



Библиотека
врача-специалиста

Внутренние болезни

А.И. Синопальников, О.В. Фесенко

Внебольничная пневмония



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2017

Глава 1

Внебольничная пневмония у взрослых

А.И. Синопальников, О.В. Фесенко

1.1. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Анализ эпидемиологических исследований, проводимых в Европе и Северной Америке, свидетельствует, что внебольничная пневмония (ВП) ежегодно диагностируется у 5–10 человек на 1 тыс. взрослого населения (5–10%). Если эти данные экстраполировать на Российскую Федерацию, население которой превышает 140 млн человек, то можно утверждать, что ВП ежегодно переносят более 1,5 млн человек взрослого населения. При этом в лечебные учреждения страны в течение года поступают более 400 тыс. больных, а число умерших от пневмонии и ее осложнений превышает 40 тыс.

Риск возникновения пневмонии зависит от возраста, пола и сопутствующей патологии. С возрастом риск развития ВП закономерно повышается. Мужчины болеют пневмонией чаще, чем женщины.

Летальность при ВП оказывается наименьшей (1–3%) у лиц молодого и среднего возраста без сопутствующих заболеваний. Напротив, у пациентов старше 60 лет при наличии серьезной сопутствующей патологии (хроническая обструктивная болезнь легких, злокачественные

новообразования, алкоголизм, сахарный диабет, болезни почек и печени, сердечно-сосудистой системы и др.), а также в случаях тяжелого течения заболевания этот показатель достигает 15–30%.

Сопутствующие заболевания, влияющие на риск летального исхода при ВП, представлены в табл. 1.1.

Таблица 1.1. Вероятность летального исхода больных внебольничной пневмонией в зависимости от сопутствующей патологии¹

Сопутствующая патология	Отношение шансов летального исхода
Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)	3,3–4,1
Сердечно-сосудистые заболевания	2,21–3,14
Хроническая сердечная недостаточность	2,6–4,1
Сахарный диабет	1,21–1,31
Хронические заболевания печени	0,99–2,82
Хронические заболевания почек	1,81–2,56
Иммунодефицитные состояния	1,3–1,8

В 10–20% случаев заболевания ВП, требующей госпитализации, доказана роль макроаспирации. Популяционные исследования, проведенные в странах Европы, подтверждают связь пневмонии и различных патологических состояний, сопровождающихся нарушением сознания и/или акта глотания и приводящих к аспирации (эпилепсия, болезнь Паркинсона, рассеянный склероз, дисфагия, нарушение мозгового кровообращения).

Большое внимание среди факторов, предрасполагающих к развитию ВП, эксперты уделяют курению, алкоголизму, изменениям массы тела. Одним из характерных для нашей страны факторов риска возникновения ВП является хронический алкоголизм. Результаты проведенных исследований убедительно демонстрируют, что риск развития ВП на фоне хронического злоупотребления алкоголем возрастает в 2–9 раз. Среди причин, предрасполагающих к развитию ВП в этом случае, наиболее значимыми являются подавление кашлевого рефлекса и, как следствие этого, высокий риск аспирации, а также дефицит массы тела и наличие хронических заболеваний, ассоциированных с хроническим алкоголизмом.

Табакокурение является не менее значимой проблемой для здравоохранения нашей страны. За последние годы число курильщиков

¹ *Torres A., Peetermans W.E., Viegi G. et al. Risk factors for community-acquired pneumonia in adults in Europe: a literature review // Thorax. — 2013. — Vol. 68. — P. 1057–1065.*

в России практически не изменилось — это по-прежнему около трети россиян (35% в 2014 г. и 34% в 2015 г.). Доказано, что риск возникновения ВП у курильщиков возрастает более чем в 2 раза.

Результаты исследований, посвященных влиянию индекса массы тела на возникновение ВП и ее исходы, противоречивы. На сегодняшний день получены доказательства неблагоприятного влияния, с одной стороны, ожирения, с другой — упадка питания. Избыточная масса тела как фактор риска развития пневмонии привлекла к себе внимание в период пандемии свиного гриппа (гриппа А; H1N1) в 2009 г. — у больных с избыточной массой тела чаще возникала необходимость в применении искусственной вентиляции легких (ИВЛ) и имела место наиболее высокая летальность. Одновременно установлено, что при низких значениях индекса массы тела пациенты более восприимчивы к широкому кругу тяжелых инфекционных заболеваний органов дыхания, в том числе ВП.

