

# Применение нового полуколичественного экспресс-теста на прокальцитонин в диагностике полисегментарной внебольничной пневмонии

С.С. Байрамова<sup>✉1</sup>, К.Ю. Николаев<sup>1</sup>, О.В. Цыганкова<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины – филиал ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр "Институт цитологии и генетики" Сибирского отделения Российской академии наук», Новосибирск, Россия;

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Новосибирск, Россия

## Аннотация

**Цель.** Оценка возможностей нового полуколичественного экспресс-теста на прокальцитонин в диагностике полисегментарной внебольничной пневмонии (ВП).

**Материалы и методы.** В проведенном одномоментном сравнительном исследовании приняли участие 123 пациента, госпитализированные в стационар с подтвержденным диагнозом ВП. Средний возраст составил  $49,5 \pm 21,0$  ( $M \pm SD$ ) года. В первые сутки с момента поступления в стационар всем пациентам проведены общеклиническое обследование, обзорная рентгенография органов грудной клетки, а также при помощи полуколичественного экспресс-теста определен уровень прокальцитонина плазмы.

**Результаты.** Показатели нового полуколичественного экспресс-теста на прокальцитонин не менее 2 нг/мл прямо связаны с лабораторно-инструментальными показателями, отражающими тяжесть ВП, а именно со степенью тяжести дыхательной недостаточности ( $p=0,001$ ), частотой дыхательных движений ( $p=0,001$ ), частотой сердечных сокращений ( $p=0,001$ ), систолическим артериальным давлением ( $p=0,025$ ), насыщением гемоглобина кислородом ( $p=0,001$ ), СОЭ ( $p=0,021$ ), фибриногеном ( $p=0,003$ ) и высокими баллами шкалы CRB-65 ( $p=0,001$ ). Также они сопряжены с полисегментарной ВП ( $\chi^2=4,7$ ;  $p=0,030$ ) и осложнениями при данном заболевании, такими как гидроторакс ( $p=0,029$ ) и летальный исход ( $\chi^2=22,1$ ;  $p=0,001$ ).

**Заключение.** Использование нового полуколичественного экспресс-теста на прокальцитонин позволяет оптимизировать диагностику осложнений ВП и определять высокий риск полисегментарной пневмонии.

**Ключевые слова:** полисегментарная внебольничная пневмония, диагностика, прокальцитонин, биомаркеры, прогноз

**Для цитирования:** Байрамова С.С., Николаев К.Ю., Цыганкова О.В. Применение нового полуколичественного экспресс-теста на прокальцитонин в диагностике полисегментарной внебольничной пневмонии. Терапевтический архив. 2021; 93 (3): 279–282. DOI: 10.26442/00403660.2021.03.200654

ORIGINAL ARTICLE

## The use of a new semi-quantitative rapid test for procalcitonin in the diagnosis of multisegmental community-acquired pneumonia

Sabina S. Bayramova<sup>✉1</sup>, Konstantin Yu. Nikolaev<sup>1</sup>, Oksana V. Tsygankova<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Institute of Internal and Preventive Medicine – a branch of The Federal Research Center Institute of Cytology and Genetics, the Siberian Branch of the Russian Academy of Sciences, Novosibirsk, Russia;

<sup>2</sup>Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia

## Abstract

**Aim.** Evaluation of the possibilities of a new semi-quantitative rapid test for procalcitonin in the diagnosis of multisegmental community-acquired pneumonia.

**Materials and methods.** A one-stage comparative study involved 123 patients hospitalized in a hospital with a confirmed diagnosis of community-acquired pneumonia. The mean age of the patients was  $49.5 \pm 21.0$  ( $M \pm SD$ ) years. On the first day of hospitalization, all patients underwent a general clinical examination, chest x-ray, and a plasma procalcitonin level was determined using a semi-quantitative rapid test.

