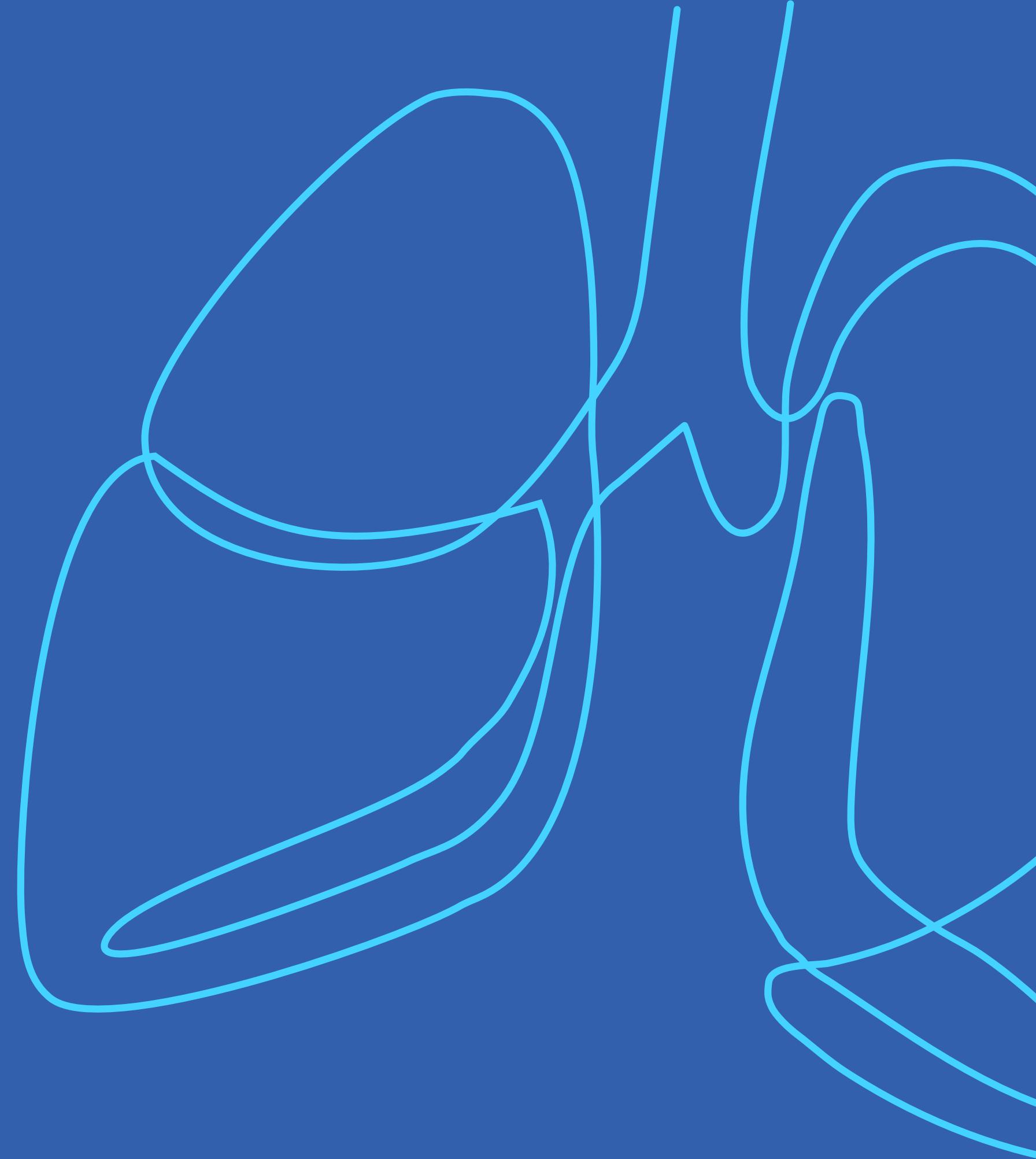
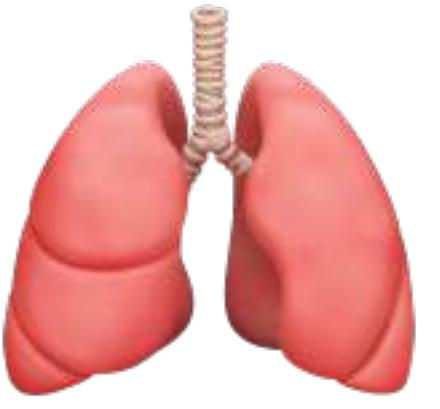


