

## КЛЮЧЕВЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ. ВЗГЛЯД ТЕРАПЕВТА

Дворецкий Л.И.

**В** данной статье обсуждаются ключевые вопросы диагностики внебольничной пневмонии, а также роль терапевта первичного звена и своевременность проведения рентгенологического исследования у больных пневмонией; предлагаются алгоритмы диагностического поиска при внебольничных пневмониях.

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова.  
Кафедра госпитальной терапии №2.  
г. Москва, Россия

Ключевые слова: внебольничная пневмония, алгоритмы диагностического поиска, клинические рекомендации.

## KEY ISSUES IN THE DIAGNOSIS OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA. THERAPIST'S VIEW

Dvoretzkiy L.I.

**T**his article is devoted to the key issues in the diagnosis of community-acquired pneumonia, therapist's role in this problem and timeliness of the chest radiography. The article presents the diagnostic algorithms.

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University.  
Chair of Internal Medicine №2.  
Moscow, Russia

Keywords: community-acquired pneumonia, diagnostic algorithms, clinical guidelines.

**В**небольничная пневмония (ВП) относится к заболеваниям, имеющим важное медико-социальное значение, поскольку высокая распространенность данного заболевания и проблемы, связанные с диагностикой и лечением ВП определяют значительные экономические потери [1,2,3].

По данным ВОЗ, пневмония занимает 4-е место в структуре причин смертности, летальность от нее составляет 5%, а среди лиц пожилого возраста достигает 30%. В США ежегодно регистрируют от 5 до 6 млн случаев ВП у взрослых. По данным официальной статистики по Российской Федерации, формирующейся на основании анализа отчетов лечебных учреждений, заболеваемость ВП среди взрослых несколько превышает 400000 случаев ВП, что, скорее всего, значительно ниже реальной заболеваемости. Согласно расчетным данным ежегодно в РФ возникает не менее 1,5 млн случаев ВП, хотя вполне вероятно, что это тоже далеко от истинной ситуации [4]. Продолжает оставаться достаточно высокой частота вызовов скорой медицинской помощи в связи с пневмонией [5].

Среди лиц молодого и среднего возраста без сопутствующих заболеваний летальность составляет 1-3%, в то время как у пациентов старше 60 лет при наличии серьезных сопутствующих заболеваний, а также в случае тяжелого течения внебольничной пневмонии этот показатель достигает 15-30% [4].

**Диагностика внебольничной пневмонии.**

Диагностика и ведение больных ВП в подавляющем большинстве случаев продолжает оставаться уделом врача-интерниста. Так сложилось, что любой заболевший человек, независимо от характера своего заболевания и испытывающий потребность во врачебной помощи, обращается, прежде всего, к врачу-терапевту. Это относится в полной степени к больным пневмонией, поскольку любые респираторные жалобы и разнообразные проявления интоксикации неизменно приводят больного к терапевту. Врач-терапевт, в свою очередь, принимает решение либо об амбулаторном ведении больного ВП, либо о его госпитализации в общетерапевтическое отделение или в отделение интенсивной терапии с учетом клинической ситуа-

**Таблица №1. Вероятность ВП по данным клинического обследования.**

<b>Клинические признаки</b>	<b>Вероятность ВП (%)</b>
<b>Кашель, лихорадка, тахикардия, хрипы</b>	<b>20-40</b>
<b>Только кашель</b>	<b>5-20</b>
<b>Притупление перкуторного звука</b>	<b>15-25</b>
<b>Хрипы</b>	<b>10-20</b>
<b>Лихорадка</b>	<b>10-20</b>
<b>Тахикардия</b>	<b>15</b>

ции. К компетенции терапевта амбулаторного звена при ведении больного ВП относятся:

- диагностика заболевания при первичном осмотре;
- оценка состояния больного;
- назначение антибактериальной терапии;
- первоначальная оценка эффективности назначенного лечения;
- принятие решения о госпитализации пациента;
- реализация реабилитационных и профилактических программ.

