

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В ПЕРИОД СЕЗОННОГО УВЕЛИЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОРВИ И ЭПИДЕМИИ ГРИППА 2019-2020 ГГ.

Мишланов Виталий Юрьевич,
заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней № 1
ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России,
главный внештатный специалист-пульмонолог Минздрава Пермского края, секретарь группы 01.04. m-
Health/e-Health Европейского респираторного общества, член Правления Российского респираторного
общества, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН

07.02.2020.

Внебольничная пневмония

- Острое заболевание, возникшее во внебольничных условиях – то есть вне стационара или позднее 4 недель после выписки из него, или диагностированное в первые 48 ч от момента госпитализации, или развившееся у пациента, не находившегося в домах сестринского ухода /отделениях длительного медицинского наблюдения > 14 суток, – сопровождающееся симптомами инфекции нижних отделов дыхательных путей (лихорадка, кашель, выделение мокроты, возможно гной, боль в грудной клетке, одышка) и рентгенологическими признаками «свежих» очагово-инфильтративных изменений в легких при отсутствии очевидной диагностической альтернативы.

Определение

- *Нозокомиальная (госпитальная, внутрибольничная) пневмония* – пневмония, развивающаяся через 48 и более часов после госпитализации, при отсутствии инкубационного периода на момент поступления больного в стационар

Клинические рекомендации

- Внебольничная пневмония, 2019
- МКБ 10: J13-J18
- Профессиональные ассоциации:
 - Российское респираторное общество
 - Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии
- Согласованы с Научным советом
Министерства Здравоохранения Российской Федерации

Критерии диагностики

- Появление на рентгенограмме «свежих» очагово-инфильтративных изменений в лёгких.
- Два из приведённых ниже признаков:
 - лихорадка $> 38,3$ °C;
 - бронхиальная гиперсекреция;
 - $PaO_2 / FiO_2 < 240$.
- Два из приведённых ниже признаков:
 - кашель,
 - тахипноэ,
 - локально выслушиваемые инспираторная крепитация,
 - влажные хрипы,
 - бронхиальное дыхание;
 - лейкопения ($< 4,0 \times 10^9 / л$) или лейкоцитоз ($> 12,0 \times 10^9 / л$),
 - палочкоядерный сдвиг ($> 10 \%$);
 - гнойная мокрота / бронхиальный секрет (> 25 полиморфно-ядерных лейкоцитов в поле зрения при малом увеличении – $\times 100$).

Возбудители

- *S.pneumoniae*,
- *M.pneumoniae*,
- *C.pneumoniae*,
- *H.influenzae*,
- респираторные вирусы,
- энтеробактерии,
- *S.aureus*,
- *L.pneumophila*

S. aureus чаще ассоциируется с развитием ВП у лиц пожилого возраста, в/в наркоманов, на фоне или после перенесенного гриппа;

P.aeruginosa – с муковисцидозом, бронхоэктазами, применением системных глюкокортикостероидов (ГКС) в фармакодинамических дозах, предшествующей длительной АБТ

Респираторные вирусы

- вирусы гриппа,
- коронавирусы,
- риносинцитиальный вирус (РС вирус),
- метапневмовирус человека,
- бокавирус человека

- Тяжелая ВП – это особая форма заболевания, характеризующаяся выраженной острой дыхательной недостаточностью (ОДН), как правило, в сочетании с признаками сепсиса и органной дисфункции

Инструментальная диагностика при ВП

- Лучевые методы исследования (рентгенография, компьютерная томография органов грудной полости),
- Пульсоксиметрия (SpO_2),
- Ультразвуковые исследования,
- Фибробронхоскопия,
- Электрокардиографическое исследование (ЭКГ).

Лабораторная диагностика

- Всем больным ВП рекомендуется:
 - развернутый общий анализ крови с определением:
 - эритроцитов,
 - гематокрита,
 - лейкоцитов,
 - тромбоцитов,
 - лейкоцитарной формулы

Лабораторная диагностика госпитализированным больным

- **Биохимический анализ крови** (мочевина, креатинин, электролиты, печеночные ферменты, билирубин, глюкоза, альбумин)
- **CRP**
- Исследование плевральной жидкости (определение pH, активности ЛДГ, содержания белка, цитологическое исследование)
- **Исследование газов артериальной крови**

Лабораторная диагностика госпитализированным больным

- Бактериоскопия и культуральное исследование респираторного образца - мокрота или трахеального аспирата (у пациентов, находящихся на ИВЛ)