Клиническая оценка и диагностика внебольничной пневмонии у взрослых



Спикер: Петров Юрий Васильевич



Внебольничные пневмонии: основные моменты эпидемиологии

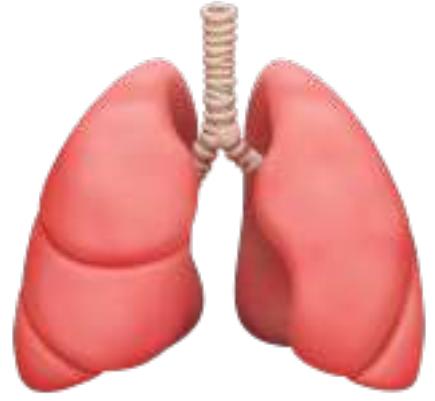
- Эпидемиология пневмоний на современном этапе характеризуется возникшей с конца 80-х годов тенденцией к росту заболеваемости и летальности как в России, так и во всем мире
- В развитых странах заболеваемость пневмониями составляет от 3,6 до 16 на 1000 человек
- В настоящее время во всем мире пневмонии 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

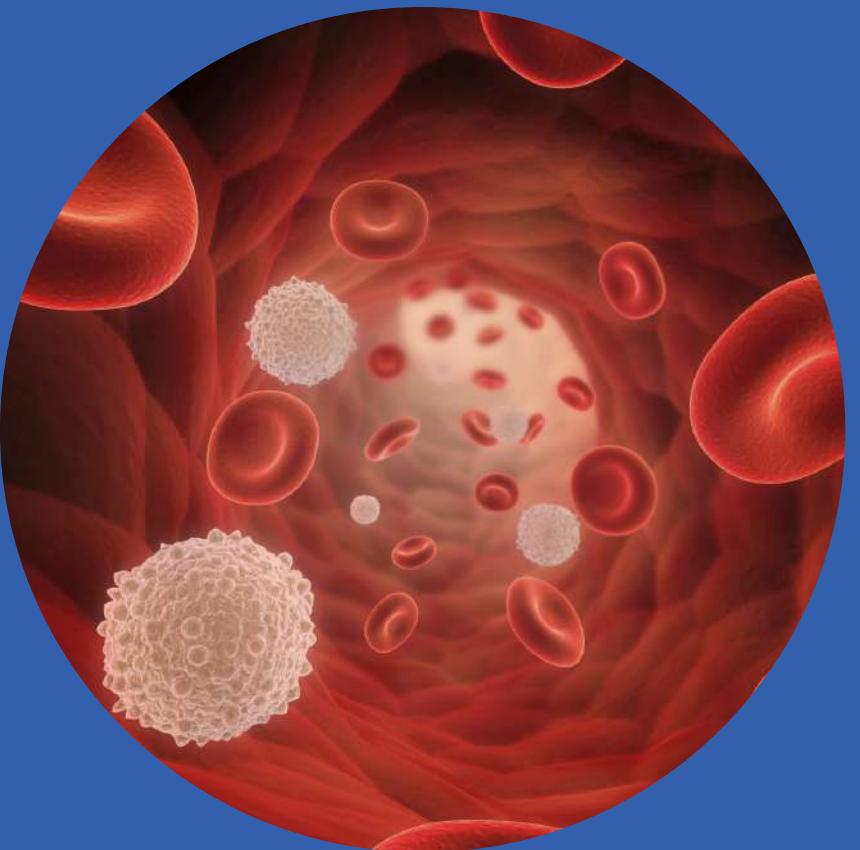
Симптомы второго порядка:

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

При аусcultации:

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

Лабораторная оценка



Лейкоцитоз/
тромбоцитопения



Креатинин,
мочевина



СРБ,
прокалъцитонин

Дифференциальный диагноз

Острый бронхит

- Меньше влияет на жизненные показатели
- Нет признаков сепсиса, изменения сознания
- Нет признаков консолидации при аусcultации