От уровня компетентности терапевта первичного звена во многом зависит своевременность диагностики и адекватность терапии ВП, что, в конечном итоге, определяет исходы заболевания. Не менее важен уровень компетентности терапевта стационарного звена. В компетенцию врача терапевтических отделений, куда обычно госпитализируются больные с более тяжелым течением заболевания входит:

- верификация диагноза пневмонии;
- оценка фазы течения заболевания;
- распознавание осложнений;
- оценка состояния больного;
- принятие решения о необходимости перевода больного в ОРИТ;
- назначение или коррекция антибактериальной терапии;
- контроль за эффективностью лечения;
- оценка исходов течения ВП.

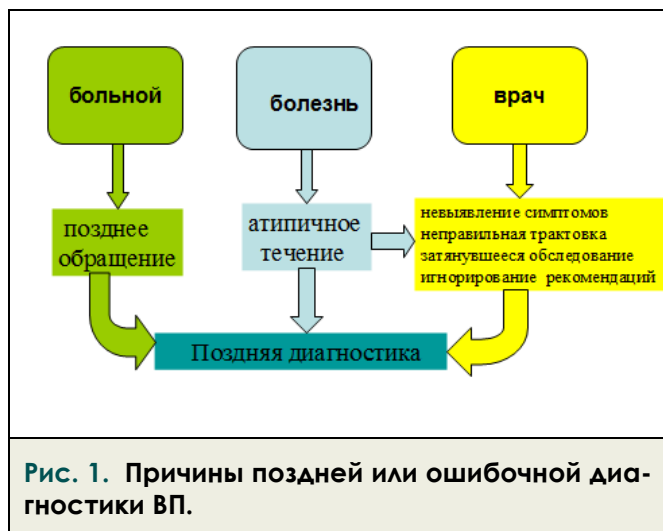
Диагностика ВП основывается на умении врача своевременно выявлять и правильно трактовать ряд признаков, являющихся критериями и составляющих так называемый «золотой» стандарт диагностики ВП: кашель, лихорадка (свыше 3 суток), клинические проявления легочного инфильтрата, лейкоцитоз, рентгенологические признаки легочного инфильтрата [4]. Поскольку последние два признака не мо-

гут быть оценены при первичном осмотре, то, по мнению экспертов Британского торакального общества, для своевременной диагностики ВП может быть достаточно трех других признаков. Несмотря на, казалось бы, однозначность и доступность вышеуказанных критериев, диагностика ВП, прежде всего в системе первичного звена (врач-терапевт), остается в настоящее время несовершенной. Около 30% случаев пневмонии диагностируются поздно или вообще не диагностируются.

В то же время ВП может характеризоваться атипичным течением, когда на первый план выступает внелегочная симптоматика. Так, не всегда адекватно трактуются такие неспецифические симптомы, как слабость, утомляемость, анорексия, являющиеся проявлением интоксикации, боли в животе (при поражении диафрагмальной плевры), общемозговая симптоматика (заторможенность, спутанность), а также декомпенсация сопутствующей патологии (сердечная недостаточность, нарушения ритма, ХОБЛ, ХПН, сахарный диабет, когнитивные нарушения и т.д.). Такие ситуации нередко встречаются у лиц пожилого и старческого возраста, а также у больных, страдающих различными хроническими заболеваниями. [4]. В таблице 1 представлена вероятность ВП при наличии тех или иных клинических признаков [6].

Как видно, диагностическое значение каждого из вышеуказанных различных клинических симптомов не должно переоцениваться, в связи с чем, особое значение приобретает комплексная оценка клинических признаков заболевания, а также методы верификации ВП, основным из которых является лучевая диагностика.

