



А. Л. ВЁРТКИН

ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ

РУКОВОДСТВО ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ВРАЧЕЙ



А. Л. ВЁРТКИН

ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ



МОСКВА
2016

Все права защищены. Книга или любая ее часть не может быть скопирована, воспроизведена в электронной или механической форме, в виде фотокопии, записи в память ЭВМ, репродукции или каким-либо иным способом, а также использована в любой информационной системе без получения разрешения от издателя. Копирование, воспроизведение и иное использование книги или ее части без согласия издателя является незаконным и влечет уголовную, административную и гражданскую ответственность.

Аркадий Львович Вёрткин — руководитель Региональной общественной организации содействия развитию догоспитальной медицины «Амбулаторный врач» и Национального научно-практического общества скорой медицинской помощи, заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи Московского государственного медико-стоматологического университета имени А.И. Евдокимова

Елена Адамовна Прохорович — доктор медицинских наук, профессор кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Сергей Владимирович Недогода — заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой терапии и эндокринологии Волгоградского медицинского университета (ВолГМУ)

Оралбекова Жанар Мейрамовна — к.м.н., ассистент кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Санина Татьяна Николаевна — доцент кафедры терапии и эндокринологии ВолГМУ

Фролов Максим Юрьевич — к.м.н., ассистент курса клинической фармакологии ВолГМУ, **Цома Вера Владимировна** — к.м.н., ассистент кафедры терапии и эндокринологии ВолГМУ

Вёрткин, Аркадий Львович.

B35 Внебольничная пневмония / А.Л. Вёрткин. — Москва : Издательство «Э», 2016. — 144 с. — (Врач высшей категории).

В настоящее время, несмотря на доступность высокотехнологичных методов обследования и эффективных антимикробных средств, отмечается рост числа больных с тяжелым течением и неблагоприятным прогнозом внебольничной пневмонии (ВП).

Так, по данным патологоанатомической службы взрослой сети лечебно-профилактических учреждений города Москвы, за последние годы ВП была причиной смерти почти в 10% случаев. Столь высокая частота осложненного течения ВП обусловлена такими факторами, как возраст больных, их коморбидность, поздняя диагностика и ошибочная терапия на амбулаторном этапе и др.

Практическое руководство А.Л. Вёрткина и соавторов будет полезно в первую очередь терапевтам, врачам общей практики и специалистам, ведущим амбулаторный прием.

**УДК 616.2
ББК 54.12**

Научное издание

ВРАЧ ВЫСШЕЙ КАТЕГОРИИ

Вёрткин Аркадий Львович

ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ

Директор редакции **Е. Каптьев**. Руководитель группы **О. Шестова**
Выпускающий редактор **Ю. Цурихина**. Художественный редактор **Е. Мишина**

ООО «Издательство «Э»

123308, Москва, ул. Зорькин д. 1. Тел: 8 (495) 411-68-86.

Финансир. — АО «Бизнес-информатика», 125080, Москва, Речной, Зерле шоссе, 1/ул.

Тел: 8 (495) 411-68-86.

Тираж 500 экз. — Э

Казанский Республиканский дистрибуторский центр «Большая ярмарка-палаточная» (областные филиалы)

офис «РДЦ-Алматы» ЖШС, Алматы к. Дибирской кыш., 3-кв., литер В, офис 1.

Тел: 8 (727) 261-08-88/00/98-92; факс: 8 (727) 261-58-32; ил. 107.

Финанс. издательский меркантиль-центр.

Сертификация туралы ақпарат: сайты Финарди — Э

Сведения о подтверждении соответствия издания согласно законодательству РФ

о техническом регулировании можно получить на сайте Издательства «Э»

Финарди не является: Ресей

Сертификация қорғалмағаны.

ISBN 978-5-699-92688-6



9 785699 926886 >



ISBN 978-5-699-92688-6

Подписано в печать 06.10.2016. Формат 70x108^{1/32}.
Печать офсетная. Усл. печ. л. 6,3. Тираж экз. Заказ



© Коллектив авторов, текст, 2016
© ООО «Издательство «Э», 2016

ОГЛАВЛЕНИЕ

Ключевые слова и список сокращений	4
Введение	11
Рецензия	9
Вместо предисловия: больной с ВП на амбулаторном приеме у терапевта	13
Внебольничная пневмония: что мы знаем и что нам кажется, что знаем?	18
ВП: истины забывать нельзя	60
Пальпация	63
Перкуссия (выстукивание) легких	65
Аускультация (выслушивание) легких	66
Интрига поликлиники-2015: существующие клинические рекомендации по ведению пациентов с внебольничной пневмонией и реальная клиническая практика	73
Путеводитель по ВП	76
ВП как основное заболевание	76
ВП как осложнение соматической патологии («вторичная» ВП)	81
ВП как осложнение течения «сосудистых» болезней	87
ВП как осложнение течения ХОБЛ	100
ВП как осложнение течения алкогольной поливисцеропатии	108
ВП как осложнение злокачественных заболеваний	120
Примеры формулировок диагноза	129
Послесловие	132
Приложения	134