**Results.** Indicators of a new semi-quantitative rapid test for procalcitonin of at least 2 ng/ml are directly related to laboratory and instrumental indicators reflecting the severity of community-acquired pneumonia, namely, the severity of respiratory failure ( $p=0.001$ ), respiratory rate ( $p=0.001$ ), and heart rate contractions ( $p=0.001$ ), systolic blood pressure ( $p=0.025$ ), oxygen saturation ( $p=0.001$ ), erythrocyte sedimentation rate ( $p=0.021$ ), fibrinogen ( $p=0.003$ ) and high CRB-65 scores ( $p=0.001$ ). They are also associated with multisegmental community-acquired pneumonia ( $\chi^2=4.7$ ;  $p=0.030$ ) and complications of this disease, such as hydrothorax ( $p=0.029$ ) and death ( $\chi^2=22.1$ ;  $p=0.001$ ).

**Conclusion.** Using a new semi-quantitative rapid test for procalcitonin allows you to optimize the diagnosis of complications of community-acquired pneumonia and determine the high risk of multisegmental pneumonia.

**Keywords:** multisegmental community-acquired pneumonia, diagnosis, procalcitonin, biomarkers, prognosis

**For citation:** Bayramova SS, Nikolaev KYu, Tsygankova OV. The use of a new semi-quantitative rapid test for procalcitonin in the diagnosis of multisegmental community-acquired pneumonia. Terapevticheskii Arkhiv (Ter. Arkh). 2021; 93 (3): 279–282.

DOI: 10.26442/00403660.2021.03.200654

## Информация об авторах / Information about the authors

✉ **Байрамова Сабина Саяровна** – мл. науч. сотр. лаб. неотложной терапии НИИТГПМ – филиала ИЦиГ СО РАН. Тел.: +7(923)148-27-98; e-mail: sabina0412@mail.ru; ORCID: 0000-0002-4488-2493

**Николаев Константин Юрьевич** – д.м.н., проф., зав. лаб. неотложной терапии НИИТГПМ – филиала ИЦиГ СО РАН. ORCID: 0000-0003-4601-6203

**Цыганкова Оксана Васильевна** – д.м.н., проф. каф. неотложной терапии с эндокринологией и профпатологией ФГБОУ ВО НГМУ, ст. науч. сотр. лаб. клинических биохимических и гормональных исследований терапевтических заболеваний НИИТГПМ – филиала ИЦиГ СО РАН. ORCID: 0000-0003-0207-7063

✉ **Sabina S. Bayramova.** E-mail: sabina0412@mail.ru; ORCID: 0000-0002-4488-2493

**Konstantin Yu. Nikolaev.** ORCID: 0000-0003-4601-6203

**Oksana V. Tsygankova.** ORCID: 0000-0003-0207-7063

Внебольничная пневмония (ВП) остается одной из актуальных проблем современной медицины, что обусловлено высокой заболеваемостью, существенным вкладом в структуру смертности населения и значительными затратами на оказание медицинской помощи [1, 2].

На сегодняшний день заболеваемость ВП в мире в среднем составляет 10–12 случаев на 1 тыс. населения в год [3]. По данным официальной статистики, заболеваемость ВП в Российской Федерации в 2017 г. составила 412,3, смертность – 17,3 на 100 тыс. населения.

По данным эпиднадзора США, приблизительно 20% пациентов с ВП требуют госпитализации в стационар, у 21% наблюдается тяжелой форма ВП с необходимостью госпитализации в отделение интенсивной терапии, а у 26% больных необходимо проведение искусственной вентиляции легких [4].

Традиционные клинические, рентгенологические, лабораторные и бактериологические критерии воспалительных реакций (лихорадка, нарастание легочной инфильтрации, лейкоцитоз, выявление в мокроте или гемокультурах потенциальных возбудителей) не являются специфичными для пневмонии. Сходные клинико-рентгенологические проявления могут также отмечаться при других патологических состояниях, например, при ателектазе легкого, инфаркте легкого, застойной сердечной недостаточности, а также остром респираторном дистресс-синдроме. Наличие микроорганизмов в мокроте может свидетельствовать как о колонизации, так и о начале воспалительного процесса [5]. В связи с этим изучение новых диагностических маркеров ВП является актуальным направлением в современной терапевтической диагностике. Кроме этого, не решены проблемы краткосрочного прогноза ВП и определения оптимальной тактики лечения.

