - хронічний риніт

ХРП - хронічний рецидивуючий панкреатит

ХС - холестерин

ХХН - хронічна хвороба нирок

ф

цвт - Ц ентральний венозний тиск

цд - цу[ф]оЕИЙдіабет

УЗ,, - укурознижуючі препарати

шк - циркулюючі імунікомпл екси

ЦНС - центральна нервова система

ЦП - цироз печінки

ЦЦП - циклічний цитрулінований пептид

ф

ч - чоловіки

чд - ^ ^ ди > [аннй

ЧЕВЛ - ч к т ю я а е м у л ь с і н н а Е с т и л ь н и й

легень

ЧСС - частота серцевих скорочень

ЧПС - частота шлуночкових скорочень

ф

• — , , ,

ШЕЛ - штучна вентиляція легень

ШЕ - н очк ов і с т р а с і с т о л и

тм

ШКТ - шлунково-кишковий тракт

ШКФ - швидкість клубочкової фільтрації

ШОЕ - швидкість осідання еритроцитів

ШПР - шлуночкове порушення ритму

ШТ - шлуночкова тахікардія

Ш<sup>3</sup> - щитовидна (щитоподібна) залоза

ф

АНД - (American Heart Association)

Американська асоціація серця

ANA - антинуклеарні антитіла

CLC - синдром Клерка-Леві-Кристеска

ESC - European Society of Cardiology, див. ЄТК

FiO<sub>3</sub> - фракція кисню у повітрі, що вдихається

НЬ - гемоглобін

Нр, Н. pylori - Helicobacter pylori

ICD-10 — Міжнародна класифікація хвороб

10-го перегляду, див. МКХ-10

NYHA - New York Heart Association

Нью-Йоркська Асоціація серця

PaCO<sub>2</sub> - парціальний тиск вуглекислого газу

PaO<sub>2</sub> - парціальний тиск кисню

КАР (ТПП) - тиск у правому передсерді

SaO<sub>3</sub> - сатурація кисню

SMA - антитіла до гладенької мускулатури

SOFA- (Segmental organ failure assessment)

оцінка органної недостатності в динаміці

ТШР - інгібітор метанопротеаз

TNF - тумор-некрозуючий фактор

WPW - синдром Больфа-Паркінсона-Уайта



# ПУЛЬМОНОЛОГІЯ

## ПНЕВМОНІЯ

### Визначення

Пневмонія— гостре інфекційне захворювання переважно бактеріальної етіології, яке характеризується вогнищевим ураженням респіраторних відділів легень та наявністю внутрішньоальвеолярної ексудації.

Зважаючи на те, що етіологічна діагностика пневмоній у 50-70% хворих ускладнена через недостатню інформативність та значну тривалість традиційних мікробіологічних досліджень, класифікація, яка заснована на етіологічному принципі і наведена в МКХ-10, має обмежене практичне значення. Однак саме ця класифікація використовується для статистичного обліку захворюваності.

### **Міжнародна статистична класифікація хвороб і проблем, пов'язаних із здоров'ям, 10-го перегляду, МКХ-10**

- J12 — Вірусна пневмонія, не класифікована в Інших рубриках. Включено: бронхопневмонія вірусної етіології за винятком грипозної.
- J15.8— Інші бактеріальні пневмонії.
- J17 — Пневмонія при захворюваннях, які не класифіковані в Інших рубриках.
- J 17.8 — Пневмонія при захворюваннях, які класифіковані в Інших рубриках.
- J18 — Пневмонія без уточнення збудника.

Сучасна класифікація враховує умови виникнення захворювання, особливості інфікування тканини легенів, стан імунної реактивності, що з високим ступенем ймовірності дозволяє передбачити можливого збудника. Пневмонії розподіляють на негоспітальну та госпітальну.

### **Негоспітальна пневмонія**

Негоспітальна пневмонія (НП) — гостре захворювання, що виникло в позалікарняних умовах та супроводжується симптомами Інфекції нижніх дихальних шляхів (лихоманка, кашель, виділення харкотиння, можливо гнійного; біль у грудях та задишка) і рентгенологічними ознаками нових вогнищево-інфільтративних змін у легенях за відсутності очевидної діагностичної альтернативи.

<sup>1</sup> Матеріал підготовлений за клінічними настановами: Фещенко Ю. І., Голубовська О.А., Гончаров К.А., Дзюблик О.Я., Дмитриченко В. В., Капітан Г.Б., Клягін В.Я., Мостовой Ю.М., Мухін О.О., Недліньська Н.М., Обертинська О.В., Перцева Т.О., Пилипенко М.М., Сімоное С.С., Сухін Р. Є., Шлапак І. П., Юдіна Л.В. Негоспітальна та госпітальна (нозокоміальна) пневмонія у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія / Методичний посібник. Київ, 2013. — 122 с

## Класифікація

1. Негоспітальна пневмонія у пацієнтів із відсутністю виражених порушень імунітету.
2. Негоспітальна пневмонія з вираженими порушеннями імунітету:
  - а) синдром набутого Імунодефіциту (ВІЛ/СНІД);
  - б) інші захворювання/патологічні стани.
3. Аспіраційна пневмонія.

## Критерії діагнозу НП

Діагноз є **визначеним** за наявності рентгенологічно підтвердженої вогнищевої інфільтрації легеневої тканини та не менш ніж 2 клінічних ознак із таких:

1. Гострий початок з температурою тіла більше 38,0°C.
2. Кашель з виділенням харкотиння.
3. Фізикальні ознаки (фокус крепітації та/або дрібнопухирчастих хрипів, жорсткого дихання, вкорочення перкуторного звуку).
4. Лейкоцитоз (більше  $10 \times 10^9/\text{л}$ ) та/або паличкоядерний зсув вліво (більше 10%).

За відсутності (або недоступності) рентгенологічного підтвердження вогнищевої інфільтрації в легенях діагноз є *неточним/невизначеним*, встановлюється з урахуванням епідеміологічного анамнезу, скарг хворого та виявлених у пацієнта відповідних локальних симптомів. Такий діагноз рентгенологічно підтверджується лише у 22% випадків.

Наявність НП *малоймовірна* у хворих з лихоманкою, скаргами на кашель, задишку, виділення харкотиння та/або біль у грудях за відсутності фізикальних ознак та неможливості проведення рентгенологічного дослідження органів грудної клітки.

Для встановлення етіології НП проводять бактеріоскопію пофарбованого за Грамом мазку харкотиння та культуральне дослідження харкотиння. Таке дослідження є обов'язковим у стаціонарі і необов'язковим в амбулаторних умовах. У пацієнтів з тяжким перебігом НП доцільним є проведення мікробіологічного дослідження крові. Матеріал для дослідження необхідно забирати до початку антибактеріальної терапії. Чутливість методів бактеріологічного дослідження обмежена, етіологію НП не вдається встановити у 25-60% випадків.

## Оцінка тяжкості перебігу НП та вибір місця лікування

Визначення показань до госпіталізації базується на низці відомих клініко-лабораторних шкал: *PORT* (Pneumonia Patient Outcomes research Team), *Шкала SMART-COP*. Використання зазначених шкал потребує відповідного рівня лабораторної діагностики у лікарні, якій недоступний у великій кількості медичних закладів.

В амбулаторних умовах для рутинного застосування рекомендується прогностична *шкала CRB-65*, яка враховує оцінку 4 параметрів — віку, порушень свідомості, частоти дихання, рівня САТ та ДАТ.

Застосування прогностичних шкал для оцінки стану хворого на НП, дозволяє зменшити частоту необгрунтованої госпіталізації пацієнтів з низьким ризиком несприятливого прогнозу, виділити категорію осіб, яким потрібна інтенсивна терапія. Недоліками цих шкал є оцінка тяжкості стану пацієнта і/або прогнозу у конкретний період часу без врахування варіабельності клінічної картини НП та можливості швидкого прогресування захворювання, недооцінка декомпенсації супутніх хронічних захворювань, які нерідко є основною причиною госпіталізації пацієнтів. Будь-яка з прогностичних шкал може бути лише орієнтиром у виборі місця лікування і в кожному конкретному випадку це питання лікар повинен вирішувати індивідуально.