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

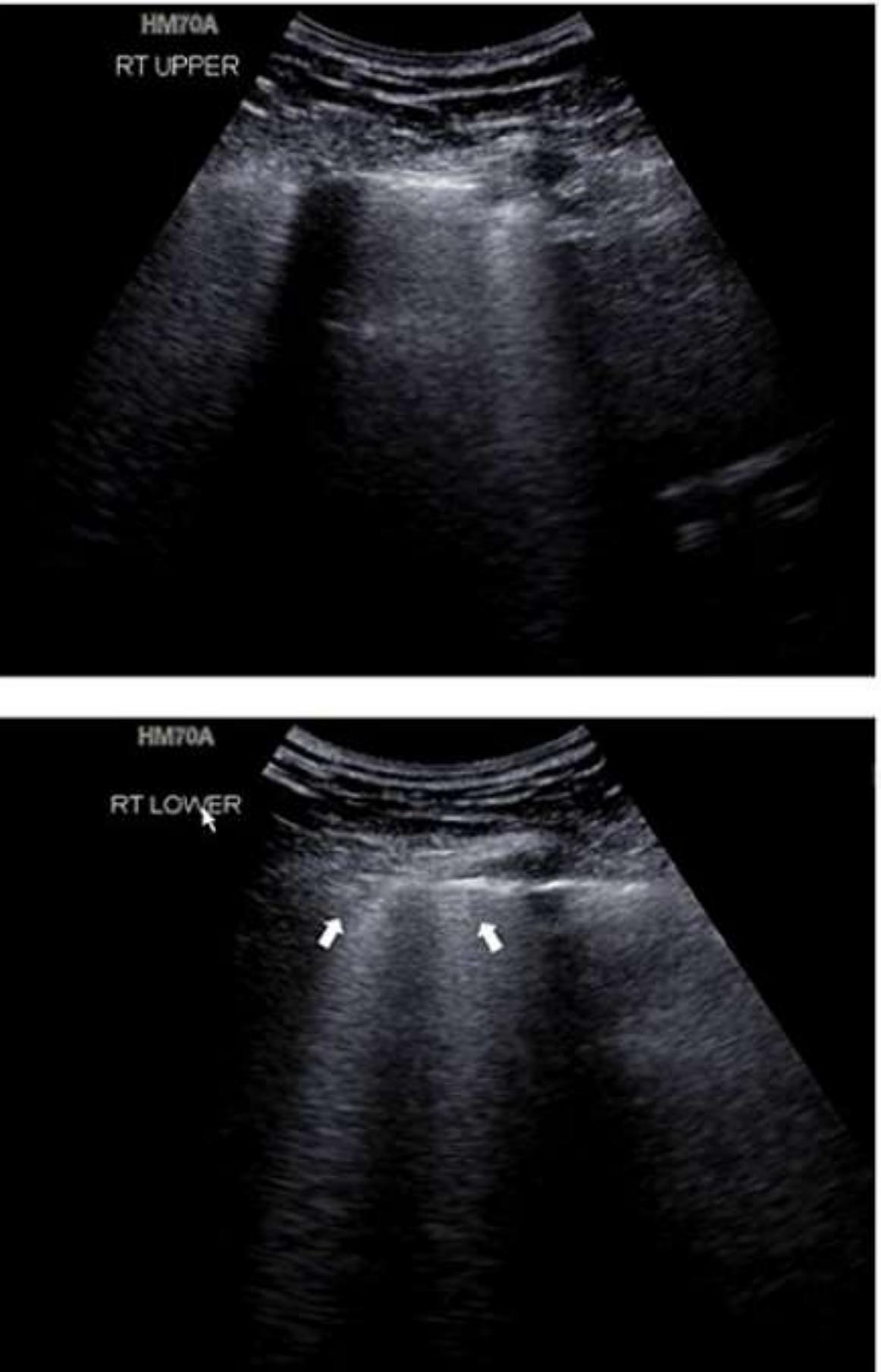
СН с отеком
легких

- 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 проакальцитонина (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 применяющие антибиотики:

- ➊ 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
- ➋ Для пациентов с легкими неиммуноглобулиновыми (Ig)Е-опосредованными реакциями на пенициллин (например, макулопапулезная сыпь) или известной толерантностью к цефалоспоринам 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 IgЕ-опосредованными реакциями (например, крапивница, ангионевротический отек, анафилаксия) или тяжелыми отсроченными реакциями следует избегать эмпирического применения цефалоспоринов

Антибиотикотерапия

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

- ERS предлагает амоксициллин-claveуланат 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 антибактериальной терапии

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!

Хинолоны / фторхинолоны

(классификация хинолонов по Quintilliani R. и соавт., 1999)

| I поколение нефторированные | II поколение «грамотрица- тельные» | III поколение «респираторные» | IV поколение «респираторные» + «антианаэробные» |
|--|--|---|---|
| Налидиксовая к-та (Невиграмон, Неграм) Оксолиниевая к-та (Грамурин) Липемидиевая к-та (Палин) | <ul style="list-style-type: none">Ципрофлоксацин (Цифран, Ципробай)Норфлоксацин (Номицин)Эноксацин (Эноксор)Офлоксацин (Таривид)Пефлоксацин (Абактал)Ломефлоксацин (Максакин)Флероксацин (Хинодис) | <ul style="list-style-type: none">Левофлоксацин (Таваник)Спарфлоксацин | <ul style="list-style-type: none">МоксифлоксацинТровафлоксацин |

Ограниченнaя 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 ≥ 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