По мнению ряда авторов, прокальцитонин (ПКТ) – универсальный биомаркер, отражающий тяжесть бактериальной инфекции [6, 7]. Вместе с тем в доступной нам научной литературе имеются единичные работы, посвященные изучению связей между ПКТ с полисегментарной легочной инфильтрацией [8, 9]. Крайне мало сведений о возможности использования ПКТ в комплексе с другими лабораторными и лучевыми показателями для оценки степени тяжести ВП, прогнозирования течения и исходов при данном заболевании. В связи с этим оценка указанного комплекса для диагностики и прогноза ВП имеет большое практическое значение [10].

**Цель исследования** – оценка возможностей нового полуколичественного экспресс-теста на ПКТ (ПКТ-ЭТ) в диагностике полисегментарной ВП.

## Материалы и методы

Обследованы 123 последовательных пациента, госпитализированных в стационар с подтвержденным диагнозом ВП. В исследование включены пациенты обоих полов старше 18 лет, не получавшие антибактериальную терапию на догоспитальном этапе. Средняя длительность заболевания на момент госпитализации составляла 7 (4; 10) дней. У всех участников исследования получено добровольное информированное согласие. В первые сутки с момента поступления в стационар проводились физикальное, лабораторное, общеклиническое исследование (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма) и рентгенологическое обследование. Обзорная рентгенография органов грудной клетки выполнена на аппарате Siemens (Германия). Также в первые сутки с момента госпитализации всем исследуемым определено

значение ПКТ плазмы при помощи нового иммунохроматографического полуколичественного ПКТ-ЭТ (ПрокальцитонинТест НПО «БиоТест», Россия). Интерпретация результатов этого экспресс-теста осуществлялась по степени интенсивности окрашивания тестовой полосы (диапазон градуировки полос ПКТ-ЭТ – от 0 до 10 нг/мл). Значения менее 0,5 нг/мл расценивались как отрицательные, диапазон 0,5–2 нг/мл как «пограничные», высокими считались значения экспресс-теста более 2 нг/мл [11]. Наряду с ПКТ-ЭТ определялась количественная концентрация ПКТ в плазме методом твердофазного иммуноферментного анализа (Прокальцитонин-ИФА-Бест). Тяжесть дыхательной недостаточности (ДН) определялась по степени насыщения гемоглобина кислородом –  $HbO_2$  (%) [12]. Оценка тяжести состояния пациентов с ВП и риска летального исхода рассчитывалась по шкале CURB-65/CRB-65 (confusion – urea – respiratory rate – blood pressure – age). Известно, что у пациентов с уровнем значений этой шкалы не более 1 балла летальность составляет 1,5%, при уровне в 2 балла – 9,2%, а для пациентов с ее значениями более 3 баллов летальность оценивается в 22% [13].

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета программ SPSS 13.0. Определялся характер распределения количественных признаков методом Колмогорова–Смирнова. В случае нормального распределения вычислялось среднее значение ( $M$ ) и стандартное отклонение ( $SD$ ). При сравнении двух нормально распределенных выборок использовался  $t$ -тест Стьюдента. Связи между признаками оценивались с помощью корреляционного анализа по Спирмену и бинарной логистической регрессии. При оценке качественных признаков применялся критерий  $\chi^2$ . Во всех процедурах статистического анализа критический уровень значимости нулевой статистической гипотезы ( $p$ ) принимался равным 0,05.

