Вирусные пневмонии

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: J12, J12.0, J12.1, J12.2, J12.3, J12.8, J12.9 · Общероссийская общественная организация "Российское научное медицинское общество терапевтов", Национальная ассоциация специалистов по инфекционным болезням имени академика В. И. Покровского (НАСИБ), Межрегиональная ассоциация специалистов респираторной медицины (МАСРМ)

Вирусная пневмония — острое воспаление респираторных отделов легких вирусной природы, обычно с интоксикацией и дыхательными нарушениями. Рекомендация посвящена подтверждению вирусной этиологии, оценке тяжести и дыхательной недостаточности, ранней противовирусной и поддерживающей терапии, а также выявлению бактериальной коинфекции.

Главное

- У 10–30% пациентов с пневмонией имеет место смешанная или коинфекция, включая сочетание бактериальных возбудителей с респираторными вирусами; для вирусных пневмоний, вызванных ассоциацией возбудителей, характерны более тяжелое течение и неблагоприятный прогноз.
- Для вирусной пневмонии типичны начало с картины ОРВИ, минимальные аускультативные и рентгенологические изменения, быстрое ухудшение и риск ОРДС; лейкоцитоз и выраженное повышение СРБ могут отсутствовать.
- Тяжелое течение вероятнее у пациентов старше 65 лет, при хронических бронхолегочных и сердечно-сосудистых заболеваниях, сахарном диабете, болезнях почек, крови и нервной системы, иммуносупрессии, беременности, ИМТ более 40 кг/м² и проживании в закрытых учреждениях. УУР С, УДД 5.
- Нарастающая одышка с частотой дыхания более 30 в минуту, цианоз, тахикардия, нарушение сознания или систолическое АД ниже 90 мм рт. ст. указывают на дыхательную недостаточность и требуют срочной оценки тяжести.
- Вторичную бактериальную пневмонию следует подозревать при лихорадке выше 37,5 °C более 3–4 суток на фоне адекватной противовирусной терапии, второй волне лихорадки с продуктивным кашлем и болью в груди, новой одышке либо локальных влажных хрипах/притуплении перкуторного тона.
- Специфическая профилактика включает сезонную вакцинацию против гриппа, SARS-CoV-2 и пневмококка; специфическая вакцинопрофилактика других ОРВИ не разработана. УУР С, УДД 5.

Диагностика

1. Собрать анамнез: уточнить начало и динамику лихорадки, сухого кашля, одышки и боли в груди, контакты с больными ОРВИ, эпидемическую ситуацию, вакцинацию и факторы риска тяжелого течения. Контакты с ОРВИ и вакцинацию оценивают с УУР С, УДД 5.
2. Провести общий осмотр, термометрию, оценить частоту дыхания, пульс и АД, состояние кожи и слизистых; выполнить пульсоксиметрию у каждого пациента для выявления гипоксемии. УУР С, УДД 5.
3. Исследовать легкие пальпацией, сравнительной перкуссией и аускультацией; оценить голосовое дрожание, бронхофонию, локальные хрипы, крепитацию и шум трения плевры. УУР С, УДД 5.
4. Выполнить развернутый общий анализ крови, СРБ и общий анализ мочи. При интерстициальном вирусном поражении легких характерны лейкопения, нейтрофилез с палочкоядерным сдвигом, анемия и тромбоцитопения; СРБ ниже 20 мг/л делает бактериальную пневмонию маловероятной, а выше 100 мг/л имеет более 90% специфичности в пользу бактериальной этиологии. УУР С, УДД 5.
5. Для идентификации вируса использовать экспресс-иммунохроматографическое исследование или амплификацию нуклеиновых кислот: ПЦР/LAMP мазков из носоглотки и ротоглотки на грипп, SARS-CoV-2 и другие респираторные вирусы. При поражении нижних дыхательных путей исследуют мокроту, трахеальный аспират или бронхоальвеолярный лаваж; результат обычно получают через 4–6 часов.
6. Выполнить рентгенографию легких в прямой и боковой проекциях. При тяжелом или осложненном течении, а также при высокой клинико-лабораторной вероятности пневмонии и отрицательной/неясной рентгенограмме — КТ органов грудной клетки. УУР С, УДД 5.

