

# Клиническая оценка и диагностика внебольничной пневмонии у взрослых



Спикер: Петров Юрий Васильевич



# Внебольничные ПНЕВМОНИИ:

## ОСНОВНЫЕ МОМЕНТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ

- Эпидемиология пневмоний на современном этапе характеризуется возникшей с конца 80-х годов тенденцией к росту заболеваемости и летальности как в России, так и во всем мире
- В развитых странах заболеваемость пневмониями составляет от 3,6 до 16 на 1000 человек
- В настоящее время во всем мире пневмонии занимают 4 – 5-е место в структуре причин смерти после сердечно-сосудистой патологии, онкологических заболеваний, цереброваскулярной патологии и хронических обструктивных заболеваний легких (ХОЗЛ), а среди инфекционных болезней – 1-е место
- В США внебольничными пневмониями ежегодно заболевают 3 – 4 млн человек, 30 – 40% из них нуждаются в госпитализации. Примерно 50 – 70% пациентов лечат амбулаторно, и смертность среди них составляет всего 1 – 5%



# Внебольничные ПНЕВМОНИИ:

ОСНОВНЫЕ МОМЕНТЫ  
ЭПИДЕМИОЛОГИИ

- Заболеваемость в возрастной группе старше 60 лет составляет от 20 до 44 на 1000 населения в год, при этом летальность у данной категории больных составляет 10 – 33%, а при пневмониях, осложненных бактериемией, достигает 50%
- Среди больных пневмонией преобладают мужчины. Они составляют, по данным многих авторов, от 52 до 56% больных, тогда как женщины – от 44 до 48%
- Продолжительность временной нетрудоспособности составляет в среднем 25,6 дня и может колебаться в пределах 12,8 – 45 дней. По данным зарубежных авторов, среднее число койко-дней у пациентов старше 60 лет составляет 21



## Особенности сбора анамнеза и физикального обследования

### Симптомы первого порядка:

острое начало лихорадки, кашель (с выделением мокроты или без нее) и одышка. В некоторых случаях также может присутствовать плевритная боль в груди

### Симптомы второго порядка:

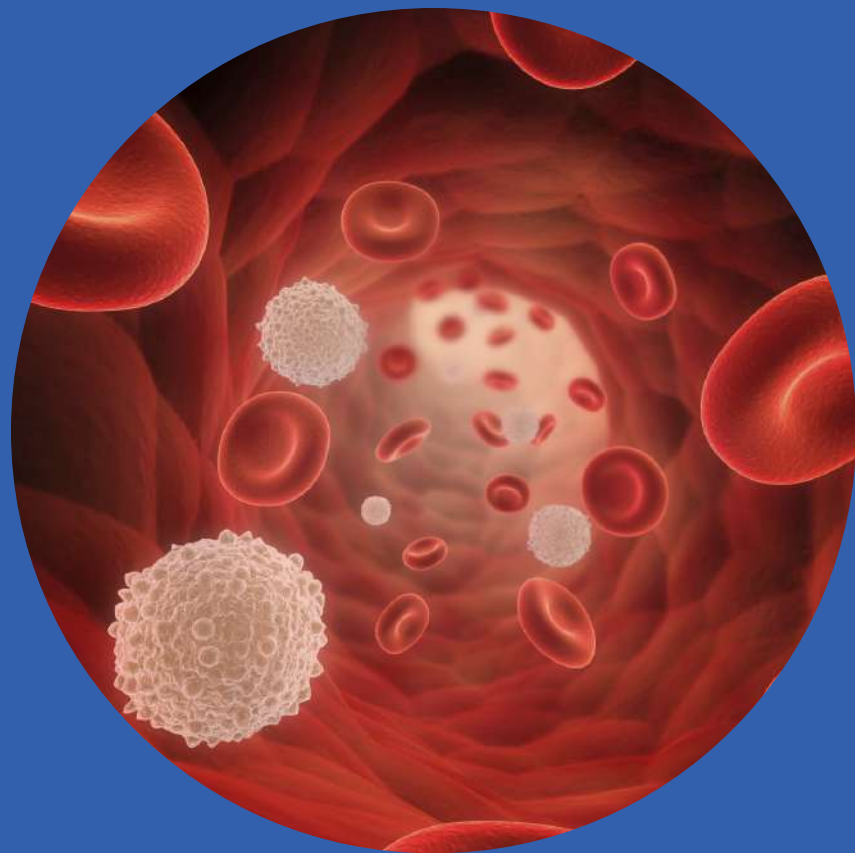
кишечные жалобы (например, тошноту, рвоту, диарею, боль в животе), потерю аппетита и изменения психического статуса (особенно актуальны у пожилых пациентов)

