

АНАЛИЗ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ И В СТАЦИОНАРЕ

Жук Е.А., Мясоедова С.Е., Портная О.Н., Васильева В.П.

ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава

Кафедра терапии и эндокринологии ФДППО

МУЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Иваново»

РЕЗЮМЕ С целью оценки соответствия ведения больных внебольничными пневмониями современным клиническим рекомендациям проанализированы 207 историй болезни и 50 амбулаторных карт. Выявлена необходимость оптимизации этиологической диагностики пневмоний, антибактериальной терапии, диспансерного наблюдения после перенесенной пневмонии.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, поликлиника, стационар, диагностика, антибактериальная терапия.

Внебольничные пневмонии относятся к числу наиболее распространенных острых инфекционных заболеваний. По данным официальной статистики (Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения МЗ РФ), в 1999 г. в России среди лиц в возрасте 18 лет и старше было зарегистрировано немногим более 440 000 случаев внебольничной пневмонии (3,9‰), а в 2003 г. во всех возрастных группах показатель заболеваемости составил 4,1‰. Однако эти показатели не отражают истинной заболеваемости, которая согласно расчетам достигает 14-15‰, а общее число больных ежегодно в нашей стране превышает 1 500 000 человек [1, 4].

Летальность при внебольничной пневмонии оказывается наименьшей (1—3%) у лиц молодого и среднего возраста без сопутствующих заболеваний. У пациентов старше 60 лет при наличии серьезной патологии (хроническая обструктивная болезнь легких, злокачественные новообразования, алкоголизм, сахарный диабет и др.), а также в случаях тяжелого течения внебольничной пневмонии этот показатель достигает 15—30% [1, 2, 3].

В настоящее время в нашей стране на основе международных рекомендаций и наиболее достоверных данных современной науки и практики разработаны клинические рекомендации и стандарты по диагностике, лечению, профилактике наиболее распространенных заболеваний внутренних органов, в том числе по внебольничным пневмониям [2, 3].

Антибактериальная терапия является единственным научно обоснованным направлением лечения внебольничной пневмонии [2, 3].

Согласно современным клиническим рекомендациям и стандартам [2, 3], в амбулаторной практике при лечении нетяжелой пневмонии у пациентов в возрасте до 60 лет без сопутствующих заболеваний препаратами выбора являются амоксициллин или макролиды для приема внутрь, а при нетяжелой пневмонии у лиц старше 60 лет и/или с сопутствующими заболеваниями — амоксициллин + клавулановая кислота или цефуроксим. В качестве альтернативных препаратов у пациентов обеих групп рекомендуются респираторные фторхинолоны.

Zhuk E.A., Myasoedova S.E., Portnaya O.N., Vasilieva V.P.

ANALYSIS OF TREATMENT FOR PATIENTS WITH EXTRAHOSPITAL PNEUMONIA IN OUT-PATIENT AND IN-PATIENT DEPARTMENTS

ABSTRACT 207 case histories and 50 ambulatory files were analyzed in order to evaluate the compliance of treatment for patients suffered from extrahospital pneumonia with current clinical recommendations. The necessity to optimize the etiologic diagnosis of pneumonia, antibacterial therapy, follow-up studies was revealed.

Key words: extrahospital pneumonia, in-patient department, out-patient department, diagnosis, antibacterial therapy.

Антибиотиками выбора для стартовой эмпирической терапии при пневмониях нетяжелого течения у госпитализированных пациентов являются бензилпенициллин, ампициллин, амоксициллин + клавулановая кислота, цефалоспорины 2-3 поколения; при пневмониях тяжелого течения — цефалоспорин 3-4 поколения + макролид, амоксициллин/клавулановая кислота + макролид. Начинают терапию с парентеральных антибиотиков.

Альтернативными препаратами являются респираторные фторхинолоны, а при тяжелых пневмониях также комбинация ранних фторхинолонов (ципрофлоксацин, офлоксацин внутривенно) + цефалоспорины третьего поколения внутривенно [2, 3].

