

Негоспітальна та нозокоміальна (госпітальна) пневмонія в дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія

Клінічні настанови

Укладачі
Юрій Іванович Феценко, академік НАМН України, д.м.н., професор
Олександр Ярославович Дзюблик, д.м.н., професор
Ярослав Олександрович Дзюблик, к.м.н., професор
Тетяна Олексівна Перцева, член-кореспондент НАМН України, д.м.н., професор
Юрій Михайлович Мостовий, д.м.н., професор
Олександр Олександрович Мухін, к.м.н.
Максим Миколайович Пилипенко, к.м.н.
Сергій Сергійович Сімонов, к.м.н.
Ростислав Євгенович Сухін, к.м.н.
Ігор Порфирійович Шлапак, д.м.н., професор
Валерія Валеріївна Дмитриченко

Проект до обговорення

Продовження. Початок у № 2, 4 / 2013 р.

2.7. Оцінка тяжкості перебігу НП та вибір місця лікування хворого

Вибір місця лікування – важливе питання для лікаря після встановлення діагнозу НП, оскільки воно визначає об'єм лікувально-діагностичних процедур і витрати на терапію. Згідно із сучасними принципами ведення дорослих пацієнтів, хворих на НП, значну їх частку слід лікувати в амбулаторних умовах. У зв'язку з цим особливе значення приділяють визначенню критеріїв або показань до госпіталізації, що базуються на низці відомих клініко-лабораторних шкал. Серед них найбільшого поширення у світі набула шкала PORT (за результатами дослідження The Pneumonia Patient Outcomes Research Team), у якій передбачено визначення 20 параметрів. Оцінка отриманих показників дозволяє встановлювати індекс тяжкості пневмонії (PSI – pneumonia severity index), прогнозувати ризик летального наслідку та формувати рекомендації стосовно місця лікування і пріоритетних напрямів емпіричної АБТ.

У хворих віком до 50 років за відсутності супутніх захворювань і небезпечних функціональних порушень ризик летального наслідку дуже малий (I клас ризику) (рис. 2). У пацієнтів віком понад 50 років оцінюють (у балах) дані щодо віку, статі, наявності супутніх захворювань, небезпечних функціональних порушень, а також результати лабораторних і рентгенологічних досліджень (табл. 5).

Відповідно до сумарної бальної оцінки ознак захворювання (прогностичних критеріїв) визначають II-V клас ризику летального наслідку у разі НП (табл. 6). Пацієнти з ризиком I-II класу мають мінімальну ймовірність летального наслідку і можуть лікуватися

Ознака	Кількість балів
Демографічні фактори	
Вік:	
чоловіки	= вік (років)
жінки	= вік (років) – 10
Перебування в будинках нагляду	+ 10
Супутні захворювання	
Пухлини	+ 30
Захворювання печінки	+ 20
Серцева недостатність (стадія декомпенсації)	+ 10
Захворювання судин мозку	+ 10
Захворювання нирок	+ 10
Симптоми	
Порушення свідомості	+ 20
Тахіпное ≥ 30 за 1 хв	+ 20
Систолічний АТ < 90 мм рт. ст.	+ 20
Гіпо- (< 35 °C) чи гіпертермія (≥ 40 °C)	+ 15
Тахікардія ≥ 125 за 1 хв	+ 10
Плевральний випіт	+ 10
Лабораторні ознаки	
pH крові $< 7,35$	+ 30
Азот сечовини крові $> 10,7$ ммоль/л	+ 20
Na ⁺ крові < 130 мекв/л	+ 20
Глюкоза крові $> 3,9$ ммоль/л	+ 10
Гематокрит $< 30\%$	+ 10
PaO ₂ < 60 мм рт. ст., SaO ₂ $< 90\%$	+ 10

амбулаторно. Пацієнти з ризиком III класу лікуються також амбулаторно або можуть протягом нетривалого часу (до 4 діб) перебувати в стаціонарі. Хворі, в яких сумарна бальна оцінка відповідає IV і V класу ризику, безумовно підлягають госпіталізації.

Однак ці прогностичні критерії не дозволяють врахувати низку важливих аспектів, зокрема соціальних (можливість здійснення адекватної терапії і догляду в домашніх умовах). Тим часом значну кількість пацієнтів з НП госпіталізують саме за соціальними показаннями або з приводу загострення супутньої патології (25-50% усіх госпіталізованих). Слід зауважити, що наведені критерії можуть бути використані не в усіх лікувальних закладах, оскільки для розрахунку класу ризику потрібен відповідний рівень лабораторної служби. Ці обставини істотно обмежують можливість використання наведеної методики у вітчизняній медичній практиці. У таких випадках можна використовувати більш спрощену систему.

Більш простою та доступною для рутинного застосування в амбулаторних умовах є прогностична шкала CRB-65. Її основу становить модифікована шкала Британського торакального товариства, в якій передбачена оцінка 4 параметрів: віку, порушень свідомості, частоти дихання, рівня систолічного та діастолічного артеріального тиску (АТ). Виходячи з вірогідності летального наслідку, пацієнтів розділяють на 3 групи, кожна з яких відповідає певній тяжкості перебігу захворювання і, відповідно, для кожної рекомендують переважне місце лікування (рис. 3). Мінімальна кількість балів за цією шкалою становить 0, максимальна – 4 бали.

Найчастіше до порушень свідомості відносять:

- психомоторне збудження та галюцинації, пов'язані з гіпоксемією;
- пригнічення свідомості (глибоке приглушення, сопор, кому, тобто оцінку свідомості за шкалою коми Глазго ≤ 12 балів);
- порушення орієнтації в просторі та часі (може використовуватися скорочений розумовий тест – Abbreviated Mental Test).