Таким образом, основными причинами поздней диагностики ВП наряду с запоздалым



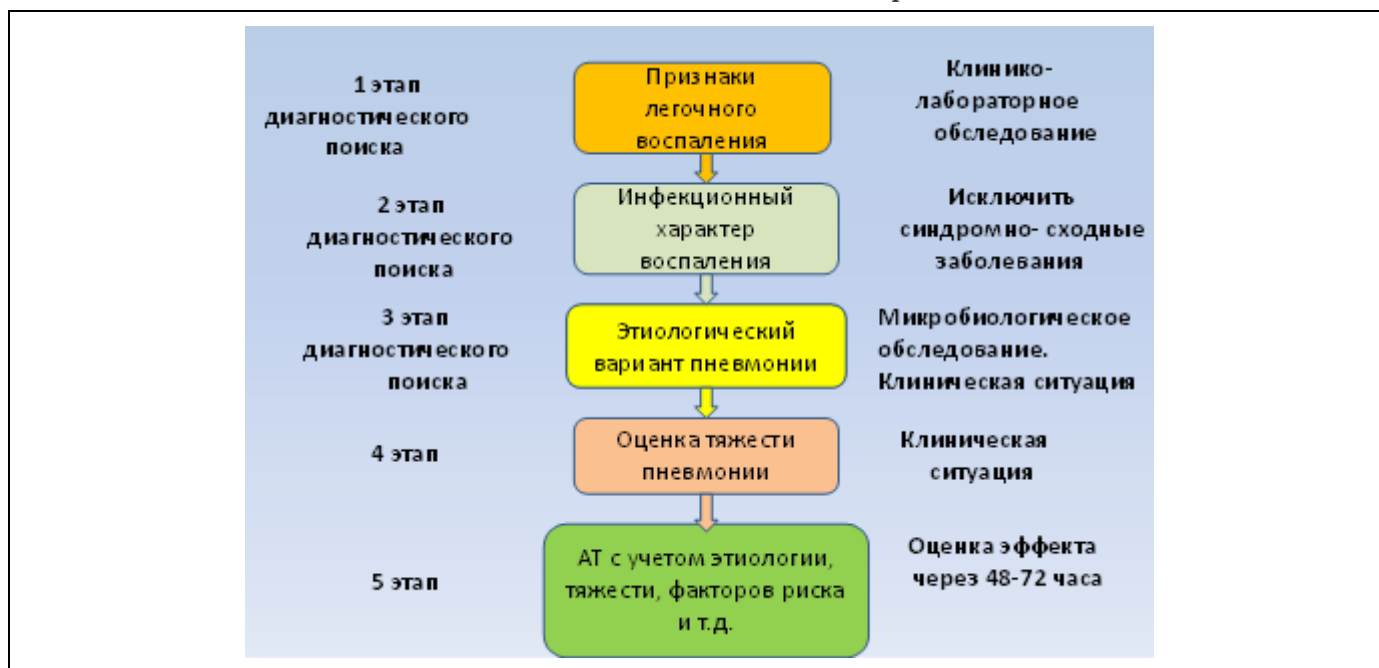
обращением больного и атипичным течением заболевания является недостаточная компетентность врача, прежде всего врача-терапевта. При этом оказываются несовершенными умения и навыки выявления клинических признаков легочного инфильтрата (перкуторных, аускультативных), неправильная трактовка выявленных симптомов, затянувшееся обследование больного. Основными дифференциально-диагностическими проблемами в диагностическом процессе являются заболевания с синдромно сходной симптоматикой (туберкулез, опухоли легких, пневмониты неинфекционной природы, интерстициальные заболевания легких, ТЭЛА и некоторые другие). Кроме того, врачи-терапевты не всегда следуют имеющимся клиническим рекомендациям, что может быть обусловлено недостаточным знакомством или незнанием таких рекомендаций, игнорированием

данных доказательной медицины. На (Рис. 1) представлены основные источники причин поздней диагностики ВП, ухудшающей прогноз больных.

Поскольку одним из диагностических критериев ВП является наличие легочной инфильтрации, выявляемой с помощью лучевой диагностики, то данный метод исследования больного приобретает чрезвычайно важную роль. Основными задачами рентгенологического исследования легких у больных с предполагаемой ВП являются:

- Выявление пневмонической инфильтрации.
- Дифференциальный диагноз с синдромно-сходными заболеваниями.
- Выявление осложнений пневмонии.
- Определение объема поражения легких.
- Динамика изменений в легких на фоне антибактериальной терапии.