Первоначальная оценка эффективности антибактериальной терапии должна проводиться через 48—72 часов после начала лечения. Основными критериями эффективности в эти сроки являются снижение интоксикации и температуры тела, отсутствие дыхательной недостаточности. Если у пациента сохраняются лихорадка и интоксикация или прогрессируют симптомы заболевания, то лечение признается неэффективным. В этом случае следует пересмотреть тактику антибактериальной терапии [1, 2, 3].

Цель нашей работы — выяснить, насколько ведение больных пневмониями в повседневной практике соответствует современным клиническим рекомендациям, выявить проблемы диагностики и лечения данного заболевания и наметить подходы к их решению.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проанализировано 207 историй болезни пациентов с диагнозом «внебольничная пневмония», находившихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении городской клинической больницы № 4 в 2004 г. Среди больных данной группы было 115 мужчин (60,4%) и 82 женщины (39,6%). Преобладали пациенты старших возрастных групп (42,5% были старше 60 лет), а также представители социально незащищенных групп населения: пенсионеры — 26,1%, инвалиды — 17,9%, неработающие лица — 15%.

У большинства пациентов отмечалась правосторонняя пневмония — 144 человека (69,5%), левосторонняя пневмония диагностирована у 44 (21,3%), двухсторонняя — у 19 (9,2%). Критериям тяжелого течения пневмонии соответствовали 34 случая (16,4%).

Среди осложнений основного заболевания нужно отметить экссудативный плеврит — у 35 больных (16,9%), абсцедирование легочной

ткани — у 7 (3,4%), эмпиема — у 2 (1%), септический шок — у 5 (2,4%).

Из сопутствующих заболеваний наиболее часто наблюдались хроническая обструктивная болезнь легких — у 56 больных (32,8%), гипертоническая болезнь — у 48 (23,2%), ишемическая болезнь сердца, стенокардия — у 30 (14,5%), постоянная форма фибрилляции предсердий — у 12 (5,8%), постинфарктный кардиосклероз — у 8 (3,9%), хронический гепатит — у 14 (6,8%), хронический панкреатит — у 7 (3,4%), анемия — у 14 (6,8%), хронический пиелонефрит — у 9 (4,3%) пациентов.

Проанализированы также амбулаторные карты 50 больных внебольничными пневмониями, которые лечились в поликлинических условиях, в районах обслуживания двух городских поликлиник г. Иваново. В этой группе было 29 женщин и 21 мужчина. Среди амбулаторных пациентов с внебольничными пневмониями преобладали работающие лица молодого и среднего возраста (80% — лица моложе 60 лет). В поликлинических условиях лечились больные с нетяжелым неосложненным течением пневмонии.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При поступлении в стационар жалобы на кашель с мокротой предъявляли 130 человек (62,8%), сухой кашель — 48 (23,1%), одышку — 104 (50,2%), боли в грудной клетке — 68 (32,9%).

При анализе анамнеза болезни госпитализированных пациентов обращает на себя внимание позднее обращение за медицинской помощью у значительной части больных. В среднем срок от начала заболевания до обращения составил 7,6 дня. Как правило, самостоятельно больные антибактериальных препаратов не принимали, использовали только жаропонижающие, противокашлевые средства. Средний срок от момента обращения к врачу до госпитализации в стационар составил 3,3 дня. Большинство пациентов госпитализировано в первые двое суток после обращения — 138 человек (66,7%). На 3-4-й дни поступили в стационар 15 человек (10,7%), на 5-6-й — 24 (11,6%), в более поздние сроки — 30 больных (14,5%).

При объективном обследовании тахипноэ (частота дыхания — 20 и более в минуту) отмечалось у 96 человек (46,4%), притупление перкуторного звука над пораженным участком легкого — у 104 (50,2%), влажные хрипы или крепитация — у 153 (73,9%). В подавляющем большинстве случаев диагноз был подтвержден рентгенологически; только в 5 случаях (2,4%)

при рентгенографии грудной клетки инфильтрации не было выявлено, но отмечались все типичные клинические признаки заболевания. Лейкоцитоз (число лейкоцитов 10 Г/л и более) отмечался у 40 человек (19,3%), сдвиг лейкоцитарной формулы влево — у 66 (31,9%).