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА И СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД	— артериальное давление
АБТ	— антибактериальная терапия
АМП	— антимикробные препараты
ВП	— внебольничная пневмония
ДН	— дыхательная недостаточность
ИБС	— ишемическая болезнь сердца
ИВЛ	— искусственная вентиляция легких
ЛП	— лекарственные препараты
ОАК	— общий анализ крови
ОРИТ	— отделение реанимации и интенсивной терапии
СД	— сахарный диабет
СМП	— скорая медицинская помощь
СРБ	— С-реактивный белок
ТВП	— тяжелая внебольничная пневмония
ФР	— факторы риска

- ХАИ — хроническая алкогольная интоксикация
- ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких
- ЦВБ — цереброваскулярная болезнь
- ЧД — частота дыхания
- ЧСС — частота сердечных сокращений



ВВЕДЕНИЕ

Внебольничная пневмония продолжает оставаться одной из важнейших проблем в здравоохранении. По данным Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения Минздрава России в 2012 году в РФ было зарегистрировано 657 643 случая заболевания ВП. Однако истинная заболеваемость ВП в РФ согласно расчетам превышает ежегодно 1,5 млн человек.

Согласно клиническим рекомендациям по ВП, опубликованным в 2015 году, приблизительно каждый пятый пациент с данным заболеванием нуждается в стационарном лечении, в том числе каждый четвертый — в интенсивной терапии в реанимационном отделении. При этом летальность от ВП колеблется от 2–3% до 25%. В Европе и США доля госпитализированных больных с ВП составляет 6,6–16,7%, а летальность среди них достигает 21–58%.

хождению клинического и патологоанатомического диагнозов при ВП (рис. 2 и 3). Так, в Москве он составил 25%, а в Санкт-Петербурге – 23,9%.

Особенности течения ВП, трудности диагностики и результаты лечения зависят от взаимодействия трех факторов.

Первый – снижение противоинфекционной защиты, полиморбидность и избыточный риск нежелательных действий и лекарственных взаимодействий при назначении АМП на фоне длительного приема других ЛП.

Второй – снижение терапевтической эффективности АМП в результате расширения спектра и роста резистентности ключевых возбудителей ВП.

Третий – профессиональная подготовка врача, имеющая во многих ситуациях определяющее значение.

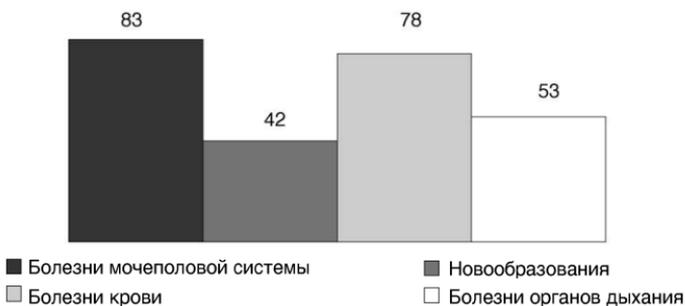


Рис. 2. Процент расхождений диагнозов у умерших на дому в Москве в 2010–2014 гг.

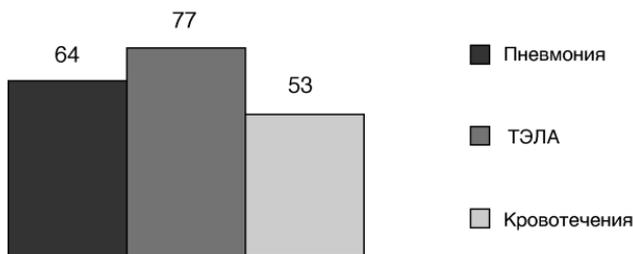


Рис. 3. Частота (%) нераспознанных при жизни основных смертельных осложнений у умерших на дому в Москве в 2010–2014 гг.

Развитие ВП на фоне или осложняющей течение коморбидной патологии существенно влияет на выживаемость, продолжительность стационарного лечения, сроки нетрудоспособности, характер и продолжительность медицинской реабилитации. Так, среди лиц старше 65 лет, госпитализированных с диагнозом ВП, в течение первого года после выписки летальность составляет 33%. Все это обуславливает важность проблемы ВП для клинической врачебной практики.