### При аускультации:

хрипы и свисты вместе с другими признаками консолидации (например, тактильным дрожанием, эгофонией, притуплением при перкуссии)



# Лабораторная оценка



Лейкоцитоз/  
тромбоцитопения



Креатинин,  
мочевина



СРБ,  
прокальцитонин

# Дифференциальный диагноз

## Острый бронхит

- Менее влияет на жизненные показатели
- Нет признаков сепсиса, изменения сознания
- Нет признаков консолидации при аускультации

## Грипп

- Острое начало
- Яркие системные проявления

## ОРВИ

- Отсутствие признаков консолидации
- Большая частота ринореи, фарингита

## Обострение ХЗЛ

- Яркая аускультативная картина
- Активное выделение мокроты

## СН с отеком легких

- Кашель с одышкой
- Высокое давление в яремных венах

# Дифференциальный диагноз

## ТЭЛА

- Одышка
- Плевритная боль
- Кровохарканье

## Рак легких

- Чаще у курильщиков
- Яркие системные проявления

## Ателектаз

- Схожесть при рентгенологической оценке

## СН с отеком легких

- Кашель с одышкой
- Высокое давление в яремных венах

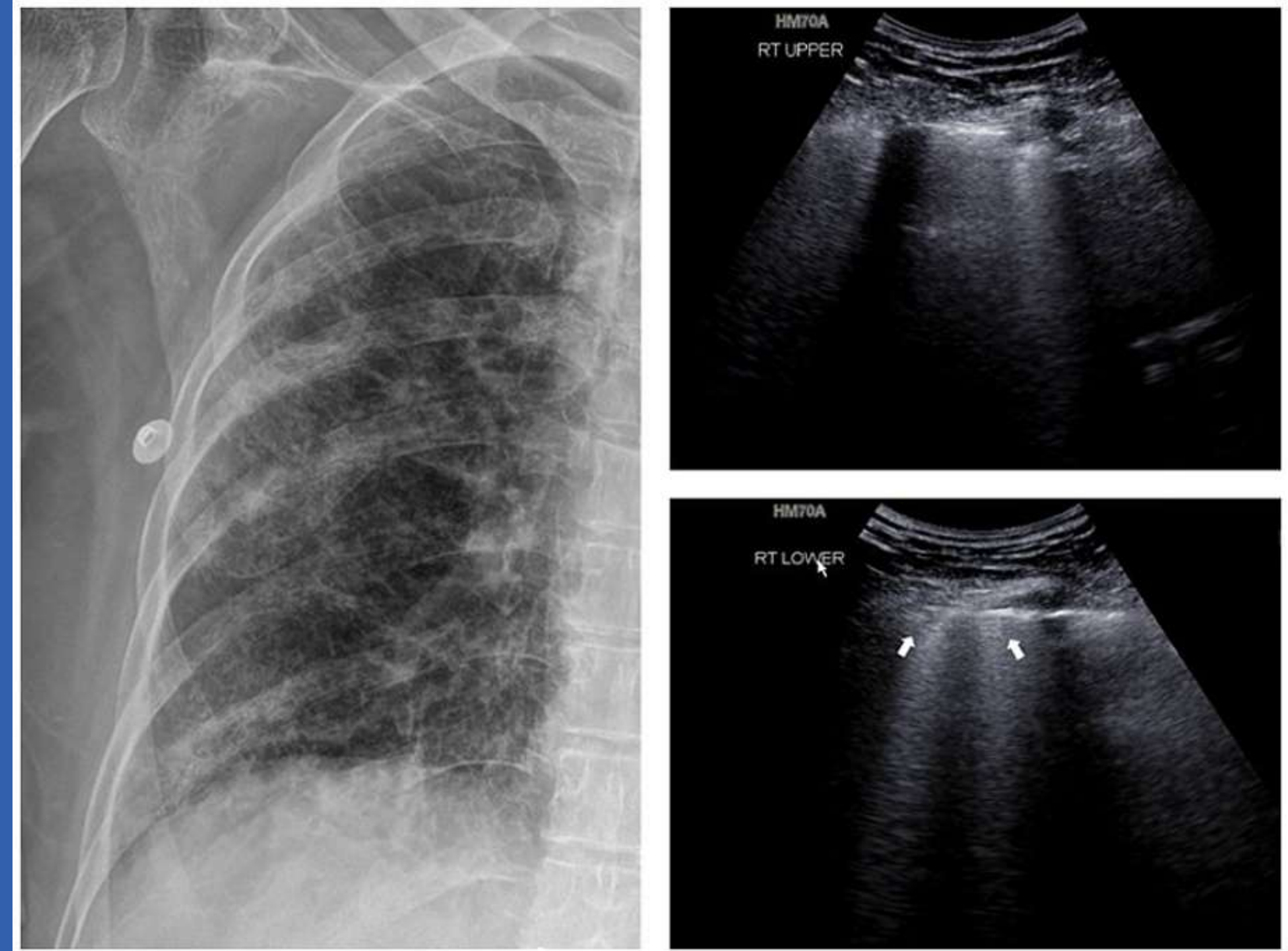


# Дифференциальный диагноз

Появляется все больше данных об использовании УЗИ легких для диагностики пневмонии, особенно у нестабильных пациентов в отделении неотложной помощи или отделении интенсивной терапии, у которых трудно получить качественные рентгенограммы грудной клетки

В трех крупных метаанализах чувствительность УЗИ легких составляла примерно 80-90%, а специфичность примерно 70-90%

Однако диагностическая эффективность может варьироваться в зависимости от уровня опыта УЗИ-оператора





# Маршрутизация пациента



Определение тяжести заболевания  
основано на клинической оценке  
и может быть дополнено  
использованием показателей тяжести.

Шкалы PSI и CURB-65 - есть в  
дополнительных материалах.  
Настоятельно рекомендую пользоваться.

# Микробиологическое исследование

Для большинства пациентов с ВП легкой степени, находящихся на лечении в амбулаторных условиях, микробиологические исследования не требуются, за исключением тестирования на COVID-19 во время пандемии

Для большинства больных ВП средней степени тяжести, поступивших в общетерапевтическое отделение, мы получаем следующее:

- Посев крови