Бактериологическое исследование мокроты с определением чувствительности выделенного микроорганизма к антибиотикам выполнено в 80 случаях (38,6%). *S. pneumoniae* выделен из мокроты у 18 больных (8,7%), *S. Haemolyticus* — у 11 (5,3%), *Enterobacter* — у 7 (3,4%), *Klebsiella* — у 2 (1%), *E. coli* — у 2 (1%), *S. aureus* — у 3 (1,4%), *M. catarrhalis* — у 2 (1%), *S. pyogenes* — у 1 (0,5%), *Ps. Aeruginosae* — у 1 (0,5%). В остальных случаях выделялись микроорганизмы (чаще *Str. viridans*, *Neisseria*), для которых нехарактерно развитие бронхолегочного воспаления. Наличие этих микробов, скорее всего, свидетельствует о контаминации материала флорой верхних дыхательных путей. Практически во всех случаях отмечалась чувствительность выделенного пневмококка к ампициллину, грам-отрицательных бактерий (кишечной палочки, клебсиеллы, энтеробактера) — к ципрофлоксацину, цефтриаксону, цефотаксиму.

У всех больных в первые часы пребывания в стационаре начата антибактериальная терапия. Антибиотики, применявшиеся для стартовой терапии, приведены в таблице.

Смена антибиотика в процессе лечения проводилась у 38 пациентов (18,3%). Вполне обоснована смена препарата в 15 случаях. Неэффективность первоначально назначенного антибиотика отмечена у 11 пациентов: 6 из них первоначально получали ампициллин, 2 — ампиокс, 2 — цефазолин + эритромицин. В двух случаях необходимость смены антибиотиков объяснялась не-

желательностью длительного применения первоначально назначенного в составе комбинированной терапии гентамицина. У двух больных развилась аллергическая реакция на первоначально назначенный антибиотик.

Кроме антибактериальных препаратов наиболее часто пациенты получали муколитики и отхаркивающие средства — 126 человек (60,9%), бронхорасширяющие медикаменты — 120 (60%), нестероидные противовоспалительные препараты 86 (41,5%), антигистаминные — 30 (14,5%), иммуноглобулин — 20 (9,7%). Дезинтоксикационная терапия проводилась в 96 случаях (46,4%).

Продолжительность пребывания больного в стационаре в среднем составила 17,6 койко-дней.

Большинство пациентов выписано с выздоровлением — 173 (83,6%), с улучшением — 23 (11,1%); 5 (2,4%) переведены в другие лечебные учреждения в связи с осложнениями пневмонии или необходимостью дообследования для исключения онкопатологии или туберкулеза легких.

Медленное разрешение пневмонии у группы пациентов, выписавшихся с улучшением, можно объяснить тяжелым течением заболевания в 14 случаях, старческим возрастом (10 человек старше 65 лет), тяжелой сопутствующей патологией, поздним обращением за медицинской помощью. Только 2 человека из этой группы — работающие лица. Всем больным с медленно разрешающимися пневмониями при необходимости проводилось бронхоскопическое, томографическое исследование.

Летальный исход наступил в 6 случаях (2,9%). Все умершие — мужчины в возрасте от 39 до 58 лет (2 работающих, 2 инвалида, 2 безработных). У всех наблюдалось тяжелое течение

Таблица. Стартовая антибактериальная терапия

Препараты	Число больных	%
Ампициллин	66	31,9
Пенициллин	2	1
Цефазолин	45	21,7
Цефалоспорины третьего поколения (цефотаксим, цефтриаксон)	7	3,4
Эритромицин	12	5,8
Ципрофлоксацин	4	1,9
Ампиокс	17	8,2
Цефазолин + макролиды	23	11,1
Цефалоспорины третьего поколения + макролиды	3	1,4
Цефазолин + гентамицин	13	6,3
Ампициллин + гентамицин	15	7,2

пневмонии, у четырех пациентов — двухсторонняя пневмония. В 3 случаях пневмония была осложнена абсцедированием, в 3 — септическим шоком, в 3 — плевритом, в 2 — острой почечной недостаточностью, в 1 — перикардитом. У всех имелись признаки хронической алкогольной болезни.

