



**ВЕДЕНИЕ БОЛЬНОГО
ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ
ПНЕВМОНИЕЙ
В АМБУЛАТОРНЫХ
УСЛОВИЯХ**

**Правительство Москвы
Департамент здравоохранения города Москвы**

Согласовано
Председатель бюро
Ученого совета
Департамента здравоохранения
города Москвы
Л.Г. Костомарова

Утверждаю
Первый заместитель
руководителя
Департамента здравоохранения
города Москвы
Н.Ф. Плавунов

**ВЕДЕНИЕ БОЛЬНОГО
ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ
В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

Методические рекомендации № 3

**Главный внештатный
специалист-пульмонолог
Департамента здравоохранения
города Москвы
А.С. Белевский**

Москва
2014

Учреждение-разработчик: Департамент здравоохранения города Москвы,
ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Составитель: д.м.н., профессор А.С. Белевский

Рецензенты: главный внештатный специалист-терапевт Департамента здравоохранения города Москвы д.м.н., профессор В.П. Тюрин, главный внештатный специалист по инфекционным болезням Департамента здравоохранения города Москвы д.м.н., профессор Н.А. Малышев

Предназначение: для врачей-терапевтов и специалистов других специальностей, занимающихся лечением больных внебольничной пневмонией в амбулаторных условиях

Данный документ является собственностью
Департамента здравоохранения города Москвы
и не подлежит тиражированию и распространению
без соответствующего разрешения

Введение

Данные рекомендации предназначены для врачей-терапевтов и других специалистов, которые ведут пациентов с внебольничной пневмонией в амбулаторных условиях. Решения врача в отдельных случаях могут не совпадать с клиническими рекомендациями или выходить за их рамки в связи с особенностями клинического течения заболевания или характеристик пациента. При этом врач должен подробно изложить в медицинской документации обоснование принятого решения.

Данные клинические рекомендации основаны на клинических рекомендациях по диагностике и лечению внебольничной пневмонии 2010 г. под редакцией академика РАМН, профессора А.Г. Чучалина*.

Определение, основные возбудители и клиническая картина

Внебольничная пневмония – острое заболевание, возникшее во внебольничных условиях, т.е. вне стационара или не ранее 4 недель после выписки из него, или диагностированное в течение первых 48 часов от момента госпитализации, причем пациент не должен находиться в учреждении по уходу более 14 суток.

Заболевание сопровождается симптомами инфекции нижних дыхательных путей (повышение температуры тела, кашель, отделение мокроты, в том числе гнойной, возможно «ржавой», боль в грудной клетке, одышка) и рентгенологическими признаками свежей инфильтрации в легких при отсутствии другого явного диагноза.

Основным возбудителем внебольничной пневмонии является *S. pneumoniae*, также имеют значение «атипичные» возбудители: *M. pneumoniae* и *C. pneumoniae*. Другие возбудители (*H. influenzae*, *S. aureus*, *K. pneumoniae* и др.) встречаются реже и в основном у больных с тяжелыми хроническими заболеваниями.

Клиническая картина заболевания складывается из повышения температуры тела, респираторных симптомов (кашель, возможно

* Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Козлов Р.С. и др. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике (Пособие для врачей) // Клин. микробиол. и антимикроб. химиотер. 2010. Т. 12. № 3. С. 186–225.

продуктивный, боль в грудной клетке, ощущение одышки) и симптомов интоксикации – слабость, утомляемость, потоотделение. Наличие вышеуказанных симптомов (или некоторых из них) должно заставить заподозрить пневмонию. У пожилых лиц клиническая картина может быть иной и заключаться, например, только в немотивированной слабости или кашле и не сопровождаться выраженными симптомами болезни. При такой симптоматике необходимо предпринять усилия для исключения диагноза пневмонии.

Необходимые диагностические мероприятия для уточнения диагноза

- 1. Полноценное физикальное обследование.** Обследование пациента должно включать аускультацию всех полей легких, перкуссию, при необходимости определение голосового дрожания. Характерными признаками являются наличие фокуса влажных хрипов, бронхиальное дыхание, притупление перкуторного звука, усиление голосового дрожания в месте локализации инфильтрата. В ряде случаев характерная физикальная картина может отсутствовать, что, однако, при наличии респираторных симптомов не может быть поводом для исключения диагноза пневмонии.
- 2. Рентгенологическое обследование.** Диагноз пневмонии должен подтверждаться рентгенологически. Рентгенографию легких производят в прямой и правой боковой проекциях. Наличие инфильтративных изменений, расцененных как вновь возникшие, подтверждает диагноз пневмонии. Усиление легочного рисунка, локальное или диффузное, не является признаком бактериальной пневмонии. При амбулаторном ведении пациента в начале заболевания могут возникнуть затруднения в направлении больного в поликлинику для проведения рентгенографии грудной клетки в связи с изменениями в самочувствии. В этом случае решение о начале терапии принимается на основании клинической картины болезни. Контрольную рентгенографию грудной клетки следует проводить через 10–14 дней после начала заболевания. Рентгенография грудной клетки имеет пределы разрешающей способности, поэтому при наличии характерной клинической