- Окраска мокроты по Граму и посев
- Анализ мочи на антиген *Streptococcus pneumoniae*
- Тестирование на *Legionella* spp (ПЦР при наличии, тест на антиген в моче в качестве альтернативы)
- Тестирование COVID-19
- Тестирование на респираторные вирусы в течение сезона респираторных вирусов (предпочтительна ПЦР, особенно на грипп)
- Быстрая назальная ПЦР или посев на метициллин-резистентный золотистый стафилококк (MRSA) у пациентов с факторами риска MRSA, тяжелым заболеванием или двухфазным заболеванием (вирусный респираторный синдром с последующим новым ухудшением)
- Скрининг-тест на инфицирование вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)

# Дифференциация вирусной и бактериальной ВП

Не существует единого клинического признака, рентгенологического признака или теста, которые могли бы надежно отличить вирусную пневмонию от бактериальной

Тем не менее, в совокупности следующие признаки очень наводят на мысль о вирусной пневмонии:

- Положительный вирусный тест (например, положительная ПЦР на грипп)
- Низкий уровень прокальцитонина (обычно  $<0,25$  нг/мл)
- Отсутствие микробиологических признаков бактериальной инфекции (например, отрицательный результат посева крови и мокроты и/или анализа мочи на антигены)
- Отсутствие рентгенологических признаков, указывающих на бактериальную инфекцию (например, плотные долевые уплотнения, альвеолярные уплотнения с воздушными бронхограммами)


# Амбулаторная эмпирическая терапия

Респираторные вирусы – противовирусные препараты.

Тем не менее, в совокупности следующие признаки очень наводят на мысль о вирусной пневмонии:

Например:

- Вирус гриппа – Осельтамивир (75 мг перорально два раза в день в течение 5 дней), Занамивир (10 мг (две ингаляции по 5 мг) два раза в день в течение 5 дней), Перамивир (600 мг однократно в/в), Балоксавир (40 кг до <80 кг: 40 мг перорально в виде разовой дозы; ≥80 кг: 80 мг перорально однократно)
- COVID-19 - Нирматрелвир-ритонавир (300 мг+100 мг 5 дней), Ремдесивир (200 мг в/в в 1-й день, а затем по 100 мг в/в в день во 2-й и 3-й дни)



Поскольку бактериальная суперинфекция, по-видимому, менее распространена у пациентов с гриппом и COVID-19, чем с другими вирусами, злоупотреблять антибиотиками не стоит!