Авторы приносят благодарность заведующей отделением патологической анатомии городской клинической больницы им. С.И. Спасокукоцкого Департамента здравоохранения (ДЗ) города Москвы Астаховой О.И., а также сотрудникам поликлиники № 6 ГП № 6 ДЗ города Москвы к.м.н. Владимировой Н.Н. и Магомедовой А.Ю.

РЕЦЕНЗИЯ

Внебольничная пневмония — одна из самых распространенных во всем мире нозологий, имеющих неблагоприятный прогноз. Вместе с тем, обилие пациентов и высокая частота ассоциированных с ней состояний объективно делают заболевание предметом ежедневной практической деятельности врачей разных специальностей и, прежде всего, первичного звена.

Эта книга уже восьмая в серии: «Библиотека амбулаторного врача», которую уже на протяжении почти двух лет готовят сотрудники кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И. Евдокимова под руководством профессора Верткина А.Л. Предыдущие: «Фибрилляция предсердий», «Остеопороз», «Постинфарктный кардиосклероз», «Сахарный диабет», «Коморбидный пациент», «Анемия» и «Болезни щитовидной железы» уже заняли свои места на

полках домашней библиотеки терапевта поликлиники.

В поликлинику обращается огромное количество людей и, прежде всего, к терапевту, который в дефиците времени должен правильно выделить приоритеты, поставить диагноз и понять, как нужно лечить, с кем консультировать пациента, как следить за его состоянием.

Для этой цели и создана новая серия книг «Амбулаторный прием», призванная для помощи участковому терапевту разобраться с наиболее частыми ситуациями на приеме больных в поликлинике. Во всяком случае, мы на это надеемся.

Президент
Российского научного медицинского
общества терапевтов, академик РАН
Мартынов А.И.

ВМЕСТО ПРЕДИСЛОВИЯ: больной с ВП на амбулаторном приеме у терапевта

Больная М., 37 лет, домохозяйка. Периодически обращалась в поликлинику по поводу повышения АД, СД 2 типа, принимала диабетон, эналаприл. Уровень гликемии регулярно не контролировала. Злоупотребляет алкоголем. При очередном визите в поликлинику жалобы на повышение температуры тела до 39 °С, сухой редкий болезненный кашель, одышку при ходьбе. Все симптомы появились остро после переохлаждения. Врач заподозрил пневмонию, назначил ОАК, рентгенографию органов грудной клетки и рекомендовал амоксициллин клавуланат (амоксиклава) по 0,625 г. 2 раза в день. Однако по причине плохого самочувствия пациентка обследование не прошла, была дома и через 5 дней вызвала врача. Во время осмотра терапевт констатировал у больной лихорадку, усиление кашля и одышки, появление мокроты желтого цвета, а также выраженную

слабость, потливость и невозможность выполнять обычную работу по дому. Дополнительно к амоксициклу было рекомендовано добавить отхаркивающие препараты. В течение последующих суток состояние не улучшалось, пациентка вызвала «Скорую помощь» и была госпитализирована с диагнозом: острая левосторонняя пневмония. При осмотре в приемном отделении стационара: состояние тяжелое, температура тела 38,6 °С, кожа влажная, ЧД — 26 в минуту, при аускультации легких слева, начиная от угла лопатки, выслушиваются звонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧСС — 124 удара в минуту, АД — 90/40 мм рт. ст. Дежурный врач также констатировал наличие ожирения, увеличение печени, которая выступала на 3 см из-под правого реберного края, плотной консистенции, при пальпации безболезненная, уменьшение количества мочи в течение последних суток. Учитывая выраженную дыхательную недостаточность, гипотонию и олигурию, больная была госпитализирована в отделение реанимации. При обследовании выявлен лейкоцитоз 18 000, сдвиг лейкоцитарной формулы влево до 14% палочкоядерных лейкоцитов, гипергликемия 18 ммоль/л, гиперферментемия АСТ (60 Ед/л) и АЛТ (54 Ед/л), уровень креатинина — 146 ммоль/л, СКФ — 39 мл/мин/1,73м², кетонурия, SO² — 82% при дыхании комнатным воздухом. На рентгенограммах легких выявлена левосторонняя нижнедолевая пневмония. Количество баллов при оценке по шкале PORT 117 (прогностическая шкала тяжести ВП), что соответствует IV классу



риска и уровню летальности 8,2–9,3%, что наряду с коморбидностью дополнительно свидетельствовало о тяжести состояния. Была назначена антибактериальная терапия, дробное введение инсулина, вазопрессорная и инфузионная терапия, оксигенотерапия с последующим переводом больной на ИВЛ. Но, несмотря на проводимое лечение, через 11 часов больная скончалась.

