

- 30%-nál alacsonyabb hematokrit,
- 106 mikromol/liter-nél magasabb kreatinin-szint,
- PaO₂ 60 Hgmm alatt, PaCO₂ 50 Hgmm felett,
- Szepszisre, vagy szervi elégtelenségre utaló leletek (pl: megnyúlt protrombinidú, csökkent trombocytaszám, fibrin-degradációs termékek megjelenése 1:40-nél nagyobb titerben.)

c) radiológiaiailag:

- több lebeny érintettség,
- üregképződés,
- gyors radiológiai progresszió,
- pleurális folyadék megjelenése.

Általában *otthon lehet kezelni* azokat a betegeket,

- akik 60 évnél fiatalabbak, és a kórlefolyást súlyosbító alapbetegségük nincs, valamint
- a 60 év feletti betegek, vagy bizonyos alapbetegségben szenvedő betegek közül azokat, akiknél a súlyos pneumonia fentebb leírt fizikális, laboratóriumi vagy radiológiai jelei nincsenek meg.

Hospitalizálni szükséges azokat a betegeket

- életkortól függetlenül, akiknél a *súlyos pneumonia* jelei észlelhetők, sőt akár
- intenzív osztályos ellátásra is sor kerülhet azokban az esetekben, ha az alábbi tényezők közül akár egy is fennáll.

Intenzív osztályos ellátást indokló tünetek (ATS, 1993.):

- légzésszám 30/perc fölötti,
- súlyos légzési elégtelenség (35%-nál magasabb FiO₂ igény 90%-os saturatio fenntartásához),
- gyors radiológiai progresszió, több lebenyt érintő elváltozás, tályoggűr kialakulása,
- súlyos sepsis tünetei:
 - shock: diasztolés vérnyomás 60 Hgmm alatt, szisztolés vérnyomás 90 Hgmm alatt,
 - vazopresszor terápia igénye 4 órán túl,
 - 80 ml-nél kevesebb vizelet 4 óra alatt,
 - heveny veseelégtelenség.

Mint látjuk, a prognózisra utaló kritérium-rendszerek is messzemenően alapoznak az *anamnézis* adataira és a *fizikális vizsgálat* leleteire! Ezek nem kellő alaposágú végzése már csak ezért is súlyos hibának számít! (6).

Az antibiotikum-választás kérdései

A közösségben szerzett pneumonia antibiotikus kezelésének egyik alapkérdése az, hogy az alkalmazandó szert helyesen válasszuk meg: *legyen hatékony* a (feltételezett) kórokozóra. Ne felejtjük azonban el, hogy az antibiotikumok drága gyógyszerek, így messzemenően figyelembe kell venni Ludwig professzor azon megállapítását, hogy „*az a legkevésbé költséges antibiotikus terápia, amelyik a betegnek a legrövidebb*

idő alatt a legteljesebb gyógyulását eredményezi”. Emellett a kiválasztott szert úgy kell alkalmazni, hogy az a *fertőzés helyén érjen el megfelelő koncentrációt*, ehhez pedig figyelembe kell venni a szerek farmakokinetikai és farmakodinámiai tulajdonságait, azaz *megfelelő dózist és megfelelő alkalmazási módot* kell választani.

A feltehetőleg *hatékony antibiotikumot* úgy tudjuk kiválasztani, ha „*kórokozóban gondolkozunk*”, azaz meg tudjuk nevezni, hogy az adott beteg esetében mi a legvalószínűbb kórokozó. Az előző részben a közösségben szerzett pneumonia leggyakoribb kórokozóit sorra vettük, így itt csak annyit jegyeznék meg, hogy mellettük – zömmel fiatal felnőttek esetében – változó gyakorisággal kell un. atípusos kórokozókra számítani. (Hogy hazánkban ennek milyen a tényleges gyakorisága, arra vonatkozóan sajnos nincsenek korrekt adatok, de külföldi tapasztalatok szerint úgy 10–30%-ra tehető.) Ennek hangsúlyozása azért fontos, mert ma az otthon/közösségben szerzett pneumonia kezelésének első számú szere a *béta-laktamáz stabil aminopenillinek* valamelyike (ampicillin, amoxicillin) esetleg béta-laktamáz gátlóval potencírozva (amoxicillin/klavulánsav: Augmentin, Aktin, ampicillin/sulbactam: Unasyn) (10, 11). Emellett az atípusos kórokozókra számítva szükség lehet a kezelés kiegészítése makrolidokkal (clarythromycin: Klacid, azithromycin: Sumamed) (12).

Ha penicillin-származék nem adható, úgy II-(III). *generációs cephalosporinok* jönnek számításba (cefactor: Ceclor, ceforoxim: Zinacef, Zinnat), valamint újabban a típusos és atípusos kórokozókra egyaránt hatásosnak ígérkező 3. generációs un. új („respiratory = légúti”) *fluorokinolonok* (levofloxacin: Tavanic).

Az antibiotikus kezelés másik alapkérdése pedig az, hogy a beteget hol kell kezelni (otthon, kórházban általános osztályon, vagy intenzív osztályon)? Ez utóbbi szempont azért fontos, mert mint az előzőkben láttuk, a legkevésbé súlyos (fiatal, súlyos kísérőbetegséggel nem rendelkező) betegeket kezelhetjük otthon, a súlyosabbakat kórházban, és a légzési elégtelenségben szenvedőket, súlyos kísérőbetegséggel terheltet, kritikus állapotúakat intenzív osztályon. Az ellátás helye így az antibiotikus terápia jellemzőit is befolyásolja: az *otthon kezelt* betegeknél még az orális gyógyszeradagolás is szóba jön és általában elegendő a monoterápia, az *általános kórházi osztályokon* kezeltéknél már általában parenterális adagolás mellett döntünk és kombinációval indítunk (pl. béta-laktám + makrolid), *intenzív osztályon/kritikus állapotú betegeknél* természetes a kombináció (iv. béta-laktám + iv. makrolid) sőt carbapenemek, vagy új – „légúti” – kinolonok (esetleg kombinációban történő) alkalmazása is (13, 14, 15, 16, 17).

A megfelelő antibiotikum kiválasztása természetesen az alapkérdés, de a hatékony kezelésnek/kevesebb rezisztencia termelésnek az is feltétele, hogy a megcél-