### Алгоритм оцінки ризику несприятливого наслідку та вибору місця лікування НП (шкала CRB-65 зі змінами)

#### Симптоми / ознаки

(1 бал за наявність кожного з наведених симптомів та ознак):

	Порушення свідомості	
	Частота дихання > 30/хв.	
	САТ < 90 або ДАТ < 60 мм рт. ст.	
	Вік > 65 років	
0 балів	1–2 бали	2–3 (3–4) бали
Легкий перебіг (летальність 1,2%)	Перебіг середньої важкості (летальність 8,15%)	Тяжкий перебіг (летальність 31%)
Амбулаторне лікування	Лікування у стаціонарі (терапевтичне відділення)	Невідкладна госпіталізація у ВІТ

### Госпіталізація при встановленому діагнозі НП показана за наявності хоча б однієї з наступних ознак:

1. Дані фізикального обстеження: температура тіла < 35,5°C або > 39,9°C; частота серцевих скорочень > 125/хв; частота дихання > 30/хв; систолічний артеріальний тиск (САТ) < 90 мм рт. ст.; діастолічний артеріальний тиск (ДАТ) < 60 мм рт. ст.; порушення свідомості.

2. Лабораторні та рентгенологічні дані: кількість лейкоцитів у периферичній крові < 4,0 x 10<sup>9</sup>/л або > 20,0 x 10<sup>9</sup>/л; 5pO<sub>2</sub> < 92% (за даними пульсоксиметрії), креатинін сироватки крові > 177 мкмоль/л чи азот сечовини > 7,0 ммоль/л (азот сечовини = сечовина (ммоль/л): 2,14); пневмонічна Інфільтрація, що локалізується більше ніж в одній частці; наявність порожнин розпаду; плевральний випіт; швидке прогресування вогнищево-інфільтративних змін у легенях (збільшення розмірів інфільтрації > 50% протягом найближчих 2 діб); гематокрит < 30% або гемоглобін < 90 г/л; позалегеневі вогнища інфекції (менінгіт, септичний артрит та ін.).

3. Неможливість адекватного нагляду та виконання усіх лікарських рекомендацій у домашніх умовах.

4. Вагітність.

Питання про *перевагу стаціонарного лікування* може бути розглянутим у наступних випадках:

1. Вік старше 65 років.

2. Наявність супутніх захворювань (ХОЗЛ, бронхоектази, злюкисне новоутворення, цукровий діабет, хронічна ниркова або печінкова недостатність, застійна серцева недостатність, хронічний алкоголізм, наркоманія, цереброваскулярні захворювання та ін.).

3. Неефективність стартової антибактеріальної терапії.

4. Бажання пацієнта та/або членів його родини.

При тяжкому перебізі НП питання про переведення хворого до ВІП остаточно не стандартизовано і повинно вирішуватись як з урахуванням оцінки клінічних симптомів та наявності супутньої патології, так і з оцінкою тяжкості стану за шкалами.

### Групи хворих на НП та антибактеріальна терапія

Групи хворих на НП виділяють з урахуванням: наявності супутньої патології, попередньої антибактеріальної терапії (прийом системних антибіотиків протягом 2-2 послідовних днів за останні 3 міс), тяжкості перебігу захворювання.

Між цими групами можливі розбіжності в етіології, розповсюдженості антибіотикорезистентних штамів мікрофлори, наслідках захворювання.

Антибактеріальну терапію необхідно починати одразу після встановлення діагнозу, оскільки **затримка введення першої дози антибіотика понад 4 години, а при наявності септичного шоку на 1 годину 1 більше, зумовлює значне підвищення ризику смерті.**

Антибактеріальну терапію призначають емпірично, тому що на даний час не існує достатньо ефективних методів етіологічної експрес-діагностики. Антибіотики поділяють на препарати вибору та альтернативні препарати. Розпочинають лікування НП препаратами вибору, а за неможливості їх призначення (відсутність, непереносимість чи використання впродовж останніх 3-х міс. з будь-яких причин) або неефективності препаратів вибору протягом 48-72 годин лікування — альтернативними препаратами.

*Хворим I та II груп, які госпіталізовані за соціальних обставин,* призначають відповідну пероральну антибактеріальну терапію.

При легіонельозній пневмонії ефективне поєднання макролідів з рифампіцином, а альтернативною терапією є фторхінолон III-IV покоління.

Лікування НП, яка спричинена MR5A, передбачає застосування бета-лактамів, макролідів, респіраторних фторхінолонів неефективне: збудник має високу резистентність до цих антибіотиків. Препаратами вибору є глікопептиди (ванкоміцин, тейкопланін) та оксазолідони (лінезолід).

## Антибактеріальна терапія НП

Групи хворих	Імовірні збудники	Препарати вибору	Альтернативні препарати
1 група НП з легким перебігом, без супутньої патології та попередньої антибактеріальної терапії останні 3 місяці.	<i>S. pneumoniae</i> , <i>M. pneumoniae</i> <i>C. pneumoniae</i> . <i>H. influenzae</i> респіраторні віруси	Амоксицилін або макролід для перорального прийому	Макролід або доксициклін або фторхінолон III-IV покоління перорально за неефективності амінопеніциліну; амінопеніцилін або фторхінолон III-IV покоління за неефективності макроліду
II група НП з легким перебігом із супутньою патологією і/або тих, хто приймав протягом останніх 3 міс. антибактеріальні препарати	<i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>M. pneumoniae</i> , <i>C. pneumoniae</i> , <i>S. aureus</i> . <i>M. catarrhalis</i> . ентеробактерії, респіраторні віруси	Амоксицилін/клавуланова кислота або цефуроксиму аксетил перорально	Пероральний прийом: додати до р-лактаму макролід або монотерапія фторхінолоном III—IV покоління
III група НП з середньотяжким перебігом у осіб, що госпіталізовані у терапевтичне відділення	<i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , атипові збудники, грамнегативні ентеробактерії. респіраторні віруси	Парентерально (в/в, в/м): амінопеніцилін (переважно захищений) + макролід або цефалоспорин III покоління + макролід (перорально)	В/в: фторхінолон III—IV покоління або карбапенем (неактивний щодо синьогнійної палички ертапенем) + макролід
IV група хворі на НП з тяжким перебігом, госпіталізовані у ВІТ	<i>S. pneumoniae</i> , <i>Legionella</i> spp., <i>H. influenzae</i> , <i>S. aureus</i> , <i>M. pneumoniae</i> , грамнегативні ентеробактерії, <i>Pseudomonas</i> spp., полімікробні асоціації	В/е: захищений амінопеніцилін + макролід або цефалоспорин III покоління + макролід або ертапенем + макролід  У разі підозри на <i>P. aeruginosa</i> : (в/в) цефалоспорин III—IV покоління, активний до <i>P. aeruginosa</i> + аміноглікозид або ципрофлоксацин (левофлоксацин)	В/в: фторхінолон III—IV покоління + (і-лактам  В/в: іміпенем (меропенем, доріпенем) + аміноглікозид або ципрофлоксацин (левофлоксацин)

## Зразки формулювання діагнозу

**Коментар:** У формулюванні діагнозу доцільно враховувати умови виникнення пневмонії, груму, локалізацію і поширення наявність та вид ускладнень та динаміку перебігу.

1. Негоспітальна пневмонія, нижньої частки правої легені (D8-9), II групи. ЛН<sub>и</sub>.

2. Негоспітальна пневмонія, верхньої, нижньої часток лівої легені, нижньої частки правої легені, IV групи. Лівобічний ексудативний плеврит. ЛН<sub>и</sub>.

## Критерії ефективності антибактеріальної терапії

Оцінювати ефективність антибактеріальної терапії слід через 48-72 год. від початку лікування. В разі амбулаторного курсу доцільним є телефонний контакт з пацієнтом на 2-й день від початку лікування.

Лікування вважається ефективним, коли зменшуються прояви інтоксикації, знижується температура тіла хворого, відсутні ознаки дихальної недостатності. В такому разі призначену антибактеріальну терапію продовжують. Якщо у пацієнта зберігаються висока лихоманка та інтоксикація або симптоматика прогресує, то лікування є неефективним, необхідно провести корекцію терапії та додатково обстежити хворого для уточнення діагнозу або виявлення можливих ускладнень пневмонії.