## Результаты и обсуждение

Среди обследованных пациентов 65 (52,8%) женщин и 58 (47,2%) мужчин. Число курящих составило 47 (38,2%). Показатели ПКТ-ЭТ  $\leq 0,5$  нг/мл зафиксированы у 83 (67,5%) пациентов, диапазон 0,5–2 нг/мл наблюдался у 25 (20,3%), а значения 2–10 нг/мл – у 4 (3,3%). Значения ПКТ-ЭТ  $\geq 10$  нг/мл зафиксированы у 11 (8,9%) человек. Рентгенологически сегментарная пневмония диагностирована у 38 (30,9%) больных, полисегментарная пневмония – у 85 (69,1%). Инфильтративные изменения 2 сегментов зафиксированы у 44 (35,8%) человек, у 19 (15,4%) наблюдалось поражение 3 сегментов. Число пациентов, имеющих 4 пораженных сегмента, составило 10 (8,1%). Число больных с наличием 5 пораженных сегментов – 4 (3,3%). Также у 4 (3,3%) больных диагностировано поражение 6 сегментов. Инфильтративные изменения 7 сегментов определены у 2 (1,6%) больных. У 1 (0,8%) больного зафиксировано 8 пораженных сегментов. У 1 (0,8%) пациента обнаружено поражение 9 сегментов (максимальное количество). ДН определена у 64 пациентов, а именно ДН 1-й степени наблюдалась у 46 (37,4%) человек, 2-й степени – у 17 (13,8%) и 3-й – у 1 (0,8%), у 59 (48,0%) пациентов признаков ДН не отмечалось. Состояние средней степени тяжести зафиксировано у 114 (92,7%) больных, тяжелое – у 8 (6,5%) и крайне тяжелое – у 1 (0,8%). При оценке тяжести состояния и риска летального исхода по шкале CURB-65/CRB-65 у 79 (65,2%) больных определено 0 баллов, у 37 (30,1%) – 1, значения в 2 балла зафиксированы у 6 (4,9%) больных и у 1 (0,8%) – 4 балла. Осложнения в виде гидроторакса выявлены у 18 (14,6%) пациентов, а летальные события в госпитальный период наступили у 3 (2,4%) больных.

**Таблица 1. Клинические, лабораторные и инструментальные показатели обследованных пациентов**

Показатели	Значение
Возраст (M±SD), лет	49,7±21,0
САД (M±SD), мм рт. ст.	121,6±17,1
ДАД (M±SD), мм рт. ст.	76,2±10,7
ЧСС (M±SD), уд/мин	86,3±10,9
ЧДД (M±SD), в мин	17,8±2,0
НЬО <sub>2</sub> (M±SD), %	94,4±4,1
Эритроциты (M±SD), 10 <sup>12</sup> /л	4,1±0,6
Гемоглобин (M±SD), г/л	122,9±17,9
СОЭ (M±SD), мм/ч	23,5±14,2
Фибриноген (M±SD), г/л	5,5±2,6
ПКТ количественный (M±SD), нг/мл	5,0±20,4
ПКТ-ЭТ (M±SD), нг/мл	0,5±0,9
АЛТ (M±SD), ед/л	38,4±56,4
АСТ (M±SD), ед/л	41,1±65,1
Креатинин (M±SD), мкмоль/л	86,0±67,4
Общий белок (M±SD), г/л	69,6±9,9

**Примечание.** САД – систолическое артериальное давление, ДАД – диастолическое артериальное давление.

Клинические, лабораторные и инструментальные характеристики обследованных пациентов представлены в **табл. 1**.

В **табл. 2** представлены результаты корреляционного анализа связей с клиническими, лабораторными и инструментальными показателями у пациентов с ВП.

Выявлены положительные ассоциации полуколичественного ПКТ-ЭТ $\geq$ 2 нг/мл со степенью ДН, частотой дыхательных движений (ЧДД), частотой сердечных сокращений (ЧСС), СОЭ и фибриногеном. Кроме этого, ПКТ-ЭТ $\geq$ 2 нг/мл прямо связан со значениями шкалы CRB-65, креатинином и аспаргатаминотрансферазой (АСТ). Обнаружены отрицательные корреляционные связи ПКТ-ЭТ $\geq$ 2 нг/мл с САД, НЬО<sub>2</sub>, эритроцитами в общем анализе крови, общим белком и альбумином в биохимическом анализе крови.

Определены сопряженности ПКТ-ЭТ $\geq$ 2 нг/мл с рентгенологически зафиксированным полисегментарным поражением легких ( $\chi^2=4,7$ ;  $p=0,030$ ), а также с гидротораксом ( $\chi^2=4,8$ ;  $p=0,029$ ) и летальными исходами ВП ( $\chi^2=22,1$ ;  $p=0,001$ ).

