

zott szövetekben a szer *megfelelő*(en magas) *koncentrációt* érjen el, és azt megfelelő ideig (7–14 nap) alkalmazzuk. Ehhez az antibiotikumok alapvető farmakokinetikai/farmakodinámiás tulajdonságait is figyelembe véve megfelelően magas antibiotikum dózisokra és megfelelő adagolási módra (sz.e. parenterális kezelés) van szükség. Ha másra nem gondolunk, csak a közösségben szerzett pneumoniák leggyakoribb kórokozójának a *Streptococcus pneumoniae* csökkenő penicillin érzékenysége, pl. amoxicillinből a javasolt minimális dózis 50–80–(100) mg/kg, ami átlagos test-súlyt figyelembe véve mintegy 2,5–5 g/nap dózisnak felel meg (10).

Hasonlóképp kell kiszámítani a többi adandó gyógyszer dózisát is úgy, hogy az antibiotikum alkalmazás ne rutinszerű, hanem a beteg állapotának és a fertőzés súlyosságának megfelelően individuális legyen!

ÖSSZEFOGLALÁS

A szerző a bevezetésben leszögezi, hogy a közösségben szerzett pneumonia a gyakori, és potenciálisan súlyos betegségek közé tartozik ma is. Kezelése zömmel empirikus alapon történik, az erre felhasznált antibiotikumok mennyisége jelentős, költsége magas. Ezután a betegség diagnosztikájával és kezelésének kérdéseivel foglalkozik.

A betegség diagnosztikájának kérdései között elemzi az anamnesztikus adatok és fizikális leletek jelentőségét a diagnosztikában és a prognózis meghatározása során. A laboratóriumi vizsgálatok felsorolásakor hangsúlyt szől a mikrobiológiai diagnosztika jelentőségéről, majd ismerteti a közösségben szerzett pneumonia kórokozójaként legnagyobb szerepet játszó baktériumokat.

A terápia részleteinek tárgyalása során ismerteti a fertőzés, és a beteg állapotának objektív megítélését lehetővé tevő paramétereket (pontrendszereket), valamint a presumpatív antibiotikum választás nehézségeit (hatékony antibiotikum kiválasztása, hatásos szöveti koncentráció elérése, megfelelő dozírozás és adagolási mód stb.).

Kulcsszó: mikrobiológiai diagnózis, a pneumonia súlyossága, hospitalizáció, hatékony antibiotikum, individuális gyógyszer-adagolás

IRODALOM

1. A felnőttkori légúti infekciók kezelése. Infektológiai szakmai kollégium. L.A.M. 1998: 8(10), 696-708. – 2. Magyar, Hutás, Vastag: Pulmonológiai. 1998. Medicina. – 3. Strausz: Alsó légúti fertőzések. Med. univ. 2000. XXXIII/5. – 4. Kovács: Közösségben szerzett pneumonia. Szempontok az antibiotikum választáshoz. Háziorvos Továbbképző Szemle. 1998. III/supl. 1. – 5. Kohler: A súlyos pneumonia. Orvostovábbképző szemle. 2000. VII/2. – 6. Böszörményi Nagy: Kommentár (Kohler: A súlyos pneumonia c. cikkéhez) Orvostovábbképző szemle, 2000. VII/2. – 7. Schweiger: Az alsó légutak infekciós betegségei: tények és problémák. Med. Univ. 1996. XXVIII/4. Suppl. – 8. Várnai, Kovács: Prognosztikai tényezők jelentősége területen kialakult pneumoniában. Háziorvos Továbbképző Szemle. 1999. 5. 390-392. – 9. Senoner, Szabó: Mély bakteriális infekciók diagnosztikája. Háziorvos Továbbképző Szemle 1999. 5. 388-389. – 10. Ludwig: Antibiotikum terápia '99. Medintel. – 11. R. Sutherland: Az antibiotikum-rezisztencia fokozódó veszélye: hogyan befolyásolja az antibiotikumok rendelésének gyakorlatát az alapellátásban? L.A.M. 1994. 4(3): 224-233. – 12. Kovács: Makrolidok az új évezred küszöbén Háziorvos Továbbképző Szemle. 1999. 4: S33-S36. – 13. Kovács: Területen kialakult pneumonia diagnosztikája és terápia kórházban. Kórház, 2001, 1-2, 18-22. – 14. Ludwig: A légúti infekciók kezelése Magyarországon – nemzetközi elvek alapján. Orvostovábbképző Szemle 2001. Március (különszám) 1-4. – 15. Kincses: Az antibiotikum alkalmazás elméleti és gyakorlati kérdései. A közösségben szerzett pneumoniák kezelése – 2. Praxis, 2001, 10./3. 41-49. – 16. Tarján: Levofloxacinnal szerzett tapasztalataink alsó légúti infekciókban. Infektológia és klinikai mikrobiológia, 2001, VIII. évfolyam 1. Szám 46. – 17. Ludwig: Referátum és kommentár Heffelfinger J. D. és mtsai valamint munkacsoportja: Az otthon szerzett pneumonia kezelése a rezisztens pneumococcusok korában c. cikkéhez. Infektológia és klinikai mikrobiológia. 2001. 3. 43-45.