Клинический диагноз:

- Основной: левосторонняя нижнедолевая пневмония.
- Фоновый: алкогольная поливисцеропатия, ожирение 2 степени, сахарный диабет 2 типа, стадия декомпенсации, артериальная гипертензия.
- Осложнения: интоксикация, ДН 3, острая почечная недостаточность, отек легких, отек головного мозга.

Патологоанатомический диагноз:

- Основной: левосторонняя нижнедолевая пневмония (выделена из легочной ткани *Klebsiella oxytoca*).
- Фоновый: хроническая алкогольная интоксикация. Мелкоузловой цирроз печени, хронический индуративный панкреатит. Общее ожирение. Сахарный диабет (клинически).
- Осложнения: общее венозное полнокровие. Гипертрофия миокарда. Отек головного мозга с дислокацией (рис. 4).

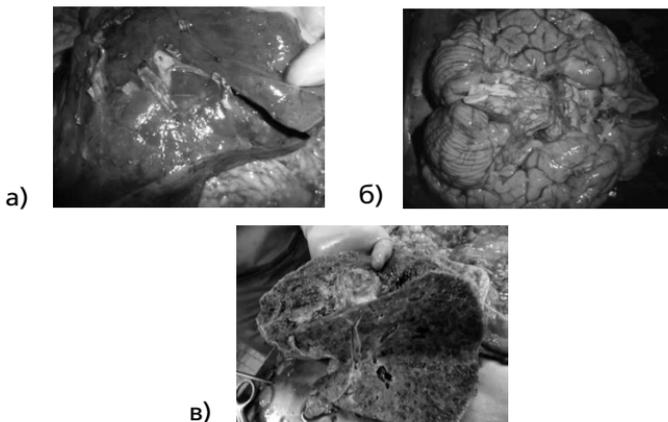


Рис. 4. Данные патологоанатомического исследования: а) пневмония; б) отек головного мозга; в) цирроз печени

Еще одна пациентка 42 лет, работает преподавателем в вузе, пришла на прием к участковому терапевту с жалобами на повышение температуры тела до 38 °С, озноб, потливость, кашель с небольшим количеством слизистой мокроты. В анамнезе повышение АД, принимает периндоприл, индапамид. Заболела остро накануне после переохлаждения. Врач поставил диагноз пневмонии, что подтвердилось при рентгенологическом исследовании (инфильтративные изменения в нижней доле правого легкого). ЧД — 20 в минуту, АД — 140/80 мм рт. ст., лейкоцитоз 15 000. Был рекомендован домашний режим, прием амоксициклава по 1,0 г 2 раза в день. Через 2 дня при повторном ви-



зите к врачу отмечены улучшение самочувствия, положительная клиническая динамика в виде снижения температуры до субфебрильных цифр по вечерам, прекращения кашля, уменьшения аускультативных симптомов. Прием амоксиклава был продолжен до 7 дней. Через 10 дней самочувствие больной было хорошим, отмечена стойкая нормализация температуры тела, отсутствие аускультативных симптомов пневмонии, возвращение трудоспособности.

Итак, приведенные клинические примеры наглядно демонстрируют возможность различных клинических вариантов течения ВП, необходимость дифференцированного подхода к выбору тактики ведения пациентов. В первом случае заболевание развивается на фоне хронической алкогольной интоксикации и сахарного диабета, что подразумевает наличие вторичного иммунодефицита, полиорганной недостаточности и риска инфекции, вызванной Г-микроорганизмами. Однако при первом обращении в поликлинику врач недооценил эти ФР развития тяжелого течения ВП и тяжесть состояния больной, не обсудил возможность госпитализации и если сам выбор АМП оправдан, то доза недостаточная. Повторный визит был выполнен с опозданием, врач

не обратил внимание на отсутствие эффекта от ранее назначенного лечения, не оценил тяжесть состояния и показания к госпитализации.

Во втором случае у больной отсутствовали ФР тяжелого течения и неблагоприятного исхода пневмонии, назначенная терапия была оценена в рекомендованный срок и была эффективна.

Таким образом, у всех пациентов при обращении в поликлинику с клиническими проявлениями ВП (лихорадка, кашель, выделение мокроты, одышка и боли в грудной клетке) врач обязан оценить тяжесть состояния, выполнить простые исследования (общий анализ крови и рентгенографию органов грудной клетки), определить тактику ведения в соответствии с рисками и коморбидностью: госпитализация или амбулаторное наблюдение в полном соответствии с международными и отечественными рекомендациями. Недоучет этих положений приводит к ошибкам в диагностике и как следствие — неэффективной догоспитальной антибактериальной терапии и становится причиной развития легочных и внелегочных осложнений у большинства больных ВП.



ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ: ЧТО МЫ ЗНАЕМ СЕГОДНЯ, а ЧТО НАМ КАЖЕТСЯ, ЧТО ЗНАЕМ

ВП – острое заболевание, возникшее во внебольничных условиях (вне стационара или не ранее 4-х недель после выписки, или диагностированное в течение первых 48 часов после госпитализации, или у пациентов, находящихся в домах престарелых/интернатах не более 14 суток, и сопровождающееся появлением симптомов инфекции нижних отделов дыхательных путей (лихорадка, кашель, выделение мокроты, возможно гнойной, боль в грудной клетке, одышка) и рентгенологическими признаками «свежих» очагово-инфильтративных изменений в легких при отсутствии очевидной диагностической альтернативы.

Поражения легких, обусловленные воздействием физических, химических факторов, имеющих аллергическое или сосудистое происхо-

ждение, согласно Международной классификации болезней, травм и причин смерти X (1992), исключены из рубрики «пневмонии».

Поражения легких, вызванные облигатными патогенными бактериями или вирусами, рассматриваются в рамках соответствующих инфекционных заболеваний.

В МКБ-Х представлена этиологическая классификация ВП. Однако использование ее в практической работе не представляется возможным, так как в большинстве случаев (50–70%) этиологический диагноз вследствие ряда причин (непродуктивного кашля, отсутствие возможности для микробиологического анализа или его недостаточная информативность из-за предшествующего приема антибактериальных препаратов) установить затруднительно. Более того, не всегда удастся достоверно выявить микрофлору, или обнаруженные микроорганизмы могут не являться возбудителем ВП у данного больного. Возбудителем считается микроорганизм, содержание которого превышает 1 млн микробных тел в 1 мл мокроты (10×6), а для грибов — более 10 млн.

Традиционно в нашей стране применяются термины «**первичные**» (очаговые тяжелые бронхопневмонии, долевые, микоплазменные, болезнь легионеров и др.) — при отсутствии





у больного какого-либо заболевания бронхолегочной системы, других органов и систем, способствующих развитию заболевания, и **«вторичные»** ВП — при наличии у больного заболевания бронхолегочной системы, других органов и систем, которые могут способствовать развитию пневмонии, а также гипостатическая, послеоперационная, аспирационная, уремиическая и др.

Морфологические проявления ВП зависят от возбудителя, иммунного статуса организма, особенностей воспалительной реакции и объема поражения легочной ткани. При этом наблюдают полнокровие сосудистой стенки, которое способствует быстрому накоплению в альвеолах эритроцитов, нейтрофилов, фибрина. В некоторых случаях возникает некроз ткани с формированием абсцесса, отграничивающегося грануляционной тканью и макрофаги.

Среди ВП выделяют долевые (крупозная, лобарная, фибринозная плевропневмония), бронхопневмонии (очаговая, очагово-сливная) и интерстициальные (межуточные пневмонии, «атипичная» пневмония). К атипичной пневмонии относятся микоплазменные, хламидийные, болезнь легионеров.

По распространенности ВП делятся на одно- и двусторонние, очаговую (ацинарная, лобуляр-

ная, милиарная), очагово-сливную, сегментарную, полисегментарную, долевою, тотальную.

Бронхопневмонию (очаговую, очагово-сливную) чаще относят к вторичным пневмониям, и ее в соответствии с требованиями МКБ-10 следует указывать в рубрике «осложнение основного заболевания». Исключение составляют те случаи пневмонии, которые расцениваются как проявление основного заболевания, в частности, при вирусной инфекции у новорожденных и у лиц старческого возраста.

Долевая пневмония (крупозная, лобарная, плевропневмония, фибринозная) всегда является основным заболеванием. В настоящее время патоморфоз крупозной пневмонии привел к изменению стадийности и длительности процесса (стадии прилива в первые часы или сутки, красного опеченения — на 2-е сутки, серого опеченения — на 3–6-е сутки и разрешения — на 7–11-е сутки).

Долевою ВП необходимо дифференцировать с вторичными фибринозными пневмониями, нередко сочетающихся с фибринозным плевритом, которые развиваются при хронической почечной недостаточности на фоне уремии. Эти так называемые «уремические» пневмонии являются вторичными (компенсаторные и эволюционно закрепленные очаговые пневмонии с резко повышенной проницаемостью).