

ДОБАВЛЕНИЯ
проф. Лещенко И.В.

Клинические рекомендации «Внебольничная пневмония»

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Подозрение на пневмонию (рекомендации для врача поликлиники, ОВП, приемного покоя ЛПУ) [1]:

1. При повышении T тела 38°C и выше без признаков инфекции ВДП в сочетании с жалобами:

- на кашель
- одышку (ЧД 20/мин и выше),
- отделение мокроты особенно с кровью
- и/или при появлении боли в грудной клетке при глубоком вдохе.

2. При ОРВИ, если повышенная температура ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$)

- сохраняется более 4-х суток, сопровождается кашлем с мокротой,
- локальными изменениями физикальных данных над легочными полями,
- появлением болей в грудной клетке при дыхании,
- симптомами интоксикации (снижение или потеря аппетита, повышенная утомляемость, снижение работоспособности, потливость).

I. Оценка тяжести и критерии неотложной госпитализации пациентов с клиническими признаками (подозрением) ВП в амбулаторных условиях: на дому, в офисе ОВП, в поликлиническом отделении (если общий анализ крови и рентгенологическое исследование недоступны в день осмотра пациента)

Оценка по шкале CRB-65 или наличии одновременно 2-х объективных показателей, один из которых ЧД $> 20/\text{мин}$ в сочетании с $T > 38^{\circ}\text{C}$ или $< 36^{\circ}\text{C}$ или ЧСС $> 90/\text{мин}$. (если оценка количества лейкоцитов недоступна при первичном обследовании больного). Оценка по шкале CRB-65 или объективным показателям должны толковаться в сочетании с клиническими данными.

Таблица. Алгоритм ведения больных с предполагаемым диагнозом «Пневмония» [1]

§1. Пациенты с оценкой по шкале CRB-65 = 0 баллов и <u>отсутствием объективных показателей</u> : <ul style="list-style-type: none">• ЧД $< 20/\text{мин}$. в сочетании с• $T < 38^{\circ}\text{C}$ или $> 36^{\circ}\text{C}$• или ЧСС $< 90/\text{мин}$.• $\text{SpO}_2 \geq 95\%$	Течение ВП оценивается, как не-тяжелое Условие лечения: амбулаторное*
§2. Пациенты с оценкой по шкале CRB-65 = 0 баллов и <u>отсутствием объективных показателей указанных в §1</u> , но с сопутствующей патологией (СД, ХСН, ХОБЛ, ХПН, ХПеч.Н, иммуносупрессия, злокачественные заболевания) или социальными обстоятельствами	Течение ВП оценивается, как не-тяжелое Условие лечения: Направление в круглосуточный стационар**
§3. Пациенты с оценкой по шкале CRB-65 = 0 баллов и <u>наличием одновременно 2-х</u> из пере-	Течение ВП предварительно оценивается, как тяжелое

численных показателей: <ul style="list-style-type: none"> • ЧД > 20/мин • и Т > 38°C или < 36°C • или ЧСС > 90/мин. • SpO2 < 95% 	Направление на госпитализацию в неотложном порядке бригадой СМП
§4. Пациенты с оценкой по шкале CRB-65 = ≥1 балл (за исключением возраста ≥ 65 в качестве единственного критерия)	Течение ВП оценивается, как тяжелое/жизнеугрожающее Направление в неотложном порядке бригадой СМП

*При принятии решения о лечении пациента в домашних условиях, должны быть приняты во внимание социальные обстоятельства и желание пациента. Лечащий врач (в амбулаторной карте) указывает критерии, на основании которых было принято решение о лечении пациента в домашних условиях:

**При направлении на госпитализацию лечащий врач (в амбулаторной карте и в направлении в документ) указывает критерии, на основании которых принято решение о госпитализации больного с подозрением на пневмонию или установленным диагнозом «Пневмония».

II. Оценка тяжести состояния пациента ВП и критерии госпитализации в приемном покое круглосуточного стационара/

1. В приемном покое госпитального учреждения у пациента с подозрением на пневмонию определяются:

- температура тела,
- частота дыхания,
- частота сердечных сокращений
- артериальное давление,
- рентгенография органов грудной клетки в 2-х проекциях,
- насыщение кислородом капиллярной крови (SpO₂) (чрескожная пульсоксиметрия),
- анализ периферической крови с определением числа лейкоцитов и (при возможности лейкоцитарной формулы)

Диагноз «пневмония» подтверждается (если не установлен на догоспитальном этапе)

2. При величине SpO₂ ≤ 88% в неотложном порядке консультация реаниматолога.