Между тем, анализ качества ведения больных ВП свидетельствует о недостаточном использовании данного метода исследования перед назначением АП. Анализ качества ведения больных ВП свидетельствует о том, что рентгенологическое исследование больного перед началом терапии проводилось лишь у 20% больных [7], что вызывает некоторое недоумение о возможных причинах сложившейся ситуации (Игнорирование лучевых методов исследования клиницистами? Недоступность этих методов? Организационные проблемы?). С появлением в клинической практике современных лучевых методов исследования, в частности высокоразрешающей компьютерной томографии, значительно уменьшилось число так называемых «рентген-негативных» пневмоний.



Только с помощью современных лучевых диагностических приемов, включая такие цифровые способы получения изображения, как магнитно-резонансная томография, в том числе, и при использовании диффузно-взвешенной техники получения изображения, удастся в ряде случаев при необходимости провести дифференциальную диагностику злокачественных и доброкачественных изменений в легких в процессе распознавания пневмонии. В современных условиях, когда все более распространены цифровые методы получения рентгеновских изображений, практически полностью можно избежать воздействия на пациента и биологического действия рентгеновских лучей, используя для этой цели, помимо современной аппаратуры, и все существующие способы защиты.

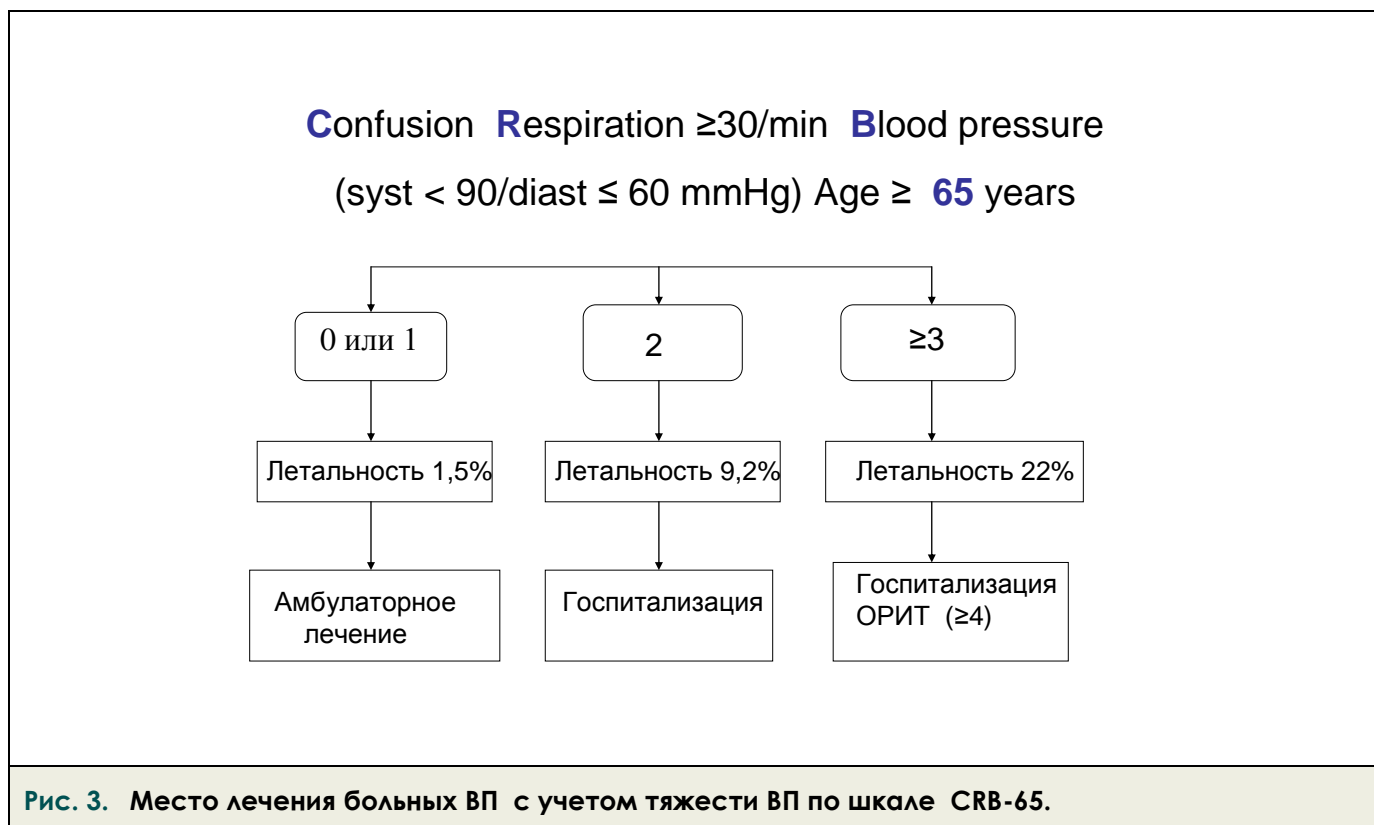
Одним из этапов диагностического поиска у больных ВП является определение этиологического микробного агента. В подавляющем большинстве случаев этиологическая диагностика носит ориентировочный характер и основана на привязанности определенных возбудителей ВП к конкретной клинической ситуации (гемофильная палочка при пневмонии на фоне ХОБЛ, анаэробы и грамотрицательная флора у больных с хронической алкогольной интоксикацией, стафилококк при вспышках гриппозных инфекций и т.д.). Среди лабораторных методов верификации «этиологического диагноза» ВП, не задерживающих начало АТ, реально выполнение бактериоскопии окрашенного по Граму мазка мокроты, определение в моче антигенов *L. Pneumophila* и *S.pneumoniae*. Вместе с тем, следует учитывать невозможность этиологической верификации

