

УДК 616.24-002-053.8

Досуточная летальность в стационаре при внебольничной пневмонии

А.Л. Вёрткин, А.В. Наумов, Е.И. Вовк, Л.А. Алексанян, Н.В. Вёрткина, Е.Н. Аринина

Кафедра клинической фармакологии Московского государственного медико-стоматологического университета имени Н.А. Семашко, Москва, Россия

Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи, Россия

Досуточная летальность является интегральным показателем качества медицинской помощи на догоспитальном этапе. Целью настоящего исследования была оценка практики диагностики и лечения внебольничной пневмонии в 17 случаях, закончившихся летальным исходом в первые 24 ч госпитализации. Рассматриваются возможные причины досуточной летальности, связанные как с лечебными, так и с организационными мероприятиями. Особое внимание уделено оценке степени тяжести внебольничной пневмонии, определению ее прогноза, а также

выявлению факторов риска осложненного течения и неблагоприятного исхода при данном заболевании. Подчеркивается необходимость использования врачами современных практических рекомендаций по диагностике и лечению внебольничной пневмонии, как в стационаре, так и на догоспитальном этапе, а также использования антибиотиков уже на этапе скорой медицинской помощи.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, летальность, догоспитальный этап, факторы риска, тяжелая пневмония, рекомендации.

First 24-hours Lethality in Hospitalized Patients with Community-Acquired Pneumonia

A.L. Vertkin, A.V. Naumov, E.I. Vovk, L.A. Alexanyan, N.V. Vertkina, E.N. Arinina

Department of clinical pharmacology, Moscow State Medical and Dental University named under N.A. Semashko, Moscow, Russia
National Scientific and Practical Society for Emergency Care, Russia

Community-acquired pneumonia remains one of the most common infections in population, and despite the wide array of antimicrobials, it is associated with high lethality rate. First 24-hours mortality is an integral characteristic of the quality of emergency medical care. A total of 17 community-acquired pneumonia cases, which consist 3% of all 580 deaths within the first 24 hours of hospitalization were accounted in this study. The aim of this study was to reflect a real practice of the management of community-acquired pneumonia. The paper represents an analysis of medical care pat-

terns in cases of deaths within 24 hours of hospitalization due to community-acquired pneumonia. The possible causes of first 24-hours lethality associated with medical interventions and organization were also considered. A focus on assessment of severity of the disease, prognosis as well as identification of risk factors for complicated course and death was made. Authors highlight that physicians both in hospital and outpatient settings should adhere to current guidelines for diagnosis and treatment of community-acquired pneumonia and use antimicrobials as early as within an outpatient emergency care.

Key words: community-acquired pneumonia, lethality, emergency care, risk factors, severe pneumonia, guidelines.

Контактный адрес:
Аркадий Львович Вёрткин
Эл. почта: kafedra2@dubki.ru

Внебольничная пневмония (ВП) остается одним из самых распространенных среди городского населения инфекционно-воспалительных заболеваний. При этом вне зависимости от национальных и этнических особенностей в любой стране мира она сопряжена с риском развития угрожающих жизни осложнений или летального исхода.

Неблагоприятному исходу ВП, помимо факторов, связанных с особенностями пациента (возраст, наличие сопутствующих заболеваний, пребывание в закрытых коллективах и т. д.), способствует позднее обращение за медицинской помощью, самолечение, ошибки в диагностике и лечении острейшего периода заболевания на различных этапах (догоспитальном, стационарном). Некоторые слишком поздно госпитализированные больные с ВП погибают уже в течение первых суток пребывания в стационаре. Так, среди исследованных нами 580 досуточных летальных исходов в двух многопрофильных стационарах Москвы на долю ВП, подтвержденной на аутопсии во всех случаях, пришлось 17 (3%).

Досуточная летальность является интегральным показателем адекватности и качества экстренной медицинской помощи, главным образом на догоспитальном этапе. В связи с этим основными задачами нашего исследования были оценка причин летального исхода при ВП в случаях, верифицированных на аутопсии, а также разработка алгоритма по определению риска неблагоприятного исхода у этой категории пациентов и по адекватной догоспитальной диагностике заболевания.

Особенность и адекватность медицинской помощи в случаях досуточной летальности при ВП в настоящем исследовании анализировали по трем направлениям: лечебно-диагностическая, организационная и социально-демографическая работа.

Лечебно-диагностическая работа оценивалась на этапе *скорой медицинской помощи* (СМП), т. е. в приемном отделении и/или *отделении реанимации и интенсивной терапии* (ОРИТ) стационара, исходя из ее соответствия российским национальным рекомендациям, включая рекомендации Национального научно-практического общества скорой медицинской помощи (ННПОСМП) [1], а также *Московским экономическим стандартам* (МЭС) [2]. При этом рассматривались: правильность выявления ведущего патологического синдрома; обоснованность предварительного диагноза на доклиническом этапе; адекватность оценки степени тяжести заболевания, состояния больного и риска осложненного течения и неблагоприятного исхода при ВП; соответствие направленности и объема лечебных мероприятий на догоспитальном этапе диагнозу ВП. Помимо этого анализировалась обоснован-

ность диагноза после лабораторного и инструментального обследования больного в стационаре и адекватность стационарного лечения ВП.

Организационная работа медицинских служб на различных этапах оказания помощи больным с ВП оценивалась с точки зрения ее своевременности и обоснованности, правильности выбора профиля лечебного учреждения для госпитализации больных и их распределения по степени тяжести в стационаре.

Социально-демографическая работа оценивалась с целью выявления в случаях досуточной летальности факторов риска неблагоприятного исхода ВП и факторов, влияющих на тактику лечения, которые связаны с демографическими, социальными и культурно-бытовыми особенностями пациентов.