1.2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ И КЛАССИФИКАЦИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

В целом термин «пневмонии» принят для обозначения широкой группы различных по этиологии, патогенезу, морфологической характеристике острых инфекционных (преимущественно бактериальных) заболеваний, характеризующихся очаговым поражением респираторных отделов легких и наличием внутриальвеолярной экссудации.

Не вызывает сомнений, что классификация, наиболее полно отражающая особенности течения пневмонии и позволяющая обосновать этиотропную терапию, должна быть построена по этиологическому принципу. Этот принцип положен в основу классификации пневмонии, представленной в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (табл. 1.2).

Таблица 1.2. Классификация пневмонии в соответствии с Международной классификацией болезней, травм и причин смерти 10-го пересмотра (1992)

Рубрика	Нозологическая форма
J13	Пневмония, вызванная <i>Streptococcus pneumoniae</i>
J14	Пневмония, вызванная <i>Haemophilus influenzae</i>
J15	Бактериальная пневмония, не классифицированная в других рубриках (исключены: пневмония, вызванная <i>Chlamydia spp.</i> , — J16.0 и болезнь легионеров — A48.1)

Окончание табл. 1.2

Рубрика	Нозологическая форма
J15.0	Пневмония, вызванная <i>Klebsiella pneumoniae</i>
J5.1	Пневмония, вызванная <i>Pseudomonas spp.</i>
J15.2	Пневмония, вызванная <i>Staphylococcus spp.</i>
J15.3	Пневмония, вызванная стрептококками группы В
J15.4	Пневмония, вызванная другими стрептококками
J15.5	Пневмония, вызванная <i>Escherichia coli</i>
J15.6	Пневмония, вызванная другими аэробными грамотрицательными бактериями
J15.7	Пневмония, вызванная <i>Mycoplasma pneumoniae</i>
J15.8	Другие бактериальные пневмонии
J15.9	Бактериальная пневмония неуточненной этиологии
J16	Пневмония, вызванная возбудителями, не классифицированными в других рубриках (исключены: орнитоз — А70, пневмоцистная пневмония — В59)
J16.0	Пневмония, вызванная <i>Chlamydia spp.</i>
J16.8	Пневмония, вызванная другими установленными возбудителями
J17*	Пневмония при заболеваниях, классифицированных в других рубриках
J17.0*	Пневмония при заболеваниях бактериальной природы, классифицированных в других рубриках (пневмония при: актиномикозе — А42.0, сибирской язве — А22.1, гонорее — А54.8, нокардиозе — А43.0, сальмонеллезе — А022.2, туляремии — А721.2, брюшном тифе — А031, коклюше — А37)
J17.1*	Пневмония при вирусных заболеваниях, классифицированных в других рубриках (пневмония при: цитомегаловирусной болезни — В25.0, кори — В05.2, краснухе — В06.8, ветряной оспе — В01.2)
J17.2*	Пневмония при микозах
J17.3*	Пневмония при паразитозах
J17.8*	Пневмония при заболеваниях, классифицированных в других рубриках (пневмония при: орнитозе — А70, Ку-лихорадке — А78, острой ревматической лихорадке — 100, спирохитозе — А69.8)
J18	Пневмония без уточнения возбудителя

* Указаны пневмонии при заболеваниях, классифицированных в других рубриках, и не входящие в рубрику «Пневмония».

Однако недостаточная информативность и значительная продолжительность (≥ 24 ч) проведения традиционных микробиологических исследований являются объективной причиной невозможности установления этиологического диагноза у 50–70% пациентов, что резко ограничивает практическое использование этиологической классификации ВП.

В настоящее время наибольшее распространение получила классификация, учитывающая условия, в которых развилось заболевание, особенности инфицирования легочной ткани и состояние иммунологической реактивности пациента (табл. 1.3). Подобный подход позволяет

со значительной долей вероятности предсказать этиологию заболевания. В связи с этим важно отметить, что правильное разделение пневмоний не только представляет академический интерес, но и является важным инструментом для использования в клинической практике, так как подразумевает проведение определенного набора обследований для оценки степени тяжести, выбора места и объема лечения.