Лечение

- Начинать противовирусную терапию как можно раньше, предпочтительно не позднее 48 часов от начала болезни. Первая линия — препараты прямого противовирусного действия, вторая — иммунотропные средства; выбор зависит от этиологии. УУР С, УДД 5.
- Базисная терапия нужна всем пациентам: постельный режим, диета и достаточное питье; при отсутствии специальных показаний — стол №15. Алкоголь исключают. УУР С, УДД 5.
- При поражении легких для купирования интоксикации может применяться меглюмина натрия сукцинат внутривенно капельно со скоростью 1–4,5 мл/мин; средняя суточная доза — 10 мл/кг, курс — до 11 дней. Объем и длительность зависят от тяжести состояния. УУР С, УДД 5.
- При температуре выше 38 °С и мышечно-суставных болях допустимы НПВС коротким симптоматическим курсом: парацетамол 500 мг–1 г до 4 раз в сутки или ибупрофен 400 мг 3 раза в сутки; максимальная суточная доза ибупрофена — 1200 мг. УУР С, УДД 5.
- При сухом мучительном непродуктивном кашле используют противокашлевые средства; например, бутамират — по 15 мл 4 раза в сутки, леводропропизин взрослым и детям старше 12 лет — 60 мг 1–3 раза в сутки с интервалами не менее 6 часов. При продуктивном кашле применяют муколитики, например ацетилцистеин 600 мг/сут до 5–7 дней или амброксол 90 мг/сут до 14 дней. Противокашлевые и отхаркивающие средства одновременно не назначают. УУР В, УДД 3 для противокашлевых средств; УУР С, УДД 5 для муколитиков.
- При бронхоспазме назначают комбинацию фенотерола и ипратропия: через ДАИ 50 мкг/20 мкг по 1–2 вдоха до 3–4 раз в сутки либо через небулайзер 0,5 мг/мл + 0,25 мг/мл по 1–2 мл до 3–4 раз в сутки. УУР С, УДД 5.
- Системные глюкокортикостероиды применяют при острой дыхательной недостаточности: дексаметазон 6–20 мг/сут внутривенно за 1–2 введения или метилпреднизолон 125 мг внутривенно каждые 12 часов либо 250–500 мг однократно. Максимальную дозу используют 3–4 суток, затем при стабилизации снижают; лечение дольше 10 суток не рекомендовано. УУР С, УДД 5.
- При SpO2 ниже 92% на атмосферном воздухе проводят кислородотерапию через канюли или маску, начиная с потока 5–7 л/мин и при необходимости увеличивая до 10 л/мин, чтобы достичь SpO2 выше 92% и PaO2 выше 60 мм рт. ст. При выраженных нарушениях газообмена показаны интубация и ИВЛ; при крайне тяжелом ОРДС — ЭКМО.

Когда направить и как наблюдать

- Легкую неосложненную ВП лечат амбулаторно. При неэффективности лечения или невозможности его проводить дома решают вопрос о госпитализации. УУР С, УДД 5.
- Госпитализация показана при среднетяжелом, тяжелом или осложненном течении, у пациентов из групп риска и по эпидемическим показаниям. Дополнительные критерии: частота дыхания более 24 в минуту, SpO2 ниже 95%, нарушение сознания или снижение АД на треть от привычного уровня. УУР С, УДД 5.
- Перевод в ОРИТ необходим при любом из признаков: SpO2 ниже 90%, ЧДД более 30 в минуту с нарастающей одышкой, цианоз, систолическое АД ниже 90 мм рт. ст., нарушение сознания, шок, печеночная или почечная недостаточность, коагулопатия. УУР С, УДД 5.
- При ЧДД более 25 в минуту, SpO2 ниже 92% на атмосферном воздухе или SOFA не менее 2 баллов необходима консультация анестезиолога-реаниматолога для выбора респираторной поддержки и решения о переводе в ОРИТ. УУР С, УДД 5.
- Выписка возможна при стойком улучшении: нормализации температуры, исчезновении респираторных и катаральных симптомов, дыхательных расстройств и органной дисфункции, а также нормализации общего анализа крови, СРБ, прокальцитонина и фибриногена. УУР С, УДД 5.

Частые вопросы

Как отличить вирусную пневмонию от бактериальной?

Патогномоничных признаков нет, поэтому используют совокупность клинических, лабораторных и лучевых данных. В пользу бактериальной пневмонии говорят рентгенологически подтвержденная очаговая инфильтрация и не менее двух признаков: лихорадка выше 38 °С с продуктивным кашлем, локальные физикальные изменения, лейкоцитоз выше 10×10^9/л или СРБ выше 50 мг/л.

Когда начинать противовирусную терапию?

Противовирусные препараты назначают не позднее 48 часов от начала болезни; первая линия — препараты прямого противовирусного действия, вторая — иммунотропные препараты с опосредованным противовирусным действием.

При какой сатурации нужна кислородотерапия?

При признаках острой дыхательной недостаточности — SpO2 ниже 92% на атмосферном воздухе — начинают кислородотерапию через носовые канюли или лицевую маску. Целевые показатели в тексте: SpO2 выше 92% и PaO2 выше 60 мм рт. ст.

Какие критерии требуют перевода пациента в ОРИТ?

Критериями являются SpO2 ниже 90%, ЧДД более 30 в минуту с нарастающей одышкой, цианоз, систолическое АД ниже 90 мм рт. ст., нарушение сознания, шок, острая печеночная или почечная недостаточность либо коагулопатия. Наличие любого из этих признаков является основанием для перевода в ОРИТ.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/838-virusnye-pnevmonii. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/838_1