ВП в 30-60% случаях.

Ниже представлен алгоритм диагностического поиска при ВП, в виде последовательных этапов, на каждом из которых решается конкретная диагностическая задача (Рис. 2).

Оценка тяжести ВП позволяет оценить прогноз заболевания и обосновать тактику лечения. Прежде всего, тяжесть пневмонии определяет место пребывания пациента с ВП, (амбулаторное или стационарное лечение), а в случае необходимости госпитализации позволяет врачу принять решение о переводе больного в ОРИТ. Предложены различные системы-шкалы, позволяющие оценить тяжесть пневмонии (PORT, PSI, CURB-65, CRB-65). Наиболее практически приемлемой для оценки тяжести ВП можно считать шкалу CURB-65 (Confusion - спутанность, Urea - уровень мочевины в крови, Respiration- число дыханий/мин. - >30/мин, Blood pressure - артериальное давление: систолическое ≤90 мм рт. ст., диастолическое ≤ 60 мм рт. ст., Age - возраст >65 лет), однако она требует определения показателя мочевины в крови, что практически мало реально в условиях первичного врачебного звена. С учетом этого рекомендована шкала CRB-65, позволяющая прогнозировать летальность, и следовательно, определять показания к госпитализации, в том числе в общетерапевтические отделения или в ОРИТ (Рис. 3).

Тяжесть пневмонии является одним из клинических ориентиров для выбора адекватного для данной ситуации АП. Практически все рекомендации по антибактериальной терапии внебольничной пневмонии приводятся с учетом тяжести течения заболевания.



**Рис. 3.** Место лечения больных ВП с учетом тяжести ВП по шкале CRB-65.

Всем больным ВП необходимо проведение контрольных рентгенологических исследований легких для подтверждения разрешения пневмонии. Между тем такая рекомендация, которую следует считать стандартом ведения больных ВП, выполняется не у всех больных. Так, по некоторым данным, контрольное рентгенологическое обследование прошли только 75,9% больных, причем у 36,5% из этих пациентов сохранялись изменения в легких различного характера [8]. В случаях, когда не происходит полного рентгенологического разрешения легочной инфильтрации в течение 4-6 недель заболевания, говорят о затяжной пневмонии. При этом необходимо знание факторов риска, позволяющих зачастую предсказать затяжное течение ВП и проводить соответствующую коррекцию лечения у данной категории пациентов. К факторам риска затяжного течения относятся:

- Пожилой и старческий возраст.
- Тяжелое течение.
- Резистентность возбудителей.
- Мультилобарное поражение.
- Курение.
- Алиментарная недостаточность.
- Пневмонии на фоне ХОБЛ.
- Полиморбидность.

