Внебольничная пневмония у взрослых

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: J13, J14, J15, J16, J18, J85.1 · Российское респираторное общество, Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии

Внебольничная пневмония — острая инфекционная пневмония, развившаяся вне стационара или выявленная в первые 48 часов госпитализации. Рекомендация охватывает взрослых без выраженной иммуносупрессии: подтверждение диагноза, оценку тяжести, выбор места лечения, стартовую антибактериальную терапию, респираторную поддержку и профилактику.

Главное

- Диагноз ВП считается определенным только при очаговой инфильтрации на рентгенологическом исследовании и минимум 2 признаках: температура >38,0 °C в начале болезни, кашель с мокротой, локальные физикальные признаки, лейкоцитоз $>10\times10^9$/л и/или палочкоядерный сдвиг >10%.
- Всем пациентам с подозрением на ВП нужны осмотр с ЧДД, ЧСС, АД, температурой, обследование грудной клетки и пульсоксиметрия; УУР С, УДД 5.
- Обзорная рентгенография ОГК в прямой и боковой проекциях — базовый метод подтверждения ВП; УУР А, УДД 1. КТ ОГК применяют при ТВП как метод выбора среди визуализирующих исследований и при высокой вероятности ВП без инфильтрата или сомнительной рентгенограмме; УУР В, УДД 3.
- Место лечения выбирают с учетом прогноза: CURB/CRB-65 у амбулаторных пациентов, CURB/CRB-65 или PORT у госпитализированных; УУР С, УДД 4. Низкий риск — пациенты 1 группы по CURB/CRB-65 и I–II класса риска по PORT; крайне неблагоприятный прогноз — CURB/CRB-65 >3 или PORT V.
- У госпитализированных пациентов с ВП старт АБТ не откладывают: не позднее 4 часов с момента установления диагноза, при ТВП с септическим шоком — в течение 1 часа; УУР С, УДД 4.
- У госпитализированных пациентов через 48–72 часа после начала АБТ рекомендуется оценивать эффективность и безопасность: температура, интоксикация, клинические признаки ВП, дыхательная недостаточность, при ТВП — проявления полиорганной недостаточности. При неэффективности пересматривают тактику, повторно оценивают тяжесть ВП и целесообразность перевода в ОРИТ; УУР С, УДД 5.
- Профилактика у групп риска: вакцинация против пневмококковой инфекции; УУР А, УДД 1, и ежегодная вакцинация против гриппа у пациентов с высоким риском осложнений; УУР А, УДД 2.

Диагностика

1. Собрать жалобы, социальный статус, бытовые условия, медицинский, эпидемиологический и профессиональный анамнез: это нужно для факторов риска возбудителей, дифференциальной диагностики и прогноза; УУР С, УДД 5.
2. Провести осмотр, измерить ЧДД, ЧСС, АД, температуру, выполнить обследование грудной клетки; классические признаки — локальное притупление, бронхиальное дыхание, крепитация/мелкопузырчатые хрипы, усиление бронхофонии, но их отсутствие ВП не исключает; УУР С, УДД 5.
3. Измерить SpO2 всем пациентам с ВП для выявления дыхательной недостаточности и оценки гипоксемии; УУР С, УДД 5.
4. Выполнить ОАК всем пациентам; лейкоцитоз $>10–12\times10^9$/л с нейтрофилезом и/или палочкоядерным сдвигом >10% поддерживает бактериальную инфекцию, а лейкопения $<4\times10^9$/л, тромбоцитопения $<100\times10^{12}$/л и гематокрит <30% — неблагоприятные признаки; УУР С, УДД 5.
5. У госпитализированных пациентов определить СРБ; УУР В, УДД 1. При неопределенном диагнозе СРБ >100 мг/л имеет специфичность подтверждения ВП >90%, а <20 мг/л делает пневмонию маловероятной.
6. Подтвердить инфильтрацию: рентгенография ОГК в прямой и боковой проекциях всем пациентам с подозрением на ВП; УУР А, УДД 1. При ТВП или диагностических сомнениях — КТ ОГК высокого разрешения; УУР В, УДД 3.

7. Микробиология: амбулаторно рутинно не нужна; УУР С, УДД 5. В стационаре — микроскопия и посев мокроты/трахеального аспирата; УУР В, УДД 1. При ТВП — 2 посева венозной крови; УУР В, УДД 3, экспресс-тесты на пневмококковую и легионеллезную антигенурию; УУР С, УДД 5, при эпидпоказаниях — диагностика гриппа; УУР С, УДД 5.

