

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.

В35 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»

125308, Москва, ул. Зорькин д. 1. Тел: 8 (495) 411-68-86.

Финансир. — АО «Бизнес-Информ», 125308, Москва, Речной. Зерле шоссе, 1/ул.

Тел: 8 (495) 411-68-86.

Тираж 1000 экз.

Качествен Республикаларда дистрибуция жана китепканалдар аркылуу тапшырылат

«Э» — «Э» Алматы, ЖШС, Алматы к., Дибирской кыш., 3-к., литер Б, офис 1.

Тел: 8 (777) 251-18-88/90/91/92, факс: 8 (777) 251-18-12

Өнүмдү жардамдык меркази шакталган.

Сертификаттар туралы маалымат сайты finan.ru

Свидетельство о подлинности издания согласно законодательству РФ

о терристорском регулировании можно получить на сайте Издательства «Э»

Финансир. компания: Речной

Сертификат: 00000000000000000000

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.

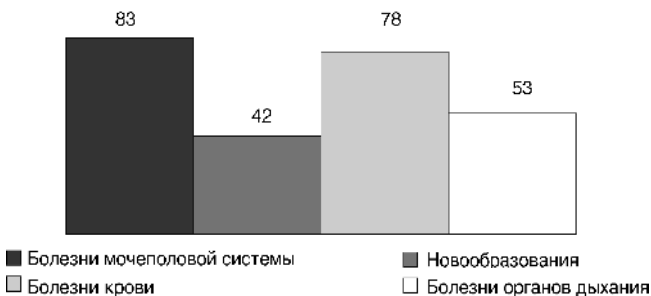


Рис. 2. Процент расхождений диагнозов у умерших на дому в Москве в 2010–2014 гг.

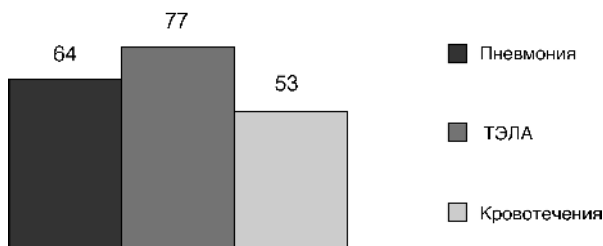


Рис. 3. Частота (%) нераспознанных при жизни основных смертельных осложнений у умерших на дому в Москве в 2010–2014 гг.

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).

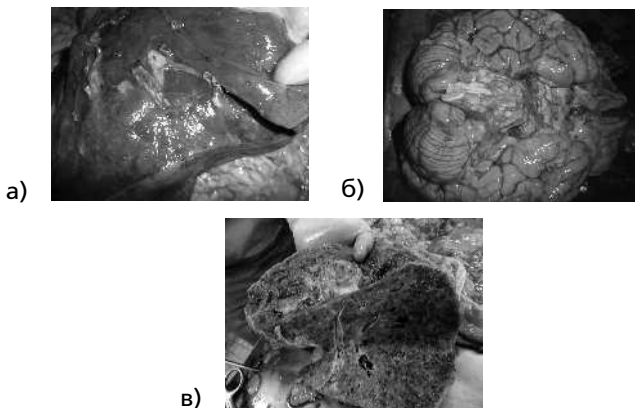


Рис. 4. Данные патологоанатомического исследования: а) пневмония; б) отек головного мозга; в) цирроз печени

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-