При ведении пациентов с не разрешающейся или медленно разрешающейся ВП современные методы лучевой диагностики приобретают особое значение, поскольку речь в этих ситуациях может идти об осложнениях ВП (абсцесс?) или о не выявленном опухолевом процессе, как фоновой патологии. При отсутствии факторов риска медленного разрешения

ВП показано проведение в незамедлительном порядке дополнительного обследования (компьютерная томография органов грудной клетки, фибробронхоскопия и другие методы исследования).

Ошибки диагностики и ведения больных ВП обусловлены многими причинами и, прежде всего, недостаточным следованием клиническим рекомендациям (КР). Основными барьерами на пути внедрения КР по ведению больных ВП в практику врача-терапевта являются [9]:

- недостаточная осведомленность врачей о существовании КР;
- недостаточное знакомство и знания КР;
- консервативность клинического менталитета врача;
- отсутствие у врачей мотивации;
- невозможность контроля преимуществ следования КР в лечении больных ВП;
- неуверенность в улучшении исходов ВП в случаях следования КР.

В то же время, КР способствуют повышению эффективности лечения и благоприятному исходу заболевания, а также уменьшают риск принятия ошибочных решений при ведении больных ВП. Имеются доказательные данные о том, что если врач следует клиническим рекомендациям, доля неэффективной терапии уменьшается на 35-40%, а вероятность летального исхода – на 45% [10].

Первоочередной задачей органов здравоохранения и постдипломного обучения врачей следует считать внедрение КР в практику первичного звена здравоохранения и прежде всего врачей-терапевтов [11].

### Список литературы:

1. А.И. Синопальников. Бактериальная пневмония. В кн.: Респираторная медицина. Под ред. А.Г. Чулалина М.: ГЭОТАР-Медиа. 2007. С. 474-509Т. 1. 800 с.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Premature deaths, monthly mortality and monthly physician contacts: United States. *Morb Mortl Wkly Rep* 1997; 46: 556.
3. Jackson M.L., Neuzil K.M., Thompson W.W., et al. The burden of community-acquired pneumonia in seniors: results of a population-based study *Clin Infect Dis* 2004; 39: 1642-50.
4. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. Пособие для врачей. М., 2010.
5. А. Л. Верткин, А. В. Наумов. Скорая медицинская помощь в ведении пациентов с внебольничной пневмонией. *Лечащий врач*. 2005, 8.
6. Meehan T P Fine M J Krumholz H M et al Quality of care process and outcomes in elderly patients with pneumonia *JAMA*, 1997, 278, 2080.
7. Рачина С.А., Козлов Р.С., Шаль Е.П., и др. Оценка адекватности медицинской помощи при внебольничной пневмонии в стационарах различных регионов РФ: опыт использования индикаторов качества. *Пульмонология*. 2009, 3, 5.
8. В.И. Христолюбова и Л.И. Волков. Ошибки в диагностике и лечении пневмоний в поликлинических условиях. *Терапевтический архив*, 2005, 1.
9. Cabana M.D., Rand C.S., Power N.R. et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999, 282, 1458-65.
10. А.И. Синопальников. Барьеры на пути внедрения клинических рекомендаций по лечению внебольничной пневмонии: незнание, упрямство или беспечность? *Здоровье Украины*. 2007, 7, 49.
11. С.А. Рачина, С.Н. Козлов, Е.Я. Иделевич и др. Представления врачей поликлиник об этиологии и тактике лечения внебольничной пневмонии в амбулаторных условиях. *Пульмонология*, 2004, 2, 6-12.