# Антибиотикотерапия

Здоровые, возраст <65 лет,  
ранее не применявшие антибиотики:

- Для большинства пациентов этой категории лечим высокими дозами амоксициллина (1 г перорально 3 раза в день) в сочетании с макролидами (например, азитромицином, кларитромицином) или доксициклином. Макролиды обычно предпочтительнее доксициклина, если нет противопоказаний
- Для пациентов с легкими неиммуноглобулиновыми (Ig)E-опосредованными реакциями на пенициллин (например, макулопапулезная сыпь) или известной толерантностью к цефалоспорином предпочтительной альтернативой амоксициллину является цефалоспорин третьего поколения (например, цефподоксим). Как и амоксициллин, даем цефалоспорин в сочетании с агентом, который воздействует на атипичные патогены. У пациентов с IgE-опосредованными реакциями (например, крапивница, ангионевротический отек, анафилаксия) или тяжелыми отсроченными реакциями следует избегать эмпирического применения цефалоспоринов



# Антибиотикотерапия

Для амбулаторных пациентов в возрасте  $\geq 65$  лет, курильщиков и пациентов с сопутствующими заболеваниями и/или недавним приемом антибиотиков:

- ERS предлагает амоксициллин-клавуланат с пролонгированным высвобождением (2 г перорально два раза в день) в сочетании с макролидом или доксициклином по сравнению с другими схемами
- Подход ERS к эмпирической терапии пациентов с ВП аналогичен подходу, изложенному в рекомендациях Американского торакального общества (ATS)/Американского общества инфекционных заболеваний (IDSA)





# Перспективы антибиотикотерапии

## Лефамулин

Для пациентов без структурных заболеваний легких (например, с прогрессирующей ХОБЛ), которые не переносят бета-лактамы и хотят избежать потенциальных побочных эффектов, связанных с фторхинолонами.

Клинический опыт применения лефамулина ограничен.



# Перспективы антибиотикотерапии

## Омадациклин

- Активен в отношении большинства возбудителей ВП, включая Enterobacteriaceae
- Потенциальная альтернатива для пациентов, которые не переносят бета-лактамы (или другие препараты) и хотят избегать фторхинолонов






# Предостережение относительно фторхинолонов

Хотя фторхинолоны часто используются для лечения ВП, их использование не рекомендуется амбулаторным пациентам с ВП без сопутствующих заболеваний или недавнего применения противомикробных препаратов, за исключением случаев, когда использование других схем невозможно!

<b>Хинолоны / фторхинолоны</b> (классификация хинолонов по Quintilliani R. и соавт., 1999)			
I поколение нефторированные	II поколение «грамотрица- тельные»	III поколение «респираторные»	IV поколение «респираторные» + «антианаэробные»
<b>Налидиксовая к-та</b> (Невиграмон, Неграм) <b>Оксолиниевая к-та</b> (Грамурин) <b>Пипемидиевая к-та</b> (Палин)	• <b>Ципрофлоксацин</b> (Цифран, Ципробай) • <b>Норфлоксацин</b> (Номицин) • <b>Эноксацин</b> (Эноксор) • <b>Офлоксацин</b> (Таривид) • <b>Пефлоксацин</b> (Абактал) • <b>Ломефлоксацин</b> (Максаквин) • <b>Флероксацин</b> (Хинодис)	• <b>Левеофлоксацин</b> (Таваник) • <b>Спарфлоксацин</b>	• <b>Моксифлоксацин</b> • <b>Тровафлоксацин</b>

# Ограниченная роль глюкокортикоидов



Ни одно сообщество не рекомендует глюкокортикоиды для лечения ВП в амбулаторных условиях, потому что потенциальный вред, вероятно, перевешивает любую потенциальную пользу.

## Исключение

Амбулаторных пациентов с обострением ХОБЛ и ВП мы лечим либо ингаляционными, либо пероральными глюкокортикоидами в зависимости от тяжести обострения ХОБЛ. В этих обстоятельствах глюкокортикоиды используются для лечения обострения ХОБЛ, а не для лечения ВП



# Профилактика ВП

- **Вакцинация против пневмококка и гриппа.**  
Вакцинация является эффективным и важным компонентом профилактики пневмонии
  - Ежегодная вакцинация против вирусов сезонного гриппа показана всем больным (без противопоказаний).
  - Пневмококковая вакцинация показана всем пациентам в возрасте  $\geq 65$  лет и другим лицам с определенными факторами риска (например, с некоторыми сопутствующими заболеваниями, включая хронические заболевания сердца, легких и печени, иммунодефицитными состояниями и нарушением функции селезенки).
  - Вакцинация и ревакцинация против COVID-19
- **Отказ от курения.** Отказ от курения должен быть целью для курящих пациентов с ВП, и мы обсуждаем это во время постановки диагноза и при последующем наблюдении