Ще одна шкала, розроблена Австралійською робочою групою з НП (табл. 7), базується на оцінці тяжкості перебігу НП. Вона дає змогу виявляти пацієнтів, які потребують інтенсивної респіраторної підтримки та інфузії вазопресорів з метою підтримки адекватного рівня АТ. Шкала SMART-COP передбачає бальну оцінку клінічних, лабораторних, фізикальних і рентгенологічних ознак із визначенням вірогідної потреби в інтенсивних методах лікування. Модифікований варіант шкали SMART-COP може застосовуватися в амбулаторній

Клас ризику	Сума балів	Летальність, %	Лікування
I	0	0,1	Амбулаторне
II	≤ 70	0,6	Амбулаторне
III	71-90	2,8	Амбулаторне (стаціонарне)
IV	91-130	8,2	Стаціонарне
V	> 130	29,2	Стаціонарне

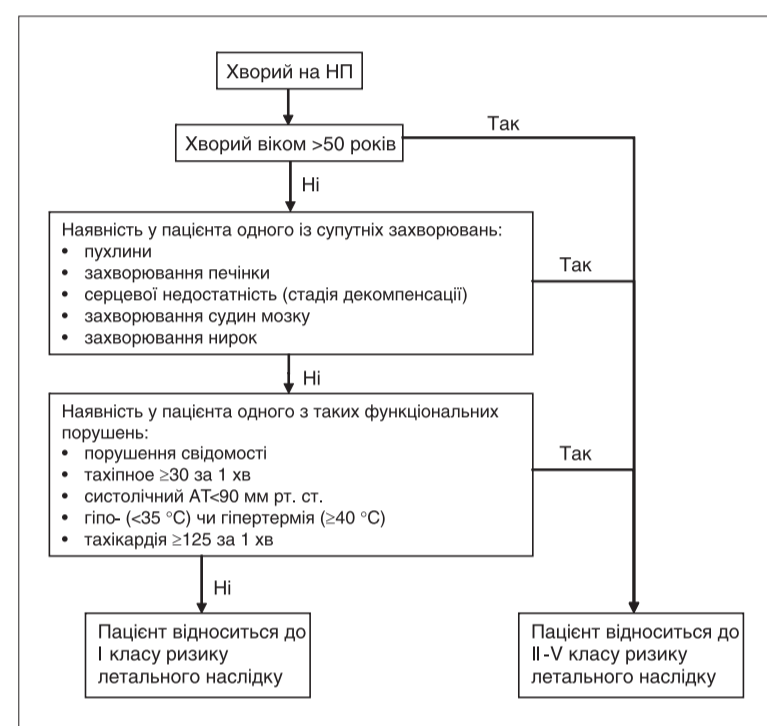


Рис. 2. Алгоритм прогнозу класу ризику летального наслідку у хворих на НП (PORT)

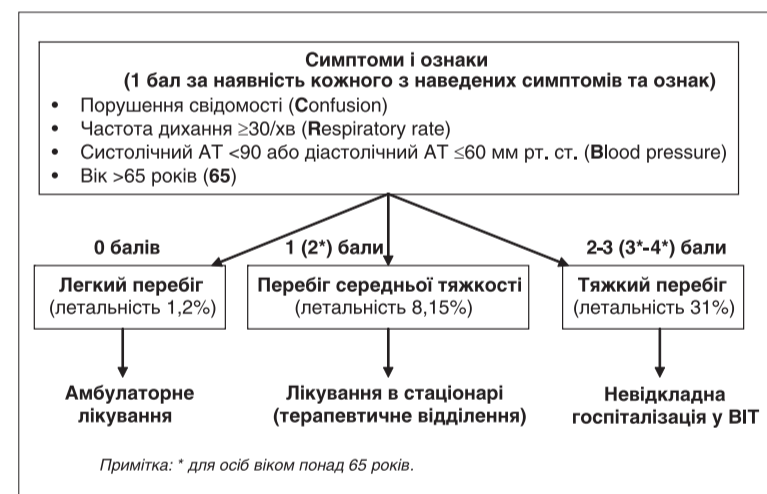


Рис. 3. Алгоритм оцінки ризику несприятливого наслідку та вибору місця лікування у разі НП (шкала CRB-65 зі змінами)

практиці та приймальних відділеннях, оскільки не потребує визначення рівня альбуміну, PaO₂ і pH артеріальної крові.

Застосування вищенаведених прогностичних шкал для оцінки стану хворого на НП, безумовно, корисне, оскільки дозволяє зменшити частоту необґрунтованої госпіталізації пацієнтів з низьким ризиком несприятливого прогнозу, а також виділити категорію осіб, які потребують інтенсивної терапії. Однак за використання цих шкал виникають деякі труднощі: по-перше, за їх допомогою оцінюють тяжкість стану пацієнта та/або прогноз у конкретний період часу, але при цьому не враховують варіабельність клінічної картини НП та можливість швидкого прогресування захворювання. До прогностичних шкал не включені такі фактори, як декомпенсація супутніх хронічних захворювань, що нерідко є основною причиною госпіталізації пацієнтів, а також немедичні показання до госпіталізації. Тому будь-яка з прогностичних шкал може бути лише орієнтиром у виборі місця лікування, в кожному конкретному випадку це питання лікар повинен вирішувати індивідуально.

Госпіталізація у разі встановленого діагнозу НП показана за наявності хоча б однієї з наведених далі ознак.