картины и отсутствии инфильтрации в легких следует начать терапию и организовать проведение компьютерной томографии органов грудной клетки. Показаниями для последней являются следующие: а) отсутствует инфильтрация при рентгенографии при наличии типичной клинической картины; б) при наличии клинической картины пневмонии на рентгенограмме выявляются нетипичные изменения; в) пневмония рецидивирует в одном и том же участке легких.

- 3. Лабораторное и инструментальное обследование.** При установлении диагноза пневмонии следует провести клинический анализ крови, который необходимо повторить через 10–14 дней при наличии патологических изменений в первом анализе. При необходимости уточнения инфекционной природы заболевания или необходимости продолжения антибактериальной терапии следует определить в сыворотке крови С-реактивный белок. Другие лабораторные и инструментальные методы исследования должны применяться при необходимости, исходя из клинической картины и сопутствующих заболеваний.

Использование прогностической шкалы CRB-65

Для определения прогноза заболевания и определения места лечения необходимо оценить состояние пациента по шкале CRB-65 (табл. 1).

Показания для госпитализации (конкретизация, дополнение к стандартам по шкале CRB-65):

– наличие сопутствующих заболеваний (хронический бронхит с частыми обострениями, хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиальная астма неконтролируемая и/или тяжелого течения, хронические нагноительные заболевания легких, другие заболевания легких, сопровождающиеся хронической дыхательной недостаточностью, злокачественные новообразования, имеющие на период возникновения пневмонии клиническое значение, сахарный диабет, хроническая почечная недостаточность, застойная сердечная недостаточность, заболевания крови, хронический алкоголизм, наркомания, выраженный дефицит массы тела, це-

Таблица 1. Шкала CRB-65 и ее интерпретация

| Описание шкалы | |
|--|---|
| показатели | баллы |
| Нарушение сознания | 1 |
| Частота дыхания 30 в минуту и более | 1 |
| Систолическое АД менее 90 мм рт. ст. или диастолическое АД равно или менее 60 мм рт. ст. | 1 |
| Возраст старше 65 лет | 1 |
| Интерпретация показателей | |
| количество баллов | место лечения |
| 0 (или 1, только по возрасту) | Амбулаторно |
| 1–2 (за исключением 1, только по возрасту) | Требуется госпитализация |
| 3–4 | Требуется срочная госпитализация с указанием при вызове бригады скорой помощи на тяжелое состояние больного. Врач должен дожидаться бригады скорой помощи |
| Обозначения: АД – артериальное давление. | |

реброваскулярные заболевания, другие хронические заболевания, которые могут повлиять на течение болезни);

- частота сердечных сокращений более 100 в минуту;
- сатурация крови менее 93%;
- температура тела более 39°C;
- лейкоцитоз более $15 \times 10^9/\text{л}$;
- лейкопения менее $3 \times 10^9/\text{л}$;
- беременность.

Выбор антибактериальной терапии

Выбор антибактериальной терапии зависит от предполагаемого возбудителя. В амбулаторных условиях следует разделить пациентов по возрасту и сопутствующим заболеваниям (табл. 2).

Критерии эффективности антибактериальной терапии

Эффект от антибактериальной терапии следует ожидать на 2–3-й день лечения. Критериями эффективности являются улуч-