Лабораторная диагностика госпитализированным больным

- Микробиологическая диагностика при ВП включает:
 - культуральное исследование мокроты и других респираторных образцов – трахеальный аспират (ТА), бронхоальвеолярный лаваж (БАЛ) и др.,
 - культуральное исследование венозной крови, экспресс-тесты по выявлению пневмококковой и легионеллезной антигенурии,
 - ПЦР-диагностику для выявления некультивируемых/трудно культивируемых бактериальных возбудителей и респираторных вирусов, иммуносерологические исследования

Лабораторная диагностика при тяжелой ВП

- Коагулограмма с определением протромбинового времени, МНО, АЧТВ.

Диагноз ВП является определенным при наличии у больного Ro подтвержденной очаговой инфильтрации легочной ткани и, по крайней мере, двух клинических признаков

- a) остро возникшая лихорадка в начале заболевания ($t^{\circ} > 38,0^{\circ}\text{C}$);
- b) кашель с мокротой;
- c) физические признаки (фокус крепитации/мелкопузырчатых хрипов, бронхиальное дыхание, укорочение перкуторного звука);
- d) лейкоцитоз $> 10 \cdot 10^9/\text{л}$ и/или палочкоядерный сдвиг ($> 10\%$).

Наиболее частые симптомы, выявляемые при первом контакте

Симптом	Количество (n=23)	%
Общая слабость	15	65,2
Лихорадка	14	60,9
Нарушение сознания	12	52,2
Головокружение	7	30,4
Боль в животе	7	30,4
Одышка	6	26,1
Боль в грудной клетке на вдохе	5	21,7
Тошнота/Рвота	4	17,4
Кашель	3	13
Гнойная мокрота	2	8,7

CURB-65 (2 балла)

- Нарушение сознания
- Повышение мочевины крови > 7 ммоль/л
- Снижение артериального давления $< 90/60$
- Частота дыхания > 30
- Возраст > 65 лет

Анализ летальных случаев

- 2 балла – 91,3% больных
- 3-4 балла – 47,8% больных

Формулировка диагноза

- Внебольничная пневмония:
 - Двухсторонняя полисегментарная,
 - Пневмококковая,
 - Тяжелое течение.
- Осложнение: ОДН 3 ст. (по гипоксемическому типу), миокардит, гепатит, ОЛЖН 1 ст.
- Соп.: ВИЧ 3 (латентная) стадии.

Нерекомендуемая схема оказания медицинской помощи



Рекомендуемая схема оказания медицинской помощи



Стартовая терапия нетяжелой внебольничной пневмонии

- Амоксициллин 0,5 per os 3 раза в день
- +
- Азитромицин 500 мг per os 1 раз в день

- Смена антибиотика в случае ухудшения состояния в течение 24 часов
- Смена антибиотика в случае неэффективности терапии в течение 72 часов
- +
- Противовирусная терапия: Осельтамивир + Ингавирин

Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым

№	Результат	Отметка
1	Выполнен осмотр врача-терапевта и/или врача-пульмонолога не позднее 20 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
2	Выполнена пульсоксиметрия не позднее 20 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
3	Выполнена консультация врача-анестезиолога-реаниматолога не позднее 30 минут от поступления в стационар (при нарушении сознания и/или частоте дыхательных движений более 30 в минуту и/или артериальном давлении менее 90/60 мм рт. ст. и/или сатурации менее 90%)	Да/Нет
4	Выполнена рентгенография легких в передней прямой и боковой проекциях не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
5	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
6	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови	Да/Нет
7	Выполнено бактериологическое исследование мокроты (при ее наличии) или трахеального аспирата с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам	Да/Нет
8	Выполнено введение первой дозы антибактериального лекарственного препарата не позднее 4 часов (не позднее 1 часа при сатурации менее 90%) от момента поступления в стационар	Да/Нет
9	Выполнено ингаляционное введение кислорода (при сатурации менее 90%)	Да/Нет
10	Достигнута стойкая нормализация температуры тела (снижение температуры тела ниже 37,5С в течение более чем 48 часов) на момент выписки из стационара	Да/Нет
11	Достигнут уровень лейкоцитов менее $9 \times 10^9/\text{л}$ на момент выписки из стационара (кроме пациентов, принимающих препараты группы системные глюкокортикостероиды)	Да/Нет
12	Достигнуто снижение уровня С-реактивного белка более чем на 25% от исходного значения на момент выписки из стационара	Да/Нет