3. Пациенты с оценкой по шкале CRB-65 = 0 и не имеющих критериев синдрома СВР - низкий риск смерти, нетяжелое течение ВП, обычно не нуждаются в госпитализации по клиническим показаниям. Эти пациенты могут лечиться в домашних условиях. Врачом приемного покоя оформляется вызов врача на дом.

4. Обязательной госпитализации в круглосуточный стационар, ОРИТ подлежат пациенты, подверженные высокому риску смерти, состояние которых расценивается как тяжелое.

5. Немедленной госпитализации в ОРИТ подлежат больные с тяжелой ВП, осложненной полногранной недостаточностью и/или септическим шоком.

Таблица. Частота клинических осмотров больного пневмонией участковым терапевтом [1]

Посещение 1	Посещение 2	Посещение 3	Посещение 4
При обращении	Через 2-3-е суток анти-	Через 7-10 дней анти-	Через 14-16

нии к врачу, постановка диагноза (клинически), определение тяжести состояния больного и показаний для амбулаторного лечения	бактериальной терапии: клиническая оценка эффективности лечения (улучшение самочувствия, снижение или нормализация температуры), оценка рентгенологических данных и анализа крови.	бактериальной терапии для решения вопроса об отмене антибиотиков или продолжении лечения (антибиотики продолжают в течение 3-х суток после нормализации температуры тела).	суток от начала лечения для решения вопроса о трудоспособности больного.
---	--	--	--

PS! В клинических рекомендациях по внебольничной пневмонии должны быть учтены данные локальной резистентности респираторных патогенов к антибиотикам

КОММЕНТАРИИ и ДОБАВЛЕНИЯ (см. жирный шрифт)

Стр. 14. Смертность в 2017 г. составила 17,1 на 100 тыс. населения

Стр. 15.

Классификация

Добавить: Пневмония по тяжести определяется, как нетяжелая и тяжелая.

Определение: Тяжелая ВП – это особая форма заболевания, характеризующаяся выраженной дыхательной недостаточностью (ДН), как правило, в сочетании с признаками сепсиса *и/или* органной дисфункции.

Комментарий: «Как правило», *те может и не быть при тяжелой ВП признаков сепсиса и органной дисфункции.*

Согласен! В этом случае предлагаю выделять:

- ВП тяжелая (синдром СВР* есть) – неотложная госпитализация в общетерапевтическое/пульмонологическое отделение
- ВП тяжелая с органной дисфункцией /или септическим шоком – неотложная госпитализация в ОРИТ.

* Критериями синдрома СВР является наличие 2-х или более следующих критериев [3, 4]:

- температура тела выше 38°C или меньше 36°C;
- ЧСС более 90 ударов в минуту
- ЧД более 20 вдохов в минуту или уровень PaCO₂ ниже 32 мм рт.ст.
- число лейкоцитов периферической крови (>12x10⁹/л или <4x10⁹/л или >10% палочкоядерных форм).

Синдром СВР является неспецифическим синдромом и определяется, как клинический ответ на неспецифические повреждения, имеющие инфекционное или неинфекционное происхождения. Синдром СВР применяется при ВП или подозрении на ВП в качестве дополнительного критерия оценки тяжести заболевания.

Стр. 16.

Пациенты с ВП часто жалуются на немотивированную слабость, утомляемость, ознобы, сильное потоотделение по ночам. **Добавить:** потеря аппетита

Стр. 20

Образец свободно отделяемой мокроты должен быть получен у всех пациентов с продуктивным кашлем в как можно более ранние сроки с момента госпитализации и до начала АБТ [].

Комментарий: «не у всех», а «у больных с тяжелой ВП» (госпитализируются не только с тяжелой ВП, но с нетяжелой)! Иначе Роспотребнадзор замучает санкциями.

Примеры формулировки диагноза при ВП:

Правосторонняя пневмония в нижней доле (S10), нетяжелое течение. ДН 0.

Правосторонняя полисегментарная пневмония в нижней доле (S8-10), тяжелое течение. ДН I.

Правосторонняя полисегментарная пневмококковая пневмония в средней и нижней долях (S 5, 6, 8-10), тяжелое течение с ПОН и септическим шоком. ОРДС, ОДН II.