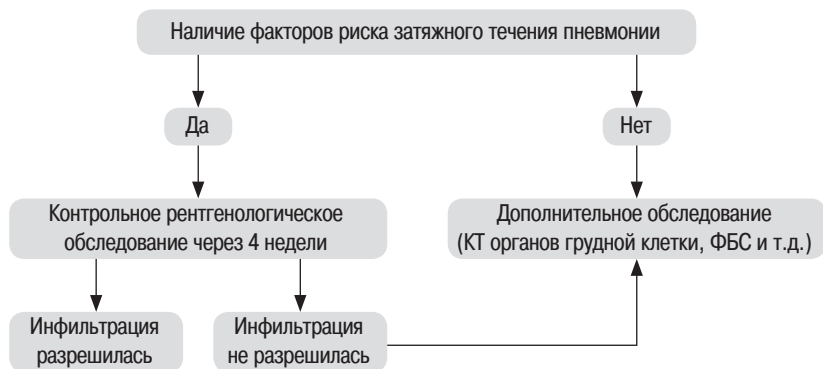
Таблица 2. Принципы выбора антибактериальной терапии

| Характеристика пациента | Возможный возбудитель | Рекомендуемый антибиотик |
|--|---|---|
| Пневмония у пациента без сопутствующих заболеваний и не принимавшего антибиотики за последние 3 месяца более 2 дней | <i>S. pneumoniae</i> <i>M. pneumoniae</i> <i>C. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i> | Амоксициллин внутрь или макролид внутрь |
| Пневмония у пациента с сопутствующими заболеваниями и/или не принимавшего антибиотики за последние 3 месяца более 2 дней | <i>S. pneumoniae</i> <i>C. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i> <i>S. aureus</i> <i>Enterobacteriaceae</i> | Амоксициллин/клавуланат + + макролид внутрь или амоксциллин/сульбактам ± ± макролид внутрь или респираторный фторхинолон (левофлоксацин, моксифлоксацин) внутрь или цефтриаксон или цефотаксим внутримышечно или внутривенно при невозможности терапии per os или предпочтении пациента ± макролид внутрь |

Таблица 3. Изменение режима антибактериальной терапии

| Препараты первой линии | Изменение терапии |
|----------------------------|---|
| Амоксициллин | Макролид |
| Амоксициллин/клавуланат | Макролид и/или респираторный фторхинолон |
| Амоксициллин/сульбактам | Макролид и/или респираторный фторхинолон |
| Макролид | Амоксициллин/клавуланат, или амоксициллин/сульбактам, или респираторный фторхинолон |
| Цефтриаксон или цефотаксим | Респираторный фторхинолон |

шение общего самочувствия и нормализация температуры. Антибактериальную терапию следует продолжать в течение 48–72 часов после нормализации температуры тела, но не менее 5 дней. Субфебрильная температура при улучшении клинической картины и положительной динамике на рентгенограмме не является показанием для продолжения антибактериальной терапии. При неэффективности антибактериальной терапии, оцениваемой к концу 2-го–на 3-й день лечения, следует проверить правильность выбо-



Алгоритм действий при медленном разрешении инфильтрации в легких. КТ – компьютерная томография, ФБС – фибробронхоскопия.

ра антибиотика. При неэффективности антибактериальной терапии, если состояние пациента не ухудшилось и не требуется госпитализация, следует придерживаться инструкции по изменению режима антибактериальной терапии, представленной в табл. 3.

Неантибактериальная терапия

При необходимости следует назначить пациенту муколитические и/или отхаркивающие препараты, при обструктивном синдроме – бронхолитическую терапию. Если пациент страдает хроническим заболеванием легких, надо оценить необходимость усиления базисной терапии.

Наблюдение за пациентом

Пневмония является заболеванием, потенциально угрожающим жизни пациентов. В связи с этим вне зависимости от начального состояния больного требуется тщательное наблюдение за течением заболевания. Неукоснительно соблюдайте правила, приведенные в алгоритме ниже.

Если инфильтрация в легких при контрольной рентгенографии разрешается медленно, необходимо следовать правилам, представленным на рисунке.

Факторы риска затяжного течения пневмонии:

- возраст старше 55 лет;

- алкоголизм;
- наличие тяжелых сопутствующих заболеваний;
- курение;
- неэффективность стартовой терапии.

Обстоятельства, не требующие продолжения антибактериальной терапии при снижении температуры тела, улучшении клинической симптоматики и достаточной продолжительности антибактериальной терапии, если нет особенностей течения болезни:

- субфебрилитет (37–37,5°C);
- остаточные изменения на рентгенограмме;
- сухой кашель;
- сохранение хрипов при аускультации;
- увеличение СОЭ;
- сохраняющаяся слабость, потливость.

Особые случаи

Пневмония в период вспышки респираторной вирусной инфекции. В период вспышки острой респираторной вирусной инфекции при клинической картине, соответствующей пневмонии, иногда нельзя с уверенностью исключить вирусное заболевание. Если принято решение оставить пациента дома, следует назначить ему также противовирусное лечение.

Пневмония у беременных. Беременную, у которой диагностирована пневмония, следует госпитализировать.