## Тривалість антибактеріальної терапії

Особливості перебігу НП	Тривалість лікування	Коментар
Легкий неускладнений	3-5 днів (азітроміцин, «Респіраторні фторхінолони»)	Недостатньо ефективні у пацієнтів похилого віку, з хронічними супутніми захворюваннями, при повільній клінічній відповіді на лікування.
Легкий та середньотяжкий перебіг	7-10 днів	Може бути завершена після досягнення стійкої нормалізації температури тіла протягом 3-5 днів
Тяжкий перебіг з невстановленою етіологією	10 днів	
Мікоплазма або хламідійна	10-14 днів	У разі отримання клінічних або епідеміологічних даних
НП спричинена <i>S. aureus</i> , Enterobacteriaceae, <i>P. aeruginosa</i>	> 14 днів	
Легіонельозна НП	7-14 днів	

За ускладненого перебігу НП, наявності позалегенових вогнищ інфекції та повільній «відповіді» на лікування термін введення антибіотиків визначають індивідуально.

## Критерії достатності антибактеріальної терапії

Температура менше 37,5°C, відсутність інтоксикації, ДН (частота дихання менше 20/хв.), гнійного харкотиння, кількість лейкоцитів менш ніж  $10 \times 10^9 / l$ , нейтрофільних лейкоцитів менше 80%, юних форм менше 6%, відсутність негативної динаміки за даними рентгенологічного обстеження легень.

## Сходинкова антибактеріальна терапія хворих на НП

Ця тактика передбачає двоетапність призначення антибіотиків: перехід від парентерального введення на пероральний прийом якомога швидше з урахуванням клінічного стану пацієнта. Як правило, пероральне застосування антибіотика можливе через 2-4 доби від початку лікування.

## Аспіраційна негоспітальна пневмонія

### Визначення

Аспіраційна НП — гостре враження легень, що виникає внаслідок аспірації контамінованого вмісту носоглотки, порожнини рота або шлунка з наступним розвитком інфекційного процесу.

### Головні фактори ризику та збудники

Фактори ризику	Збудники (асоціації)
Порушення свідомості різного ґенезу	<ul style="list-style-type: none"> <li>- анаеробні бактерії (<i>Bacteroides</i> spp., <i>Peptostreptococcus</i> spp., <i>Fusobacterium</i> spp.);</li> <li>- аеробні грампозитивні коки (<i>S. aureus</i>, <i>S. pyogenes</i>, <i>S. viridans</i>);</li> <li>- грамнегативні мікроорганізми (<i>H. influenzae</i>, <i>K. pneumoniae</i>, <i>E. coli</i>, <i>E. cloacae</i>, <i>P. mirabilis</i>, <i>P. aeruginosa</i>);</li> <li>- мікроаерофільні стрептококи (<i>S. milleri</i>)</li> </ul>
Захворювання центральної та периферичної нервової системи	
Гастроєзофагальний рефлюкс, блювання	
Дисфагія через пухлини, чужорідні тіла та травми стравоходу, середостіння, трахеї, бронхів, обличчя, шиї	
Механічні, ятрогенні фактори (назогастральний зонд, трахеостома та ін.)	
Захворювання порожнини рота.	
наявність патогенних мікроорганізмів у носо- та ротоглотці	

**Коментар:** Перед початком терапії слід провести санацію дихальних шляхів з метою видалення чужорідних часток для відновлення прохідності трахеобронхіального дерева. Якщо у хворого наявні механічні фактори ризику, наприклад, назогастральний зонд, варто його видалити, а також **забезпечити** адекватне дренивання верхніх дихальних шляхів.

Діагноз аспіраційної НП є показанням для термінового початку антибактеріальної терапії, яка практично завжди є емпіричною: препарат вибору — захищений амінопеніцилін (амоксцилін/клавуланова кислота); альтернативні препарати — карбапенем або фторхінолон (моксифлоксацин).

### Зразки формулювання діагнозу

1. Негоспітальна аспіраційна (аспірація вмісту ротоглотки на тлі гострого порушення мозкового кровообігу) пневмонія середньої частки правої легенеї (D5), III група. ЛН<sub>и</sub>.

2. Негоспітальна аспіраційна (аспірація блювотними масами) пневмонія верхньої, середньої, нижньої часток правої легенеї, важкий перебіг. Бактеріальна деструкція легенів в D4, IV група. Напружений піопневмоторакс справа.ЛН<sub>и,г</sub>.

### НП У ХВОРИХ НА ГРИП

При грипі за механізмом розвитку, тяжкості перебігу та наслідків виділяють первинну (грипозну) пневмонію, що виникає на 2-3 день хвороби і вторинну НП, що розвивається в кінці 1-го — на початку 2-го тижня від появи хвороби.

### Клінічна характеристика

	Збудники	Клінічні прояви	Лікування
Первинна грипозна НП (2-3 день від початку хвороби)	Штами вірусу грипу А (H.N.), через тропність до епітелію нижніх дихальних шляхів	ГРДС дорослих: Розповсюджені двобічні інфільтрати. Тяжка, <b>погано</b> контрольована гіпоксемія <b>Помітне</b> зменшення еластичності <b>легень</b> . За незначних фізикальних даних у вигляді ослаблення дихання і непостійних хрипів на рентгенограмах визначають ознаки тотальної або субтотальної пневмонії, рівень <b>сатурації</b> менше 90%, відсутність очікуваного ефекту антибактеріальної терапії. Низька ефективність оксигенотерапії та респіраторної підтримки, яку проводять без використання адекватного рівня позитивного тиску в кінці видиху.	Інгібітори нейрамінідази вірусу грипу А і В: Озелтамівір 75 мг двічі на день. Занамівір дві інгаляції (2 x 5 мг) двічі на день. Добова доза 20 мг. Тривалість лікування — 7 днів.
Вторинна грипозна НП (6-10 день від початку хвороби)	S. pneumoniae, S. pyogenes, S. aureus, H. influenzae	<b>Друга хвиля</b> гарячки, посилення кашлю, поява гнійного харкотиння, зміна лейкопенії на лейкоцитоз та/або <b>поява нейтрофілозу, прискорення ШЗЕ</b> , мають місце всі ознаки IIII. Стафілококова пневмонія розвивається через 2-3 дні від початку грипу, супроводжується гіпоксемією, лейкоцитозом, кровохарканням, рентгенологічно виявляють розповсюджені легеневі інфільтрати. НП, що викликана MRSA, найважче піддається лікуванню та може призвести до смерті протягом 24 год. від початку перших симптомів.	Відповідно стандартів лікування пацієнтів на НП

Неодмінними методами лікування хворих із ГРДС є оксигенотерапія у поєднанні з проведенням респіраторної підтримки в режимах неінвазивної та інвазивної штучної вентиляції легень у умовах ВІТ.



*Інфузійна терапія.* У разі гіповолемії, інфекційно-токсичного шоку в першу добу повинна бути рання та адекватна рідинна ресусцитація. У подальшому на тлі прогресування ушкодження легень інфузійна терапія повинна носити рестриктивний режим з раннім початком ентерального харчування.

Застосування глюкокортикостероїдів (ГКС) при грипі не рекомендують через підвищений ризик вторинних інфекцій. НП, що викликана MRSA та *P. aeruginosa*, підвищення часу реплікації вірусу та порушення нервово-м'язової передачі у хворих з ГРДС. Застосування ГКС у хворих на грип, особливо НЖ, повинне бути обмежене пацієнтами, що мають надниркову недостатність, септичний шок, та пацієнтами, що раніше приймали ГКС по специфічним показам: лікування хворих на бронхіальну астму, ХОЗЛ тощо.

## НП У ВАГІТНИХ

### Діагностика

**Обов'язковими є наступні методи діагностики НП у вагітних:** рентгенографія органів грудної клітки в двох проекціях з екрануванням органів черевної порожнини, яке викопують за найменшою підозри на НП; мікроскопічне дослідження мазка харкотиння (зібраного натще та бажано перед початком антибактеріальної терапії), пофарбованого за Грамом; мікробіологічне культуральне дослідження харкотиння, плеврального випоту, крові; клінічний аналіз крові для виявлення лейкоцитозу та паличкоядерного зсуву.

Рекомендовано виконання рентгенографії не пізніше 2 діб від початку захворювання і на 14-16 добу від початку лікування.

У випадку негативної динаміки стану вагітної показана повторна рентгенографія органів грудної клітки.