Таблица 1.3. Классификация пневмонии [1]

Внебольничная пневмония	Нозокомиальная пневмония	Пневмония, связанная с оказанием медицинской помощи
• Типичная (у пациентов с отсутствием выраженных нарушений иммунитета): – бактериальная; – вирусная; – грибковая; – микобактериальная; – паразитарная. • У пациентов с выраженными нарушениями иммунитета: – синдром приобретенного иммунодефицита; – прочие заболевания / патологические состояния. • Аспирационная пневмония / абсцесс легкого	• Собственно нозокомиальная пневмония. • Вентиляторассоциированная пневмония. • Нозокомиальная пневмония у пациентов с выраженными нарушениями иммунитета: – у реципиентов донорских органов; – у пациентов, получающих цитостатическую терапию	• Пневмония у обитателей домов престарелых. • Прочие категории пациентов: – антибактериальная терапия в предшествующие 3 мес; – госпитализация (по любому поводу) в течение ≥ 2 сут в предшествующие 90 дней; – пребывание в других учреждениях длительного ухода; – хронический диализ в течение ≥ 30 сут; – обработка раневой поверхности в домашних условиях; – иммунодефицитные состояния/заболевания

С практической точки зрения наиболее значимым является подразделение пневмоний на внебольничные и нозокомиальные. Под нозокомиальной пневмонией обычно подразумевают заболевание, развившееся позднее 48 ч с момента госпитализации. Следует подчеркнуть, что такое подразделение никак не связано с тяжестью течения заболевания. Основным критерием разграничения является то окружение, в котором развилась пневмония.

В 2005 г. сформировалась концепция так называемой пневмонии, связанной с оказанием медицинской помощи (healthcare-associated pneumonia). По условиям возникновения такую пневмонию можно было рассматривать как ВП, однако проведенные исследования свидетельствовали, что пневмония, связанная с оказанием медицинской помощи, как правило, отличалась от ВП структурой возбудителей и профилем антибиотикорезистентности. Характер идентифицированных патогенов при пневмонии, связанной с оказанием медицинской помощи, приближал ее к нозокомиальной пневмонии. Эти особенности

заставили более глубоко изучить этиологию пневмоний у лиц пожилого возраста, а большинство исследований, посвященных пневмонии, связанной с оказанием медицинской помощи, были подвергнуты критическому анализу.

В результате концепция связи пожилого возраста и потенциальной роли полирезистентных микроорганизмов, а соответственно, и трудной пневмонии, сегодня признается ошибочной. В действительности возраст сам по себе, пребывание в домах престарелых, длительный гемодиализ, оказание медицинской помощи на дому не являются доказанными факторами, влияющими на увеличение роли полирезистентных возбудителей ВП. В то же время зависимость инфицирования мультирезистентными возбудителями на фоне некоторых заболеваний (прежде всего ХОБЛ и/или бронхоэктазиями) не вызывает сомнений. Таким образом, этиология ВП не зависит от возраста и сопутствующей патологии как таковой, а является простым отражением последствий повторных курсов антимикробной терапии в госпитальных условиях. Это также объясняет причину увеличения удельного веса мультирезистентных возбудителей в этиологии пневмонии у пациентов, недавно выписавшихся из стационара, в период пребывания в котором они получали системную антибактериальную терапию.

Таким образом, под ВП следует понимать **острое заболевание, возникшее во внебольничных условиях, то есть вне стационара или позднее 4 нед 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 сут, сопровождающееся симптомами инфицирования нижних отделов дыхательных путей (лихорадка, кашель, выделение мокроты, возможно гнойной, боль в грудной клетке, одышка) и рентгенологическими признаками свежих очагово-инфильтративных изменений в легких при отсутствии очевидной диагностической альтернативы.**

1.3. ПАТОГЕНЕЗ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Противоинфекционную защиту нижних отделов дыхательных путей осуществляют механические факторы (аэродинамическая фильтрация, разветвление бронхов, надгортанник, кашель и чихание, колебательные движения ресничек мерцательного эпителия), а также механизмы неспецифического и специфического иммунитета. Причинами развития воспалительной реакции могут быть как снижение эффективности