Связи наличия у обследованных пациентов полисегментарной пневмонии с клиническими, лабораторными и инструментальными показателями представлены в **табл. 3**.

Обнаружено, что полисегментарная ВП положительно коррелирует с ПКТ-ЭТ $\geq$ 2 нг/мл ( $p=0,030$ ) и количественным ПКТ ( $p=0,004$ ), а также со степенью тяжести ДН ( $p=0,001$ ), ЧСС ( $p=0,001$ ), аланинаминотрансферазой – АЛТ ( $p=0,009$ ), АСТ ( $p=0,012$ ) и креатинином ( $p=0,034$ ).

Для определения наиболее значимых ассоциаций ПКТ-ЭТ $\geq$ 2 нг/мл с клинико-лабораторными показателями пациентов с ВП проведен регрессионный анализ. В качестве зависимой переменной использовался ПКТ-ЭТ $\geq$ 2 нг/мл, как независимые переменные в анализ включены СОЭ, значения шкалы CURB-65/CRB-65 и количество рентгенологически установленных пораженных сегментов легких. Нами получены высокие квалификационные характеристики регрессионной модели ( $\chi^2=27,4$ ;  $p<0,001$ ). Установлено, что переменная ПКТ-ЭТ $\geq$ 2 нг/мл при ВП прямо зависела от количества рентгенологически установленных пораженных сегментов легких (отношение шансов 1,70, 95% доверительный интервал – 1,04–2,60). Полученные результаты

**Таблица 2. Корреляционные связи ПКТ-ЭТ $\geq$ 2 нг/мл с клиническими, лабораторными и инструментальными показателями**

Корреляционные пары	r	p
ПКТ-ЭТ и степень ДН	0,315	0,001
ПКТ-ЭТ и ЧДД	0,299	0,001
ПКТ-ЭТ и ЧСС	0,429	0,001
ПКТ-ЭТ и НЬО <sub>2</sub>	-0,453	0,001
ПКТ-ЭТ и САД	-0,202	0,025
ПКТ-ЭТ и эритроциты	-0,203	0,024
ПКТ-ЭТ и СОЭ	0,223	0,021
ПКТ-ЭТ и фибриноген	0,278	0,003
ПКТ-ЭТ и общий белок	-0,207	0,025
ПКТ-ЭТ и альбумин	-0,285	0,002
ПКТ-ЭТ и креатинин	0,183	0,048
ПКТ-ЭТ и АСТ	0,236	0,011
ПКТ-ЭТ и CRB-65	0,366	0,001

свидетельствуют о том, что у обследованных пациентов с высокими значениями ПКТ-ЭТ ( $\geq$ 2 нг/мл) вероятность наличия полисегментарной ВП возрастает в 1,7 раза.

Согласно имеющимся сведениям ПКТ прямо отражает тяжесть различных инфекционно-бактериальных заболеваний [14]. В нашем исследовании не проводилась верификация возбудителей ВП, однако известно, что наиболее часто встречающимися этиологическими факторами ВП являются бактериальные агенты [15]. Таким образом, выявленные в настоящем исследовании ассоциации ПКТ-ЭТ $\geq$ 2 нг/мл с показателями, отражающими тяжесть ВП (степень ДН, ЧСС, ЧДД, САД, НЬО<sub>2</sub>, лабораторные и рентгенологические характеристики), соответствуют указанным сведениям. Нами определены сопряженности ПКТ-ЭТ $\geq$ 2 нг/мл с осложнениями ВП (с рентгенологически зафиксированным полисегментарным поражением легких, гидротораксами и летальными исходами). Согласно данным ранее проведенного исследования у больных тяжелой ВП высокие значения ПКТ (не менее 2 нг/мл) ассоциированы с другими госпи-

**Таблица 3. Корреляции полисегментарного поражения легких при ВП с клиническими, лабораторными и инструментальными показателями**