Виконання рентгенограми органів грудної клітки на 3-5 добу захворювання збільшує ризик небажаних ускладнень як для вагітної, так і для плода у зв'язку з затримкою призначення адекватної терапії.

НП не є протипоказанням для збереження вагітності, а на пізніх термінах вагітності **питання про спосіб пологів вирішується індивідуально.**

Усі вагітні хворі на НП потребують госпіталізації.

### Антибактеріальне лікування НП у вагітних

Особливості перебігу НП	Препарати <b>вибору</b>
Нетяжкий перебіг бактеріальної НП (наявність гнійного <b>мокротиння, біль в грудній клітці</b> )	Амоксицилін або цефалоспорин I покоління (цефуроксиму аксетил)
Підозра на НП, спричинену атипovими збудниками (непродуктивний кашель, виражені симптоми інтоксикації)	Макроліди (азитроміцин, спіраміцин)
Тяжкий перебіг НП або фактори ризику (алкоголізм, цукровий діабет, муковісцидоз, бронхоектатична хвороба)	Амоксицилін/клавуланова кислота чи цефалоспорин III покоління (цефтриаксон або цефотаксим) ± макролід
Вкрай тяжкий перебіг НП, коли ризик для життя матері перевищує такий для плода	Левофлоксацин або моксифлоксацин

## Госпітальна пневмонія

Госпітальна пневмонія (ГП) — захворювання, що характеризується появою рентгенологічно верифікованих нових вогнищево-інфільтративних змін в легенях через 48 год. та більше після госпіталізації в поєднанні з клінічною симптоматикою, яка підтверджує їх інфекційну природу (нова хвиля лихоманки, гнійне харкотиння або гнійне виділення із трахео-бронхіального дерева, лейкоцитоз та Іп.), з виключенням Інфекцій, що були в Інкубаційному періоді на момент надходження хворого до стаціонару.

### Класифікація

#### 1. *Власне госпітальна пневмонія.*

*Рання ГП* — виникає протягом перших 5 днів (>48-120 год.) з моменту госпіталізації і зумовлена збудниками, які були у хворого до надходження до стаціонару — *S. pneumoniae*, *H. Influenzae*, метицилінчутливий *S. aureus* та інші представники нормальної мікрофлори порожнини ротоглотки. Ці збудники зазвичай чутливі до антимікробних препаратів, що традиційно використовують, ГП має сприятливий прогноз.

*Пізня ГП* — розвивається не раніше 6 дня госпіталізації (> 120 год.) і спричинена госпітальною мікрофлорою з ризиком високо вірулентних і полірезистентних збудників (*P. aeruginosa*, *Acinetobacter spp.*, *Enterobacteriaceae*, метицилінрезистентний *S. aureus*), має менш сприятливий прогноз.

2 *Вентилятор-асоційована пневмонія (ВАП)* — пневмонія, яка виникла через 48 годин від початку штучної/допоміжної вентиляції легень за відсутності легеневої інфекції на момент Інкубації.

#### 3. ГП у пацієнтів з вираженими порушеннями Імунітету:

- а) у реципієнтів донорських органів;
- б) у пацієнтів, що отримують цитостатичну терапію.

4. *Аспіраційна ГП.* Найбільш Істотним фактором ризику ГП є інтубація, що збільшує ризик розвитку захворювання в 7-21 рази. Статистично достовірне збільшення частоти ГП спостерігається у хворих похилого віку (старших 70 років), за наявності порушення свідомості, хронічного захворювання легень, гіпотрофії, операції на органах черевної порожнини, під час прийому імуносупресивних препаратів.

*Діагностичні критерії ГП:* поява на рентгенограмі нових вогнищево-інфільтративних змін у легенях та двох з наведених нижче ознак:

- 1) температура тіла >38,0°C (аксілярна) або >38,5°C (ректальна);
- 2) бронхіальна гіперсекреція;
- 3)  $PaO_2/FiO_2 < 300$  { $PaO_2$  — парціальний тиск кисню в артеріальній крові, мм рт. ст.;  $FiO_2$  — фракція кисню у повітрі, що вдихається, від 0,21 (при диханні повітрям) до 1 (при диханні 100% киснем)};
- 4) кашель, тахіпное, локальна крепітація, вологі хрипи, бронхіальне дихання;

5) лейкопенія ( $< 4,0 \times 10^9/\text{л}$ ) чи лейкоцитоз ( $> 10,0 \times 10^9/\text{л}$ ), паличкоядерний зсув ( $> 10\%$ );

6) гнійне харкотиння або бронхіальний секрет.

### Показання до госпіталізації у ВІТ хворих на ГП

*Абсолютні показання до госпіталізації/переведення у ВІТ («великі» критерії тяжкості перебігу ГП):* потреба у проведенні механічної вентиляції легень; септичний шок (середній АТ  $< 65$  мм рт. ст., зниження АТ  $> 40$  мм рт. ст. від вихідного рівня, ЧСС  $> 130/\text{хв.}$ , гіперперфузія тканин); необхідність введення вазопресорних препаратів.

*Відносні показання до госпіталізації/переведення у ВІТ («малі» критерії тяжкості перебігу ГП):* частота дихання  $30/\text{хв.}$  та більше; порушення свідомості;  $\text{SaO}_2 < 90\%$ ,  $\text{PaO}_2 < 60$  мм рт. ст.; САТ  $< 90$  мм рт. ст., ДАТ  $< 60$  мм рт. ст.; двобічне або багаточасткове ураження легень, порожнини розпаду, плевральний виліт; швидке прогресування вогнищево-інфільтративних змін у легенях: збільшення розмірів Інфільтрації більше ніж на  $50\%$  протягом 2 діб; гостра ниркова недостатність (кількість сечі  $< 80$  мл за 4 години або рівень креатиніну в сироватці крові  $> 0,18$  ммоль/л, або концентрація азоту сечовини  $> 7$  ммоль/л (азот сечовини = сечовина (ммоль/л): 2,14) за відсутності хронічної ниркової недостатності).

*Наявність у хворого не менше одного «великого» або двох «малих» критеріїв є показом до госпіталізації у ВІТ.*

При вирішенні питання госпіталізації у ВІТ крім наведених критеріїв слід використовувати шкали оцінки стану CRB-65 SMART-COP, PORT, враховувати наявність декомпенсації супутніх захворювань, ускладнень ГП, власний клінічний досвідлікаря.

*Інтенсивна терапія хворих з тяжким перебігом ГП включає:* емпіричну антибактеріальну терапію, респіраторну підтримку, підтримку гемодинаміки, застосування окремих медикаментозних препаратів (ГКС) за показаннями, профілактика та лікування тромбоемболічних ускладнень, раннє ентеральне харчування та жорсткий контроль глікемії.

### Антибактеріальна терапія хворих на ГП

При тяжкому перебігу ГП емпіричну антибіотикотерапію проводять за деескалаційним принципом, тобто спочатку в/в призначають антибіотик активний проти широкого спектру збудників, а потім, за результатами засіву, змінюють на препарат вузького спектру дії.

Вибір емпіричної терапії заснований на існуючих даних про найбільш імовірних збудників Інфекції, спектр яких визначається терміном розвитку ГП «рання» та «пізня» та наявністю факторів ризику інфікування полірезистентними штамми мікроорганізмів.

При «ранній» ГП у пацієнтів без факторів ризику пол і резистентних штамів рекомендують монотерапію препаратами, що вказані у таблиці.

**Емпірична антибактеріальна монотерапія хворих на «ранню» ГП без наявності факторів ризику інфікування полірезистентними збудниками**

Ймовірний збудник	Препарат вибору
S. pneumoniae, H. influenzae, S. aureus* <b>E. coli</b> K. pneumoniae Enterobacter spp. Proteus spp S. marcescens	Цефалоспорин III покоління без антисиньогнійної активності (цефтриаксон, цефотаксим) або респіраторний фторхінолон (левофлоксацин, моксифлоксацин) або карбапенем без антисиньогнійної активності (мертапенем) або захищений амінопеніцилін (амоксіцилін/клавуланат, ампіцилін/сульбактам)

Примітка. \* При високій частоті виділення MRSAу Відділеній — вирішити питання про додаткове призначення ванкоміцинуабалінезоліду.

