**PNEUMONIJE**

Doc.dr.sc. Gordana Pavliša

KBC Zagreb, Klinika za plućne bolesti Jordanovac

Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

 Pneumonija je akutna infekcija plućnog parenhima. Ona je vodeći je uzrok smrtnosti od zaraznih bolesti u razvijenim zemljama. Dijelimo je na izvanbolničku pneumoniju i bolničku pneumoniju. Pojam izvanbolničke pneumonijeodnosi se na upalu pluća stečenu izvan bolnice. Bolničku pneumoniju dijelimo na: bolničku pneumoniju u užem smislu (eng. hospital-acquired pneumonia, HAP) i pneumonija povezana s respiratorom (eng. ventilator-associated pneumonia, VAP). HAP je pneumonija koja nastaje > 48h po prijemu u bolnicu te nije bila u inkubaciji kod prijema. VAP-om se smatra pneumonija koja je nastala u intubiranog bolesnika > 48h po započetoj mehaničkoj ventilaciji. Okosnica liječenja izvanbolničke pneumonije je rana primjena empirijske antibiotska terapije. Izbor antibiotika ovisi o mogućem očekivanom uzročniku, lokalnim faktorima rizika, komorbiditetima, alergiji, prevalenciji patogena i njihovoj rezistenciji. Empirijska antibiotska terapija treba biti primarno usmjerena na *Streptococcus pneumoniae,* vodećeg uzročnika CAP-a. U Republici Hrvatskoj visoka rezistencija *S. pneumoniae* na penicilinske antibiotike iznosi 2%, umjerena oko 30%, a na makrolide je preko 30 %. Drugi česti uzročnici izvanbolničkih pneumonija su *Haemophilus influenzae*, takozvane atipične bakterije (*Mycoplasma, Chlamydia* i *Legionella spp*), a ne smiju se zanemariti niti drugi mogući uzročnici CAP-a poput aerobnih i anaerobih bakterija iz orofaringealnog područja, te respiratorni virusi. U nekih se bolesnika kao uzročnici mogu izolirati i Gram-negativne bakterije (*Pseudomonas aeruginosa* i *Enterobacteriaceae*). To su obično bolesnici koji su bili prethodno hospitalizirani, liječeni antibioticima, kortikosteroidima, imunosuprimirani ili bolesnici bilo s plućnim, srčanim, bubrežnim, jetrenim komorbiditetima, ili šećernom bolešću. Ambulantno liječenje CAP-a u mlađih bolesnika bez komorbiditeta, s blagom i srednje teškom pneumonijom, se obično provodi monoterapijom beta-laktamom (amoksicilinom) ili doksiciklinom. Za ambulantno liječenje bolesnika s komorbiditetom ili s povišenim rizikom infekcije sa *Streptococcus pneumoniae* rezistentnim na antibiotik i u onih hospitaliziranih na bolničkim odjelima primjenjuje se kombinacija makrolida i beta laktama ili monoterapiju respiratornim fluorokinolonom. Antibiotike treba dati čim prije, idealno unutar četiri sata od postavljanja dijagnoze.

S obzirom na visok mortalitet, liječenje suspektnog HAP-a i VAP-a ne smije se odlagati te empirijski treba primijeniti antibiotik širokog spektra. Ako su odsutni čimbenici rizika za infekciju multirezistentnim organizmom, empirijski se koristimo monoterapijom (beta-laktamima ili fluorokinolonima). Kod sumnje na infekciju MDR uzročnikom, izbor empirijskog liječenja je kombinacija lijekova.

Literatura:

Woodhead M, Blasi F, Ewing S, et al, for the Joint Taskforce of European Respiratory Society and European Society for Clinical Microbiology and Infectious Diseases. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections-full version. Clin Microbiol Infect 2011; 17 (suppl 6): E1-59.

Lim WS, Baudouin SV, George RC, et al, for the Pneumonia Guidelines Committee of the BTS Standards of Care Committee. BTS guidelines for the management of community-acquired pneumonia in adults: update 2009. Thorax 2009; 64(suppl 3): iii1-55.

Kuzman I, Rakušić N, Čivljak R, et al. Smjernice za liječenje pneumonija iz opće populacije u odraslih. Liječ Vjesn 2017;139:177–191

Metlay P,Waterer GW, Long AC, et. al. Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquiredPneumoniaAn Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society andInfectious Diseases Society of AmericaJoshua on behalf of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. Am J Respir Crit Care Med Vol 200, Iss 7, pp e45–e67, Oct 1, 2019.