Стр. 21.

При тяжелой ВП, (для больных в ОРИТ с ВП с ПОН и септическим шоком), объем микробиологических исследований должен быть расширен и дополнительно включать

Культуральное исследование двух образцов венозной крови

Соответствующие изменения на стр. 72, строка 8.

Комментарий:

По данным ОРИТ МО «Новая больница» в 2017 году пролечено 88 больных с тяжелой ВП, из них с септическим шоком 20.

Культуральное исследование венозной крови проведено у 17 больных с ВП с септическим шоком в ОРИТ, получен (+) результат только у 2-х больных.

Стр.29

Добавить таблицу

Таблица

Критерии диагноза внебольничной пневмонии

Критерии	Р-графические признаки	Физикальные признаки	Острое начало, T>38°C	Кашель с мокротой	Лейкоцитоз >10x10 ⁹ /л или п/я сдвиг > 10%
Диагноз					
Определенный	+	Наличие любых двух критериев			
Неточный/неопределенный	-	+	+	+	+/-
Маловероятный	-	-	+	+	+/-

Стр. 31

Комментарий:

В оценке тяжести ВП предлагаю дополнительно использовать **синдром СВР**.

Обоснование. Применение критериев IDSA/ATS, определяющие показания к госпитализации в ОРИТ, приведет к недооценке неблагоприятного прогноза и несвоевременной госпитализации больных в ОРИТ.

Например:

У больного с ВП ЧДД = 26/мин, (<30/мин), Т тела 38,5°C, заторможен, те формально, один «малый» признак нарушение сознания - «заторможенность»; SpO2=90%, - (прямых показания для ИВЛ нет). РаО₂/FiO₂ в ЛПУ не определяют. Но есть синдром СВР и ПОН - нарушение по 2-м системам - дыхательной и церебральной. Формально показаний для

госпитализации в ОРИТ нет ни по критериям IDSA/ATS, ни по CRB-65, но по критериям SIRS с ПОН – есть.

Стр. 46

Таблица 10.

Строка 1-я в таблице 10. «Нетяжелая ВП у пациентов без сопутствующих заболеваний, не принимавших за последние 3 мес АМП ≥ 2 дней и не имеющих других факторов»

- **Добавить в разделе «группы»** - сноску: **«предпочтительна ступенчатая терапия. При стабильном состоянии пациента допускается сразу назначение препаратов внутрь»**
- **В разделе «Препараты выбора»** - добавить **«Амоксициллин, внутрь»,**
- **В разделе «Альтернатива»** **добавить: ЦС III поколения (цефотаксим, цефтриаксон) в/в, в/м – со Step down на амоксициллин или цефдиторен внутрь.**
- **РХ (левофлоксацин, моксифлоксацин, в/в, внутрь)**
- **Показаний для ИЗП для больных указанных в строке 1 нет.** Подтверждение см. табл. 12.

Комментарий: В данной группе наиболее вероятный возбудитель ВП *S. pneumoniae* пенициллин-чувствительные штаммы. **Цитата из стр. 11:** «Факторами риска выявления ПРП являются возраст старше 65 лет, недавняя (<3 мес.), терапия β -лактамами АМП, серьезные хронические сопутствующие заболевания, алкоголизм, иммунодефицит или иммуносупрессивная терапия, тесный контакт с детьми, посещающими дошкольные учреждения» (те пациенты не относятся к больным в строке 1., в которой рекомендуется ИЗП).

Стр. 54.

Название Таблица 13. Рекомендуемые дозы АМП и противовирусных препаратов у больных ВП с нормальной функцией печени и почек (**Комментарий** указаны и противовирусные препараты)

Литература:

1. Территориальный стандарт МЗ Свердловской области: Клинико-организационный алгоритм ведения больных с внебольничной пневмонией. Методические рекомендации / под общей ред. А.Г. Чучалина. - М. : Эликон-Дизайн, 2012. - 70 с.
2. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Козлов Р.С., Тюрин И.Е. Рачина С.А. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. Пособие для врачей. М., 2010.
3. Bone RC, Balk RA, Cerra FB. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. The ACCP/SCCM Consensus Conference Committee. American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine. *Chest*. 1992;101:1644-1655. [[Medline](#)].
4. Bone R.C. Toward an Epidemiology and Natural History of SIRS. *JAMA* 1992; 268: 3452-3455.