**У хворих на «пізній» ГП, а також за наявності факторів ризику полірезистентних патогенів, антибактеріальна терапія повинна включати два препарати з антисиньогнійною активністю — карбапенем (меропенем, іміпенем, доріпенем) або цефалоспорин III—IV покоління (цефтазідім, цефепім), або інгібіторзахищений p-лактам (цефоперазон/сульбактам, піперацилін/тазобактам) є поєднанні з ципрофлоксацином або левофлоксацином, або амікацином. За наявності факторів ризику інфікування MRSA цю комбінацію необхідно посилити третім препаратом — ванкоміцином або лінезолідом.**

**Зазначену вище схему варто застосовувати лише у тяжких випадках ВАП (у хворих, що знаходяться в критичному стані в результаті розвитку поліорганної недостатності або септичного шоку) або в якості альтернативного лікування за неефективності стартової терапії.**

**Емпірична комбінована антибактеріальна терапія хворих на «ранню» ГП з наявністю факторів ризику інфікування полірезистентними збудниками або на «пізню» ГП**

Ймовірний збудник	Препарат вибору
Грамнегативні бактерії: P. aeruginosa K. pneumoniae (ESBL+) <sup>1</sup> Acinetobacter spp. <sup>2</sup> L. pneumophila Грам позитивні коки, резистентний до метициліну S. aureus (MRSA) <sup>1</sup>	Карбапенем з антисиньогнійною активністю (меропенем, іміпенем, доріпенем) або цефалоспорин III—IV покоління з антисиньогнійною активністю (цефтазидим, цефепім) <sup>1</sup> , або інгібіторзахищений $\beta$ -лактам із антисиньогнійною активністю (цефоперазон/сульбактам, піперацилін/тазобактам) + фторхінолон з антисиньогнійною активністю (ципрофлоксацин, левофлоксацин) або амікацин + ванкоміцин або лінезолід (за наявності факторів ризику MRSA)

**Примітки:** 'За наявності сптеробаїстерій, які продукують ESBL, препаратом вибору є карбапенем або цефоперазон/сульбактам. \*Препаратами вибору за наявності *Acinetobacter* spp. є цефоперазон/сульбактам або карбапенем (іміпем, меропенем, доріпем). Тільки за умови сприятливої локальної ситуації з чутливістю до них препаратів. 4Препаратами вибору при MRSA є ванкоміципталіпезолід. За відсутності ліне.чоліду і ванкоміципу в якості «терапії відчаю» можна розглянути питання про призначення ко-тримокса.чолу I ріфаминіну.

У разі встановлення етіології ГП призначають антибактеріальні препарати з доведеною активністю проти визначеного збудника.

**Критерії припинення антибіотикотерапії.** Через 72 години після досягнення вираженої клінічної відповіді. При ВАП клінічне поліпшення протягом 6 днів ефективної емпіричної терапії скорочує її тривалість до 7-8 днів, за винятком випадків, спричинених *P. aeruginosa* і *Acinetobacter* spp. або виявлення гнійних ускладнень (емпієма плеври, абсцес). За наявності клінічного покращення відсутність росту мікроорганізмів в засівах матеріалу, якій отриманий з використанням інвазивних методів.

Тривалість антибіотикотерапії у хворих ВП, особливо тих, хто перебуває на ШВЛ, залежить не тільки від ефективності лікування ГП, а й наявності суперінфекції та ступеня тяжкості перебігу інших внутрішньогоспітальних інфекційних ускладнень, особливо викликаних антибіотикорезистентними штамми мікроорганізмів. Серед таких ускладнень найбільш значущими є гнійний ендобронхіт, інфекції сечових шляхів, інфекція кров'яного руслу («катетерний» сепсис), інфекція шкіри (пролежні) та раньова інфекція.

### **Антибактеріальні препарати, що найчастіше застосовуються для лікування пневмоній в Україні**

Назва препарату	Форма випуску, разова, добова доза
Амоксицилін	Капе. 500 мг, разова доза 0,5 г, добова — 1,5 г. Суха речовина для приготування суспензії 250 мг/5 мл, у флаконах по 60 мл. Вага до 20 кг: разова доза 125 мг, добова — 375 мг. Вага понад 20 кг: разова доза 250 мг, добова — 750 мг. Кратність прийому 3 рази на добу. Інший режим: разова доза 1,0 г, добова — 2,0 г, <b>приєм</b> 2 рази на добу. В разі тяжких інфекцій доза може бути подвоєна.
Амоксицилін/ клавуланова кислота	Порошок для приготування р-ну для ін'єкцій по 0,6 (500 мг амоксициліну, 100 мг клавуланової кислоти) та 1,2 г (1000 мг амоксициліну, 200 мг клавуланової кислоти) у флаконах. Разова доза для дорослих та дітей після 12 років 1,2 г, добова — 3,6 г в/в краплинно у разі інфекції легкої та середньої тяжкості, 4,8 г в/в краплинно у разі тяжкої інфекції. Порошок для приготування сиропу 70 мл (228,5 мг/5 мл) у флаконах призначається дітям у сиропі в дозі 25/3,6—45/6,4 мг/кг двічі на добу у разі легкого та середньотяжкого перебігу, 45/6,4 мг/кг—70,0/10 мг/кг двічі на добу у разі тяжкого перебігу. Аугментин SR (1000 мг амоксициліну, 62,5 мг клавуланової кислоти). Разова доза 2 табл., добова доза 4 табл.

Назва препарату	Форма випуску, разова, добова доза
Ампіциліну гідрохлорид	Флакони для ін'єкцій по 500 мг, 1 г. Добова доза 6-8 г
Ампіцилін/ сульбактам	Флакони для ін'єкцій по 0,75 та 1,5 г, 3,0 г (співвідношення ампіциліну-натрію/сульбактаму натрію 2:1). Разова доза 0,75—1,5 г, кратність введення — 3—4 р/день, в/м, в/в. Максимальна добова доза — 12 г. Табл., порошок для суспензії. В 1 табл. 375 мг діючої речовини. Добова доза — до 1500 мг.
Оксациліну натрієва сіль	Табл. 750 мг. Флакон 750 мг. Добова доза — 3-6 г.
Екстенцилін (пролонгований бензилпеніцилін)	Суха речовина для ін'єкцій 600 000; 1 200 000; 2 400 000 ОД.
<i>Цефалоспорины I покоління</i>	
Цефадроксилу моногідрат	Табл. 1 г, капе. 750 мг, флакони 5 мл (375 мг). Разова доза 750 мг, добова — 1,5 г.
Цефазоліну натрій	Суха речовина для ін'єкцій: по 250, 500 мг; 1; 2 г. Разова доза 250-500 мг, діюча — 1-2 г, максимальна добова — 6 г. Флакони для ін'єкцій по 250 мг, 500 мг, 1 г. Разова доза 1-2 г, максимальна — 6,0 г.
Цефалексин	Капе, по 250 мг. Добова доза 1-4 г, максимальна — 6,0 г.
Цефалотин	Суха речовина для ін'єкцій по 1 г. Разова доза 0,5—1,0 г, добова — 4—6 г, максимальна — 8 г.
Цефепірин	Суха речовина для ін'єкцій по 0,5—1 г. Разова доза 0,5—2,0 г, добова — 2—4 г, максимальна — 12 г.
<i>Цефалоспорины II покоління</i>	
Цефамандол	Суха речовина для ін'єкцій 500 мг; 1; 2 г. Разова доза 0,5-1,0 г, добова — 1,5-3 г, максимальна — 12 г.
Целіурокси.!	Флакони з порошком для виготовлення р-ну до парентерального введення по 0,75 та 1,5 г діючої речовини. Призначається в/м або в/в, разова доза 0,75-1,5 г (залежно від тяжкості інфекційного процесу), кратність призначення 3 рази на добу, максимальна добова доза — 6,0 г.
Цефуросиму аксетил	Табл. 0,125; 0,25 г; 0,5 г, суспензії (в 5 мл міститься 0,125 або 0,25 г цефуросиму аксетилу). Максимальна доза — 1,0 г на добу. Суха речовина для ін'єкцій 0,15 г, 1,5 г в/м, в/в. Добова доза — 3-6 г.
Цефаклор	Капе. 0,25; 0,5 г, суспензія, у 5 мл міститься 0,125 або 0,25 г цефаклору. Максимальна доза — 1,5 г на добу.
<i>Цефалоспорины III покоління</i>	
Цефотаксим	Суха речовина для ін'єкцій по 0,5 та 1,0 г діючої речовини. Разова доза 0,5—1,0 г, добова — 2—6 г. Кратність прийому — 2 рази на добу, в/м, в/е.
Цефоперазон	Суха речовина для ін'єкцій 500 мг, 1; 2 г. Разова доза 0,5—1 г, добова — 2-4 г, максимагы-а добова — 12 г.