В каких случаях требуется консультация заведующего отделением и/или пульмонолога?

1. Клиническая картина заболевания имеет особенности, не укладывающиеся в типичную картину пневмонии.
2. Течение болезни, особенности пациента, имеющиеся у него сопутствующие заболевания предполагают иную схему терапии, отличную от указанной выше.
3. Неэффективность лекарственной терапии.
4. Необходимость дообследования пациента.
5. Отказ пациента от предлагаемых лечебно-диагностических мероприятий.

Алгоритм действий

1. Оценить, имеется ли клиническая картина, соответствующая внебольничной пневмонии, и занести полученные данные в амбулаторную карту.
2. Провести тщательное физикальное обследование и занести полученные данные в амбулаторную карту.
3. Подсчитать сумму баллов по шкале CRB-65 и занести показатель в амбулаторную карту.
4. Действовать согласно полученным баллам, а именно:

начать амбулаторное лечение, сообщить заведующему отделением о пациенте, при необходимости обеспечить транспортировку пациента в поликлинику и обратно для проведения рентгенографии грудной клетки, обеспечить проведение необходимых лабораторных исследований, посетить пациента на следующий день, при благоприятном течении – далее осматривать пациента через каждые 3 дня до выздоровления, обеспечить телефонный контроль за состоянием пациента 1 раз в день в течение всего периода сохранения развернутой клинической картины заболевания, отмечать результаты полученных по телефону данных в амбулаторной карте

ИЛИ

госпитализировать пациента, согласовав госпитализацию с заведующим отделением.

При необходимости следует посоветоваться с пульмонологом округа.

5. Оценить эффективность терапии к концу 2-го дня лечения.

6. При сохранении симптоматики поменять антибиотик согласно изложенным в табл. 3 рекомендациям; оценить, где пациент должен проходить дальнейшее лечение, в том числе по результатам повторного подсчета баллов по шкале CRB-65, с отметкой набранных баллов в амбулаторной карте.

7. При отсутствии эффекта от терапии и/или ухудшении состояния госпитализировать пациента, согласовав госпитализацию с заведующим отделением.

8. При благоприятном течении заболевания провести контрольную рентгенографию грудной клетки на 10–14-й день заболевания, а также контрольный клинический анализ крови. Дей-

Таблица 4. Перечень антибактериальных препаратов, их дозировки и дополнительные указания

| Препарат | Дозировка | Комментарии |
|--|--|---|
| Аминопенициллины | | |
| Амоксициллин | 0,5–1 г 3 раза в сутки per os | Независимо от приема пищи |
| Ингибиторозащищенные аминопенициллины | | |
| Амоксициллин/клавуланат | 625 мг 3 раза в сутки или 1–2 г 2 раза в сутки per os | Во время еды |
| Амоксициллин/сульбактам | 1 г 3 раза в сутки или 2 г 2 раза в сутки per os | Независимо от приема пищи |
| Макролиды (предпочтение отдается препаратам с улучшенными фармакокинетическими свойствами (азитромицин, кларитромицин) или с благоприятным профилем безопасности (джозамицин, спирамицин)) | | |
| Азитромицин | 0,5 г 1 раз в сутки per os | За 1 ч до еды |
| Кларитромицин | 0,5 г 2 раза в сутки per os | Независимо от приема пищи |
| Кларитромицин СР | 1 г 1 раз в сутки per os | Во время еды |
| Джозамицин | 1 г 2 раза в сутки или 0,5 г 3 раза в сутки per os | Независимо от приема пищи |
| Спирамицин | 3 млн. МЕ 2 раза в сутки per os | Независимо от приема пищи |
| Респираторные фторхинолоны | | |
| Левифлоксацин | 0,5 г 1 раз в день per os | Независимо от приема пищи. Одновременный прием препаратов, содержащих соли Mg, Ca и Al, ухудшает всасывание |
| Моксифлоксацин | 0,4 г 1 раз в день per os | – |
| Цефалоспорины | | |
| Цефтриаксон | 2 г 1 раз в сутки в/м или в/в | – |
| Цефотаксим | 2 г 2–3 раза в сутки в/м или в/в | – |
| Обозначения: в/в – внутривенно, в/м – внутримышечно. | | |

ствовать согласно приведенной выше схеме по ведению пациента с медленно разрешающейся пневмонией.

Средняя длительность антибактериальной терапии (табл. 4) составляет 5–7 дней, она может быть продлена до 10 дней. Рекомендуемая длительность применения азитромицина составляет 3 дня при возможном продлении терапии.

Для заметок