Корреляционные пары	r	p
Полисегментарная пневмония и ПКТ количественный	0,304	0,004
Полисегментарная пневмония и ПКТ-ЭТ	0,195	0,030
Полисегментарная пневмония и тяжесть состояния	0,188	0,001
Полисегментарная пневмония и степень ДН	0,136	0,001
Полисегментарная пневмония и НЬО <sub>2</sub>	-0,281	0,002
Полисегментарная пневмония и ЧСС	0,163	0,001
Полисегментарная пневмония и альбумин	-0,222	0,018
Полисегментарная пневмония и АЛТ	0,240	0,009
Полисегментарная пневмония и АСТ	0,233	0,012
Полисегментарная пневмония и креатинин	0,196	0,084

тальными осложнениями в виде токсического гепатита, нефрита, анемии, а также с проявлениями синдрома полиорганной недостаточности [16]. Близкие результаты получены в исследовании Y. Wang и соавт. (2019 г.). В нем изучена значимость ПКТ в оценке тяжести и прогнозе ВП. По результатам исследования определено, что уровень ПКТ прямо ассоциирован с тяжелым течением ВП, а также с летальными исходами ВП. По мнению этих исследователей, определение ПКТ в первые сутки с момента поступления в стационар является эффективным показателем оценки тяжести и прогноза ВП [17]. Представленные выше данные коррелируются с результатами, полученными в нашем исследовании, и подтверждают мнение о том, что ПКТ-ЭТ  $\geq 2$  нг/мл является диагностически значимым маркером осложненного течения ВП. Кроме этого, с помощью многофакторного анализа нами продемонстрировано, что уровень ПКТ-ЭТ  $\geq 2$  нг/мл у пациентов указывает на высокую вероятность наличия полисегментарной ВП.

Исходя из изложенного нам представляется, что «прикроватное» использование нового ПКТ-ЭТ позволяет оптимизировать диагностику осложнений ВП и определять высокий риск полисегментарной ВП.

### Заключение

Уровень нового полуколичественного ПКТ-ЭТ не менее 2 нг/мл прямо ассоциирован с клиническими, лабораторными и рентгенологическими показателями, отражающими тяжесть ВП, а также с рентгенологически зафиксированным полисегментарным поражением легких и осложнениями (гидротораксы и летальные исходы).

Использование нового полуколичественного ПКТ-ЭТ позволяет оптимизировать диагностику осложнений ВП и определять высокий риск полисегментарной пневмонии.

**Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.**

### Список сокращений

АЛТ – аланинаминотрансфераза  
АСТ – аспаргатаминотрансфераза  
ВП – внебольничная пневмония  
ДН – дыхательная недостаточность  
ПКТ – прокальцитонин

ПКТ-ЭТ – экспресс-тест для определения прокальцитонина  
САД – систолическое артериальное давление  
ЧДД – частота дыхательных движений  
ЧСС – частота сердечных сокращений  
HbO<sub>2</sub> – насыщение гемоглобина кислородом

### ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Ramirez JA, Wiemken TL, Peyrani P, et al. University of Louisville Pneumonia Study Group. Adults hospitalized with pneumonia in the United States: incidence, epidemiology, and mortality. *Clin Infect Dis*. 2017;65(11):1806-12. doi: 10.1093/ofid/ofx163.1493
- Mandell LA. Community-acquired pneumonia: an overview. *Postgraduate Medicine*. 2015;127(6):607-15. doi: 10.1080/00325481.2015.1074030
- Респираторная медицина: руководство. В 3 т. 2-е изд. Под ред. А.Г. Чучалина. М.: Литтерра, 2017. Т. 2 [Respiratory medicine: a guide. Ed. A.G. Chuchalin. Moscow, 2017. V. 2 (In Russ.)].
- Garnacho-Montero J, Barrero-García I, Gómez-Prieto MG, et al. Severe community-acquired pneumonia: current management and future therapeutic alternatives. *Expert Rev Anti-infective Ther*. 2018;16(9):667-77. doi: 10.1080/14787210.2018.1512403
- Вельков В.В. Биомаркеры неонатального сепсиса: С-реактивный белок, прокальцитонин, пресеписин. *Мед. алфавит*. 2016;13:9-19 [Velkov VV. Biomarkers of neonatal sepsis: C-reactive protein, procalcitonin, presepsin. *Medical Alphabet*. 2016;13:9-19 (In Russ.)].
- Finch S, Keir HR, Dicker AJ, et al. The past decade in bench research into pulmonary infectious diseases: What do clinicians need to know? *Respirology*. 2017;22:1062-72. doi: 10.1111/resp.13106
- Pantzaris ND, Spilioti DX, Psaromyalou A, et al. The Use of Serum Procalcitonin as a Diagnostic and Prognostic Biomarker in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Exacerbations: A Literature Review Update. *J Clin Med Res*. 2018;10(7):545-51. doi: 10.14740/jocmr3458w
- Колосов В.П., Кочегарова Е.Ю., Нарышкина С.В. Внебольничная пневмония. Клиническое течение, прогнозирование исходов. Благовещенск: Фабрика рекламы, 2012 [Kolosov VP, Kochegarova EYu, Naryshkina SV. Community-acquired pneumonia. Clinical course, prediction of outcomes. Blagoveshchensk: Advertising Factory, 2012 (In Russ.)].
- Кочегарова Е.Ю., Колосов В.П. Значение прокальцитонина и цитокинов в прогнозировании осложненного течения внебольничной пневмонии. *Бюллетень*. 2011;40:48-51 [Kochegarova EYu, Kolosov VP. The importance of procalcitonin and cytokines in predicting the complicated course of community-acquired pneumonia. *Bulletin*. 2011;40:48-51 (In Russ.)].
- Eley CV, Sharma A, Lecky DM, et al. Qualitative study to explore the views of general practice staff on the use of point-of-care C reactive protein testing for the management of lower respiratory tract infections in routine general practice in England. *BMJ Open*. 2018;8(10):e023925. doi: 10.1136/bmjopen-2018-023925
- Naderi HR, Sheybani F, Sarvghad M, et al. Can Procalcitonin Add to the Prognostic Power of the Severity Scoring System in Adults with Pneumonia? *Tanaffos*. 2015;14(2):95-106.
- Пульмонология: национальное руководство. Под ред. А.Г. Чучалина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 [Pulmonology: national guidelines. Ed. A.G. Chuchalin. Moscow: GEOTAR-Media, 2009 (In Russ.)].
- Елисеев А.О., Насибуллина Э.В. Оценка степени тяжести пациентов с внебольничной пневмонией с помощью шкалы CRB-65. *Вестн. Башкирского гос. мед. ун-та*. 2019;1:38-42 [Eliseev AO, Nasibullina EV. Assessing the severity of patients with community-acquired pneumonia using the CRB-65 scale. *Bulletin of the Bashkir State Medical University*. 2019;1:38-42 (In Russ.)].
- Davies J. Procalcitonin. *J Clin Pathol*. 2015;68(9):675-9. doi: 10.1136/jclinpath-2014-202807
- Lim YK, Kweon OJ, Kim HR, et al. Impact of bacterial and viral coinfection in community-acquired pneumonia in adults. *Diagnostic Microbiol Infect Dis*. 2019;94(1):50-4. doi: 10.1016/j.diagmicrobio.2018.11.014
- Кочегарова Е.Ю., Колосов В.П. Значение прокальцитонина и цитокинов в прогнозировании осложненного течения внебольничной пневмонии. *Бюллетень*. 2011;40:48-51 [Kochegarova EYu, Kolosov VP. The importance of procalcitonin and cytokines in predicting the complicated course of community-acquired pneumonia. *Bulletin*. 2011;40:48-51 (In Russ.)].
- Wang Y, Zhang S, Li L, et al. The usefulness of serum procalcitonin, C-reactive protein, soluble triggering receptor expressed on myeloid cells 1 and Clinical Pulmonary Infection Score for evaluation of severity and prognosis of community-acquired pneumonia in elderly patients. *Arch Gerontol Geriatr*. 2019;80:53-7. doi: 10.1016/j.archger.2018.10.005



Статья поступила в редакцию /  
The article received: 05.05.2020

OMNIDOCTOR.RU