Назва препарату	Форма випуску, разова, добова доза
Цефтриаксон	Суша речовина по 1–2 г для ін'єкцій. Разова доза 1–2 г, добова — 2 г, кратність введення 1 раз на добу в/м, в/в.
Цефтазидим	Флакони для ін'єкцій по 500 мг, 1,0 г, 2,0 г. Кратність введення 2-3 рази на добу в/м, в/в. Добова доза — до 6,0 г.
<i>Цефалоспорины IV покоління</i>	
Цефепім	Флакони для в/в ін'єкцій 0,5 г, 1,0 г, 2,0 г. Кратність введення 2 рази на добу. Добова доза — 4,0 г.
<i>Цефалоспорины, активні проти MRSA</i>	
Цегатаролін	Суша речовина 600 мг у флаконі для в/в ін'єкцій. Разова доза 600 мг, добова — 1200 мг, кратність введення 2 рази на добу.
<i>Макроліди</i>	
Азітроміцин	1 табл. по 125 мг; 6 табл. в упаковці; 1 табл. по 500 мг; 3 табл. в упаковці; 1 капе, по 250 мг; 6 капе, в упаковці; 5 мл сиропу по 100 мл; 1 флакон в упаковці; 5 мл сиропу-форте по 200 мг; 1 флакон в упаковці. Разова доза 125-500 мг на добу.
Спіраміцин	Табл. по 1,5 млн., пакети з гранулами для перорального прийому по 1,5; 0,75; 0,375 млн. У тяжких випадках добова доза — до 9 млн.
Мідекаміцин	Табл. по 400 мг діючої речовини; Гранули для оральної суспензії 115 мл (175 мг/5 мл) Добова доза 1200 мг на 3 прийоми.
Кларитроміцин	Табл. по 0,25 та 0,5 г і суспензія у флаконі по 60 мл (125 мг/5 мл). Разова доза 250-500 мг, добова — 500-1000 мг, кратність прийому 2 рази на добу. УНО-табл. по 0,5 г. Разова доза 500-1000 мг, добова — 500-1000 мг, кратність прийому 1 раз на добу.
Бритром'ці-н	Табл. 0,1; 0,2; 0,5 г. Флакони для ін'єкцій 0,5; 1 г. Максимальна доза — не більше 4 г.
Джозаміцин	Табл. 500 мг, 1000 мг. Разова доза 500—1000 мг. Кратність прийому 2–3 рази на добу. Добова доза — 1000—2000 мг.
Мідекаміцин	Табл. 400 мг. Флакони з сухою речовиною для приготування суспензії по 115 мл, в 5 мл (1 дозована ложка) — 175 мг. Добова доза — 1,6 г.
Рокситроміцин	Табл. 150, 300 мг. Добова доза — 300 мг за 1 або 2 прийоми.
<i>Тетрацикліни</i>	
Фоксициклін	Капе. 100 мг, сироп, флакон 20, 60 мг. Добова доза — 200 мг.
Доксициклін	Капе. 50 мг. Добова доза в 1-й день — 200 мг, у наступні — 100 мг. Ампули для в/в ін'єкцій, в 1 амп. (5 мл) 100 мг діючої речовини.
Метацикліну гідрохлорид	Капе. 300 мг. Добова доза — не більше 1,2 г.
Рифампіцин	Капе. 400, 200, 150 мг. Суспензія 60, 100 мл. У 300 мл — 5 мг. Добова доза — до 1,2 г.

Назва препарату	Форма випуску, разова, добова доза
<i>Лінкозаміди</i>	
Кліндаміцин	Капе. 75, 150, 300 мг. Разова доза 390 мг 2 рази на добу. Добова доза — 900-2700 мг.
Лінкоміцин	Капе: 1 капе. — 0,25 мг. Флакони для в/м або в/в ін'єкцій — 0,5 г діючої речовини. Добова доза — 1,5 г, може бути до 2,4 г.
<i>Карбапенеми</i>	
Іміпенем/ циластатин	Флакони по 500 і 750 мг для в/м і в/в ін'єкцій. Добова доза — до 4 г залежно від тяжкості.
Меропенем	Флакони для в/в ін'єкцій по 1000 м. Разова доза 500—1000 мг. Кратність застосування 3 рази на добу. Добова доза — 3000—6000 мг.
Доріпенем	Суха речовина для ін'єкцій 500 мг. Разова доза 500 мг, добова — 1,5 г на 3 прийоми.
<i>Монобактами</i>	
Азтреонам	Флакони для ін'єкцій по 1,0 та 2,0 г. Добова доза — до 8,0 г.
Перфлораксацин	Табл. 400 мг, ампули 5 мл/400 мг. Добова доза — 800 мг.
Офлоксацин	Табл. № 10 по 200 мг, р-н для інфузій 100, 200 мг. Добова доза — 200, 400, 800 мг.
Ципрофлоксацин	Табл. 250, 500, 750 мг, р-н для інфузій 50, 100, 200 мг. Разова доза 250-500 мг, добова - 500-1000 мг.
Ципрофлоксацин	Табл. по 250, 500 та 750 мг. Разова доза 250-750 мг, добова — 500—1 500 мг, кратність прийому — 2 рази на добу. Флакон 100 мл/200 мг та ампули (концентрат) 100 мг/10 мл. Разова доза 200—400 мг в/в, добова — 400—800 мг, кратність прийому 2 рази на добу.
<i>Фторхінолони</i>	
Левифлоксацин	Табл. в оболонці по 250 та 500 мг діючої речовини, флакони для в/в введення по 100 мл, що містять 500 мг діючої речовини. Призначається біоеквівалентно 1 р. на добу.
Моксифлоксацин	Табл., вкриті оболонкою, по 0,4 г, флакони р-ну для інфузій 250 мл (0,4 г діючої речовини). Добова доза 0,4 г одноразово перорально або в/в краплинно.
Гатифлоксацин	Р-н для в/в введення по 200 мл (400 мг діючої речовини) та табл., вкриті оболонкою, по 200 та 400 мг. Вводиться по 400 мг на добу (в/в краплинно або перорально за 1 прийом).
<i>Аміноглікозиди</i>	
Амікацину сульфат	Ампули 2 мл/100 мг, для в/в або в/м ін'єкцій по 2 мл (100 або 500 мг діючої речовини). Добова доза до 15 мг/кг за 2—3 прийоми.
Тобраміцину сульфат	Флакони для в/в або в/м ін'єкцій по 40, 50, 75, 80 мг діючої речовини. Добова доза — 5 мг/кг в 3—4 прийоми.
Гентаміцину сульфат	Ампули для в/м ін'єкцій по 1 мл/20 мг і 2 мл/40 мг. Добова доза — 3-5 мг/кг.
Канаміцину сульфат	Ампули для в/м ін'єкцій по 10—15 мл (відповідно 0,25; 0,5 г діючої речовини). Добова доза — 2 г.