Средний срок от начала заболевания до обращения за медицинской помощью составил 3,9 дня. Диагноз «пневмония» поставлен в первый день обращения за медицинской помощью у 28 человек (56%). 9 пациентов (18%) первоначально лечились с диагнозом ОРВИ (от 3 до 7 дней), 9 человек (18%) — с диагнозом «острый бронхит» (от 3 до 10 дней), 4 человека — с диагнозом «обострение хронической обструктивной болезни легких» (в течение 2-3 дней). Во всех случаях, за исключением одного, диагноз подтвержден рентгенологически.

Большинство больных получали антибактериальную терапию с первого дня обращения за медицинской помощью — 43 человека (86%), остальные 7 больных — с 3-4 дня.

В качестве препаратов стартовой антибактериальной терапии 15 больных (30%) получали цефазолин в качестве монотерапии, 3 пациента — цефазолин в сочетании с метронидазолом, 1 — цефазолин + макропен, 1 — цефазолин + гентамицин. В 26 случаях (52%) начато лечение с назначения амоксициллина, но в 6 из них на 3-7-й день назначен цефазолин, хотя обоснованной эту замену можно признать только у 3 случаях. В единичных случаях в качестве стартовой терапии применялись макропен, амоксиклав, доксициклин, ципрофлоксацин.

Из других медикаментов наиболее часто пациенты получали муколитики (бромгексин, амброксол, ацетилцистеин) — 34 человека (68%), глюконат кальция — 25 (50%), антигистаминные препараты — 4 (8%), ортофен — 4 (8%), сульфокамфокаин — 5 (10%).

Активные посещения участкового врача на дому осуществлялись только у 14 больных (28%) — от 1 до 4 посещений. Большинство пациентов осматривалось на приеме в поликлинике, число таких осмотров на одного пациента составило

от 2 до 8 (в среднем 3,7). Средняя продолжительность лечения в амбулаторных условиях составила 15,6 дня. У подавляющего большинства пациентов наблюдалось полное клиническое и рентгенологическое выздоровление от пневмонии, в двух случаях при выписке рентгенологически отмечалось локальное усиление легочного рисунка. Большинство больных взяты на диспансерное наблюдение, но в полном объеме оно осуществлено только у 3 пациентов.

ВЫВОДЫ

1. Требуется улучшения этиологическая диагностика пневмоний у госпитализированных пациентов. Микробиологическое исследование мокроты проводится у 38,6% госпитализированных пациентов; этиологически значимые микроорганизмы выделяются суммарно не более чем в 25% случаев.
2. Необходимо более широкое использование в качестве стартовой антибактериальной терапии «защищенных» пенициллинов, цефалоспоринов третьего поколения. Не всегда обоснована смена антибиотиков в процессе лечения пневмоний.
3. Неблагоприятные исходы пневмоний во многом связаны с несвоевременным началом адекватной антибактериальной терапии, поздней диагностикой на амбулаторном этапе.
4. Лечение больных с нетяжелым течением внебольничной пневмонии в целом успешно осуществляется в амбулаторных условиях. Однако антибактериальная терапия не во всех случаях соответствует современным клиническим рекомендациям. В амбулаторной практике редко используются эффективные макролидные антибиотики, «защищенные» пенициллины; не используются респираторные фторхинолоны.
5. Больные внебольничными пневмониями недостаточно активно наблюдаются участковыми терапевтами на дому. Редко в полном объеме проводится диспансерное наблюдение после перенесенной пневмонии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике: пособие для врачей. — М., 2003.
2. Клинические рекомендации. Пульмонология / под ред. А.Г. Чучалина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. — 240 с.
3. Клинические рекомендации. Стандарты ведения больных. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.
4. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Страчунский Л.С. Пневмония. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. — 464 с.

Поступила 01.10.2007 г.