Лечение

- Амбулаторно назначать пероральные антибиотики с высокой биодоступностью; УУР В, УДД 1. При ВП без значимых сопутствующих заболеваний и факторов риска редких/полирезистентных возбудителей препарат выбора — амоксициллин внутрь 3 г/сут, альтернативы — азитромицин или кларитромицин; УУР В, УДД 1.
- Амбулаторно при сопутствующих заболеваниях, АБТ ≥2 дней за последние 3 месяца или факторах риска редких/полирезистентных возбудителей препарат выбора — амоксициллин+клавулановая кислота внутрь; альтернативы — левофлоксацин, моксифлоксацин, цефподоксим или цефдиторен; УУР В, УДД 1.
- В стационаре при нетяжелой ВП стартуют обычно парентерально; УУР С, УДД 5. Без значимых факторов риска используют ампициллин, амоксициллин+клавулановую кислоту или ампициллин+сульбактам; альтернатива — левофлоксацин или моксифлоксацин; УУР С, УДД 5.
- В стационаре при нетяжелой ВП с сопутствующими заболеваниями/факторами риска используют амоксициллин+клавулановую кислоту, ампициллин+сульбактам, цефотаксим, цефтриаксон, левофлоксацин, моксифлоксацин; у отдельных пациентов — цефтаролина фосамил, цефтобипрол медокарил или эртапенем; УУР С, УДД 5.
- При ТВП стартовая АБТ должна быть комбинированной; УУР В, УДД 2. Без дополнительных факторов риска: амоксициллин+клавулановая кислота, ампициллин+сульбактам, цефотаксим, цефтриаксон, цефтаролина фосамил или цефтобипрол медокарил плюс азитромицин/кларитромицин; альтернатива — плюс левофлоксацин/моксифлоксацин.
- При ТВП с риском P. aeruginosa применяют антисинегнойный бета-лактам/карбапенем или цефтобипрол медокарил плюс ципрофлоксацин или левофлоксацин; альтернатива — плюс макролид, возможно с амикацином; УУР С, УДД 5. При риске MRSA добавляют линезолид или ванкомицин либо используют цефтаролина фосамил/цефтобипрол медокарил в комбинации; УУР С, УДД 5.
- Отменять АБТ можно при всех критериях достаточности: температура <37,2 °C не менее 48 часов, нет интоксикации, ЧДД <20/мин без хронической ДН, нет гнойной мокроты, лейкоциты $<10\times10^9$/л, нейтрофилы <80%, юные формы <6%; УУР В, УДД 1. Обычно при соблюдении критериев амбулаторный курс не превышает 5–7 дней.
- При респираторной поддержке целевые значения: SpO2 92–96% и PaO2 65–80 мм рт.ст.; при ХОБЛ и других хронических респираторных болезнях — SpO2 88–92% и PaO2 55–80 мм рт.ст.; УУР С, УДД 5. При SpO2 <90% или PaO2 <60 мм рт.ст. первая линия — стандартная оксигенотерапия; УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- ОРИТ показано при одном «большом» критерии АТО/АОИБ — необходимость ИВЛ или вазопрессоров — либо при трех «малых» критериях; УУР В, УДД 2.
- Крайне неблагоприятный прогноз по шкалам — CURB/CRB-65 >3 баллов или PORT V — требует обязательной неотложной госпитализации в ОРИТ.
- Высокий риск потребности в ИВЛ или вазопрессорах: SMART-COP ≥5 баллов или SMRT-CO ≥3 баллов; это используют для решения о направлении в ОРИТ.
- Амбулаторная неэффективность адекватно выбранной АБТ может быть показанием к госпитализации.
- Выписка из стационара возможна при клинической стабильности, отсутствии осложнений, требующих стационара, и значимом регрессе лабораторных маркеров воспаления/органной дисфункции; для СРБ — снижение более чем на 50% от исходного.

Частые вопросы

Какие возбудители чаще всего вызывают внебольничную пневмонию у взрослых?

Главный возбудитель — S. pneumoniae: до 30–50% случаев ВП установленной этиологии. При нетяжелой ВП важны M. pneumoniae и C. pneumoniae, суммарно до 20–30%; также встречаются H. influenzae, респираторные вирусы, энтеробактерии, S. aureus и L. pneumophila.

Когда диагноз ВП нельзя считать надежным?

Без рентгенологического подтверждения очаговой инфильтрации диагноз считается неточным или неопределенным. Если нет доступа к рентгену и нет локальных физикальных признаков у пациента с кашлем, лихорадкой, одышкой или болью в груди, ВП маловероятна.

Нужно ли брать посев мокроты всем пациентам с ВП?

Амбулаторным пациентам рутинная микробиологическая диагностика не показана; УУР С, УДД 5. Госпитализированным пациентам выполняют микроскопию по Граму и посев мокроты, а у пациентов на ИВЛ — трахеального аспирата; УУР В, УДД 1.

Какие критерии достаточности антибиотикотерапии при ВП?

Нужны все критерии: температура < 37,2 °C не менее 48 часов, нет интоксикации, ЧДД < 20/мин без хронической ДН, нет гнойной мокроты, лейкоциты < 10×10^9/л, нейтрофилы < 80%, юные формы < 6%.

Когда при ТВП назначают гидрокортизон?

Гидрокортизон 200–300 мг/сут внутривенно показан при ТВП с септическим шоком длительностью < 1 суток, рефрактерным септическим шоком или потребностью в норэпинефрине > 0,5 мкг/кг/мин; УУР В, УДД 1. Рутинно при ТВП без септического шока системные кортикостероиды не назначают; УУР С, УДД 5.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/654-vnebolnichnaya-pnevmoniya-u-vzroslyh. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/654_2