Назва препарату	Форма випуску, разова, добова доза
Стрептоміцину сульфат	Суха речовина для ін'єкцій 1 г. Разова доза 500 мг — 1 г, добова — 1-2 г.
Сизоміцин	Ампули для в/м або в/в ін'єкцій 5% р-н 50 мг/мл діючої речовини по 1,0; 1,5; 2,0 мл. Вводять 2 рази на день.
Мономіцин	Флакони для ін'єкцій по 0,25 г (250 000), 0,5 г (500 000) діючої речовини. Добова доза — до 1,0 г.
<i>Інші</i>	
Ванкоміцин	1 флакон по 0,5 або 1,0 г. Добова доза — 2,0 г.
Тейкопланін	Порошок ліофілізований для виготовлення р-ну до в/в введення (200 або 400 мг діючої речовини) + ампули р-ну для розведення по 3,2 мл. Вводиться в/в крапельно по 400 мг 1-2 рази на добу протягом перших 1-3 діб, потім по 400 мг одноразово.
Лінезолід	Розчин для в/в ін'єкцій 200, 600 мг. Разова доза 400—600 мг. Добова — 800-1200 мг. Табл. 600 мг. Добова доза — 1200 мг.
Сульфаметокса-зол/триметоприм	Табл. 480, 960 мг, гранулят для суспензії — флакон 10 мл, 5 мл — 240 мг. Добова доза — 100 мг/кг.
Метронідазол	Табл. 400, 600, 250 мг; 1, 2 г, 750 мг, флакон 100 мл - 1 мл - 5 мг, 5 мл — 1 мл — 5 мг, ампули 20 мл, 1 мл — 5 мг, суспензія всередину 5 мл — 200 мг. Добова доза — 1-1,5 г.
Орнідазол	Табл. та флакони по 0,5/100 мл, разова доза 0,5, добова — 2,0 г.
Ореносинетилпеніцилін (біосинтетичний пеніцилін)	Табл. 250 мг, гранулят для суспензії 100 мл (5 мл/125 мг), 250-500 мг. Добова доза — 3 г, максимальна — 9 г на добу.

## БРОНХІАЛЬНА АСТМА<sup>1</sup>

### Визначення

Бронхіальна астма (БА) — це запальне захворювання дихальних шляхів, в розвитку якого беруть участь **клітини і медіатори запалення**. **Хронічне запалення поєднується з гіперреактивністю бронхів, що проявляється рецидивуючими симптомами свистячого дихання, ядухи, скованості у грудній клітині, кашлю, особливо вночі та рано вранці. Ці епізоди звичайно пов'язані з розповсюдженою але варіабельною (мінливою) бронхообструкцією, яка зворотна спонтанно або під впливом терапії.**

<sup>1</sup> • Матеріал викладається згідно Наказу МОЗ України № 868 від 08.10.2013 р. «Прозатвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при бронхіальній астмі», Адаптованої Настанови МОЗ України (2013 р.) та методичних рекомендацій ДУ «Національний інститут фізичної реабілітації і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України» (2013 р.).

## ЗМІСТ

<b>Передмова</b> (Ю. М. Мостовой).....	3
<b>Список основних скорочень</b> .....	5
<b>ПУЛЬМОНОЛОГІЯ</b> .....	9
Пневмонія (Ю.М. Мостовой, Г. В. Демчук).....	9
Негоспітальна пневмонія.....	9
Аспіраційна негоспітальна пневмонія.....	15
Госпітальна пневмонія.....	18
Бронхіальна астма (Ю.М. Мостовой, Т.В. Константинович).....	25
Загострення бронхіальної астми (Ю.М.Мостовой, Г.В.Константинович).....	28
Хронічне обструктивне захворювання легень (Ю.М. Мостовой, Л. В. Распутіна, А. О. Довгань).....	46
Легенева гіпертензія (Ю. М. Мостовой, Г. В. Демчук).....	58
Хронічне легеневе серце (Ю. М. Мостовой, Т. В. Константинович).....	65
Тромбоемболія легеневої артерії (Ю.М. Мостовой, Н.В. Цимбалюк, Н.С. Слепченко).....	73
Саркоїдоз (Ю. М. Мостовой, Т. В. Константинович).....	86
Муковісцидоз (Ю.М. Мостовой, Т.В. Константинович).....	92
Ідіопатичні інтерстиціальні пневмонії (Ю.М. Мостовой, Л. В. Распутіна).....	101
Ідіопатичний фіброзуючий альвеоліт.....	101
Бронхоектатична хвороба (Т.В. Ткаченко).....	104
Синдром апное-гіпопное сну (Ю.М. Мостовой, Т.В. Константинович, О.В.Бугайчук).....	109
Паління (Ю. М. Мостовой, Н. С. Слепченко).....	118
Захворювання плеври (Ю.М. Мостовой, Г.В.Демчук).....	121
Сепсис (Ю.М. Мостовой, Г.В. Демчук).....	127
Гострий бронхіт (Г. В. Демчук, О.О. Вільцанюк).....	133
<b>ЗАХВОРЮВАННЯ ВУХА, ГОРЛА. НОСА</b> .....	139
Ангіна та гострий фарингіт (Г. В. Ткаченко).....	139
Гострий синусит (О. О. Вільцанюк).....	141
Гострий гнійний середній отит (О. О. Вільцанюк).....	145
<b>ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ</b> .....	149
Грип (Н.О.Пентюк).....	149
Гострі респіраторні вірусні інфекції та гострі респіраторні захворювання (Н. О. Пентюк, О.О. Вільцанюк).....	151
ВІЛ-інфекція (М.В. Овчарук).....	154

<b>КАРДІОЛОГІЯ</b> .....	159
Пролапс морального клапана ( <i>Л. П. Солейко</i> ).....	159
Захворювання аорти ( <i>Л. П. Солейко</i> ).....	161
Аортити.....	161
Аневризми аорти.....	162
Розшаровуюча аневризма аорти.....	163
Міокардити ( <i>Л. Я. Солейко</i> ).....	165
Інфекційний ендокардит ( <i>Л.П. Солейко</i> ).....	171
Правобічний інфекційний ендокардит.....	173
Перикардити ( <i>Л.П. Солейко</i> ).....	175
Кардіоміопатії ( <i>Л.П. Солейко</i> ).....	179
Гіпертрофічна кардіоміопатія.....	180
Дилатаційна кардіоміопатія.....	182
Аритмогенна кардіоміопатія правого шлуночка.....	186
Рестриктивна кардіоміопатія.....	187
Некомпактна кардіоміопатія лівого шлуночка.....	187
Кардіоміопатія Такацубо.....	188
Ішемічна хвороба серця.....	189
Стабільна стенокардія напруги ( <i>Л.П. Солейко</i> ).....	191
Гострий коронарний синдром ( <i>Л.П. Солейко, Л. В. Распутіна</i> ).....	194
Інфаркт міокарда з підйомом сегмента ST ( <i>Л.П. Солейко</i> ).....	199
Хірургічні методи лікування ішемічної хвороби серця ( <i>В.В.Раацтін</i> ).....	202
Дисліпідемії ( <i>Л. В. Распутіна</i> ).....	206
Аритмії серця.....	210
Синусова тахікардія ( <i>І.В.Данильчук</i> ).....	213
С и ну сова брадикардія ( <i>І.В.Данильчук</i> ).....	214
Екстрасистолія ( <i>І.В.Данильчук</i> ).....	215
Пароксизмальні тахікардії ( <i>О.В.Денесюк</i> ).....	217
Фібриляція та тріпотіння передсердь ( <i>О.К. Откаяєнко, О.В.Денесюк</i> ).....	229
Раптова серцева смерть ( <i>Л. П. Солейко</i> ).....	242
Артеріальна гіпертензія ( <i>А.Г. Степанюк, О.В.Денесюк</i> ).....	248
Лікування артеріальної гіпертензії у вагітних.....	264
Гіпертензивні кризи ( <i>А.Г. Степанюк, О.В.Денесюк</i> ).....	270
Нейроциркуляторна дистонія ( <i>Л.П. Солейко</i> ).....	274
Гостра серцева недостатність ( <i>Ю.М. Мостовой, Н. В. Цимбалюк, Н.С. Слєпченко</i> ).....	282
Хронічна серцева недостатність ( <i>О. К. Откаєнко</i> ).....	289
Гіпергомоцистеїнемія ( <i>Н.О.Пєнтюк</i> ).....	299

<b>ХВОРОБИ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ</b> .....	301
Ревматична гарячка <i>(О.К. Откаленко)</i> .....	301
Набуті вади серця <i>(Л.В. Распутіна)</i> .....	304
Ревматоїдний артрит <i>(А.Г. Степанюк, О.В. Денесюк)</i> .....	310
Системний червоний вовчак <i>(Н.С. Слепченко)</i> .....	320
Феномен Рейно <i>(Н.С. Слепченко)</i> .....	325
<b>ЗАХВОРЮВАННЯ СУГЛОБІВ</b> .....	329
Остеоартроз <i>(О.К. Откаленко, О.О.Вільцанюк)</i> .....	329
Подагра <i>(Н.С. Слепченко)</i> .....	339
Реактивні артрити <i>(Н.С. Слепченко)</i> .....	344
Анкілозуючий спондилоартрит (хвороба Бехтерева) <i>(Н.С. Слепченко)</i> .....	348
Остеопороз <i>(Н.С.Слепченко)</i> .....	354
<b>ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ</b> .....	361
Пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки <i>(Г. І. Томайкевич)</i> .....	361
Хронічний гастрит <i>(Г.І. Томайкевич)</i> .....	370
Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба <i>(Г.І. Томайкевич, Т.В. Ткаченко)</i> .....	377
Функціональна диспепсія <i>(Г.І. Томайкевич)</i> .....	381
Функціональні розлади біліарної системи <i>(Г.І. Томайкевич, Т. В. Ткаченко)</i> .....	384
Хронічний безкам'яний холецистит <i>(Г. І. Томашкевич)</i> .....	391
Жовчнокам'яна хвороба <i>(Г.І. Томашкевич)</i> .....	393
Хронічний гепатит <i>(Н.О.Пентюк, Т.В. Ткаченко)</i> .....	398
Хронічний вірусний гепатит В.....	399
Хронічний вірусний гепатит С.....	402
Аутоімунний гепатит.....	404
Токсичний (медикаментозний) гепатит.....	406
Неалкогольна жирова хвороба печінки та неалкогольний стеатогепатит.....	406
Хвороба Вільсона <i>(Н.О.Пентюк)</i> .....	408
Алкогольна хвороба печінки <i>(Н.О.Пентюк)</i> .....	410
Цироз печінки <i>(Н.О.Пентюк, Т.В. Ткаченко)</i> .....	412
Синдром Жільбера <i>(Н.О.Пентюк)</i> .....	420
Хронічний панкреатит <i>(Г.І. Томашкевич)</i> .....	421
Синдром подразненого кишковика <i>(Т. В. Ткаченко, Г.І. Томашкевич)</i> .....	429
Хронічний коліт <i>(Г.І. Томашкевич)</i> .....	435
Запальні захворювання кишечника <i>(Г.І. Томашкевич, Т.В. Ткаченко)</i> ...	444

<b>НЕФРОЛОГІЯ</b> .....	459
Пієлонефрит ( <i>О.К. Откаленко</i> ).....	459
Гломерулонефрит ( <i>О.К. Откаленко</i> ).....	466
Хронічна ниркова недостатність ( <i>О.К. Откаленко</i> ).....	471
<b>ГЕМАТОЛОГІЯ</b> .....	478
Залізодефіцитна анемія ( <i>Т. В. Константинович</i> ).....	478
<b>АЛЕРГОЛОГІЯ</b> .....	489
Алергічний риніт ( <i>М.В. Овчарук</i> ).....	489
Поліноз ( <i>Н.С. Сlepченко</i> ).....	495
Медикаментозна алергія ( <i>М.В. Овчарук</i> ).....	497
Інсектна алергія ( <i>М.В. Овчарук</i> ).....	500
Алергічна кропив'янка та набряк Квінке ( <i>Н.С. Сlepченко</i> ).....	502
Атопічний дерматит ( <i>Н.С. Сlepченко</i> ).....	506
<b>ЕНДОКРИНОЛОГІЯ</b> .....	513
Цукровий діабет ( <i>М. В. Власенко, А. В. Паламарчук</i> ).....	513
Захворювання щитовидної залози	
( <i>М.В. Власенко, А.В. Паламарчук</i> ).....	528
Дифузний токсичний зоб.....	531
Гіпотиреоз.....	536
Тиреоїдити.....	541
Ожиріння ( <i>М.В. Власенко, А.В. Паламарчук</i> ).....	542
<b>МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ</b> ( <i>О. Г. Обертинська</i> ).....	549
<b>СОМАТОФОРМНІ РОЗЛАДИ</b> ( <i>О.П. Мостова</i> ).....	555
<b>СИНДРОМ ХРОНІЧНОЇ ВТОМИ</b> ( <i>Н.С. Сlepченко</i> ).....	561
<b>ГОСТРА ІНТОКСИКАЦІЯ ОПОЇДАМИ</b> ( <i>О. О. Вільцанюк</i> ).....	564
<b>Календар профілактичних щеплень в Україні</b>	
( <i>Н.О.Пентюк</i> ).....	566
<b>Показники ряду додаткових лабораторних та інструментальних методів обстеження</b>	
( <i>Л. П. Солейко, Г. І. Томашкевич, О. К. Откаленко, Л. В. Раащтіна, А.А.Сідоров, Г.В.Демчук, О.В.Бугайчук, А.О.Довгань</i> ).....	572
I. Загальноклінічні методи.....	572
II. Біохімічні методи.....	573
III. Імунологічні методи.....	577
IV. Спірографія.....	577
V. Методи обстеження в кардіології.....	580
VI. Методи обстеження в гастроентерології.....	593
VII. Спинномозкова пункція.....	595

VIII. Денситометрія.....	599
IX. Опитувальники оцінки стану психоемоційної сфери.....	601

### **НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ В ТЕРАПІЇ**

*(Ю. М. Мостовой, А. А. Сідоров, Г. І. Голіюшкеєич, Г. В. Демчук,  
Т. В. Константинович, О. П. Мостова, М. В. Овчарук,  
Ю. К. Откаленко, Л. П. Плотиця, Н. О. Пентюк, Л. В. Распутіна,  
Н. С. Слєпченко, А. Г. Степанюк, Т. В. Ткаченко, Н. В. Цимбалюк).* . . . . . 607

Анафілактичний шок.....	607
Біль у спині.....	609
Важке загострення бронхіальної астми.....	611
Геморагічний інсульт.....	613
Гіпертензи <span style="margin-left: 100px;">вний</span> <span style="margin-left: 150px;">криз.....</span>	615
Гіпоглікемічний стан.....	618
Гостра серцева недостатність.....	619
Гостра шлунково-кишкова кровотеча.....	625
Гострий коронарний синдром.....	627
Діабетичний <span style="margin-left: 100px;">кетоац</span> <span style="margin-left: 100px;">и</span> <span style="margin-left: 100px;">доз_____</span>	631
Зневоднення.....	633
Колапс.....	634
Лихоманка.....	635
Непритомність.....	638
Ниркова колька.....	640
Опіки.....	641
Отруєння грибами.....	643
Отруєння етиловим алкоголем.....	645
Отруєння наркотичними речовинами. Морфін (опій, омпон, героїн, кодеїн, діонін).....	647
Панкреатит.....	648
Пароксизмальні порушення ритму.....	651
Фібриляція передсердь.....	651
Пароксизмальна шлуночкова тахікардія.....	654
Пароксизмальна суправентрикулярна тахікардія.....	655
Печінкова енцефалопатія.....	657
Печінкова колька.....	659
Подагричний криз.....	660
Раптова (клінічна) смерть.....	663
Септичний шок.....	666
Транзиторна ішемічна атака.....	668
Тромбоемболія легеневої артерії.....	670
Укус тварини.....	679
<b>Післямова (Ю. М. Мостовой)</b> .....	<b>682</b>

Довідкове видання

**СУЧАСНІ КЛАСИФІКАЦІЇ  
ТА СТАНДАРТИ ЛІКУВАННЯ  
ЗАХВОРЮВАНЬ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ.  
НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ В ТЕРАПІЇ**

**За редакцією професора  
Мостового Юрія Михайловича**

20-те видання,  
доповнене і перероблене

Відповідальні за випуск  
*Ю.М. Мостовой, Г. І. Томашкевич*

Технічний редактор *Б. І. Косшук*  
Коректор *М. С. Шлеймовіж*

Формат 60x84/16. Ум.-друк. арк. 40.13.  
Тираж 1000 прим. Зам. № 1602032.

Видавництво та друк  
ДП "Центр державного земельного кадастру"  
03151, м. Київ, вул. Народного Ополчення, 3  
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи  
до Державного реєстру видавців, виготівників  
і розповсюджувачів видавничої продукції  
ДКН № 4641 від 29.10.2013 р.

ВФ «Вінницька картографічна фабрика» Центру ДЗК  
21100, м. Вінниця, вул. 600-річчя, 19  
Тел.: (0432) 51-33-77, 51-32-91  
E-mail: [dkf@vn.ua](mailto:dkf@vn.ua)