Лечебно-диагностическая работа

На сегодняшний день в клинической практике используется большое количество международных и отечественных рекомендаций по диагностике и лечению больных ВП [1, 3–7]. Не подлежит сомнению, что эти рекомендации, основанные на принципах доказательной медицины (evidence-based medicine), содержат клинические критерии, имеющие очевидную значимость для диагностики ВП. Однако ценность международных рекомендаций в России, имеющей особенности системы оказания медицинской помощи и уникальную службу СМП, ограничена (как ни парадоксально) их интегральным подходом, не позволяющим выделить из алгоритма значимые для догоспитального этапа критерии диагноза ВП. Зарубежные рекомендации, ориентированные главным образом на стационарный этап, не позволяют российской службе СМП в полной мере решить проблему догоспитальной диагностики и лечения ВП. В связи с этим в 2002 г. *Национальным научно-практическим обществом скорой медицинской помощи* (ННПОСМП) были разработаны практические рекомендации по диагностике и лечению ВП на догоспитальном этапе [1]. Как видно из табл. 1, несмотря на различную адресность (стационар и догоспитальный этап) отечественных рекомендаций, наиболее значимые клинические критерии диагноза ВП совпадают. Обсуждая принципы диагностики ВП необходимо отметить, что деятельность всех звеньев оказания медицинской помощи одновременно, по крайней мере, в Москве регламентируют МЭС, применение которых на практике нередко вынуждает отступить от клинических стандартов и рекомендаций.

Во всех 17 исследованных нами случаях досуточных летальных исходов при ВП в документации службы СМП (сопроводительный лист, карта вызова) отсутствовала информация о клинических

Таблица 1. Рекомендации по диагностике ВП

Рекомендации ННПОСМП* [1]	Национальные рекомендации [7]	МЭС [2]
Клинические критерии (не менее 3): <ul style="list-style-type: none"> • кашель • отделение мокроты • одышка • боль в груди, связанная с дыханием • температура тела >38 °С 	<p>Диагноз ВП является определенным при рентгенологически подтвержденной очаговой инфильтрации легочной ткани и наличии как минимум двух клинических признаков:</p> <ul style="list-style-type: none"> • остролихорадочное начало заболевания (температура тела >38 °С); • продуктивный кашель; • локальные изменения при объективном обследовании (крепитация и/или мелкопузырчатые хрипы, жесткое или бронхиальное дыхание, укорочение перкуторного звука); • лейкоцитоз >10·10⁹/л и/или количество незрелых форм нейтрофилов >10% 	Рекомендации по диагностике отсутствуют
Объективные критерии (минимум 1): <ul style="list-style-type: none"> • влажные хрипы при аускультации • признаки уплотнения легочной ткани 		

Примечание: * – соответствуют рекомендациям Британского торакального общества [4].

симптомах, характерных для пневмонии, а также об инструментальном и/или лабораторном подтверждении этого диагноза в амбулаторных учреждениях. В 4 случаях была зарегистрирована температура тела >38 °С, в 3 случаях – артериальная гипотония (табл. 2). Сведения о длительности заболевания и предшествующей антибактериальной терапии также не были зарегистрированы в медицинской документации СМП и были получены только на стационарном этапе в результате опроса пациентов.

В приемном и лечебных отделениях стационара у 8 больных был выявлен кашель, из них у 4 – с отделением мокроты, у 14 – одышка, у 15 пациентов имелись аускультативные признаки пневмонии (влажные хрипы). Температура тела >38 °С зарегистрирована у 9 и 14 пациентов в приемном и лечебных отделениях соответственно (см. табл. 2).

В стационаре характерные для пневмонии клинические симптомы, указанные в национальных рекомендациях, были выявлены и зафиксированы в историях болезни во всех 17 случаях, что позволило с высокой степенью вероятности поставить диагноз ВП до ее рентгенологического и лабораторного подтверждения. Отсутствие на догоспитальном этапе зарегистрированных бронхолегочных симптомов ВП свидетельствует либо о том, что заболевание было диагностировано на основании минимальных клинических данных, что является маловероятным, либо о том, что выявленные симптомы ВП просто не были отражены в медицинской документации СМП.

Определение степени тяжести ВП в наибольшей мере определяет тактику на догоспитальном этапе и позволяет выделить категорию больных, требующих госпитализации и проведения интенсивной терапии и соответственно имеющих более высокий риск осложненного течения и неблагоприятного исхода заболевания (табл. 3). Однако в медицин-

ской документации СМП практически не были представлены данные о симптомах ВП, в том числе и внелегочных, которые бы позволили определить степень тяжести заболевания. Так, из внелегочных симптомов на этапе СМП артериальная гипотония была выявлена только в 3 случаях, тогда как в стационаре этот симптом был зарегистрирован у 10 пациентов. Из других критериев диагноза «тяжелая пневмония», указанных в национальных рекомендациях [7]: температура тела <35 °С или 40 °С, нарушение сознания, ЧДД >30 в минуту, ЧСС >125 в минуту и внелегочные очаги инфекции – ни один из них не был зафиксирован в медицинской документации СМП. В то же время во всех 17 случаях больные были госпитализированы в стационар, что само по себе достаточно убедительно свидетельствовало о тяжести их состояния.

Для оптимизации оценки степени тяжести ВП в рекомендациях Американского торакального общества [6, 8] предлагается выделять «малые» и «большие» критерии (см. табл. 3). К «малым» критериям относятся: ЧДД >30 в мин, РаО₂/FiО₂ <250, САД <90 и ДАД <60 мм рт. ст., мультилобарная (в том числе двусторонняя) инфильтрация легких. «Большими» критериями считаются: необходимость в проведении ИВЛ, увеличение размера инфильтрата более чем на 50% от исходного в течение 48 ч, септический шок или необходимость введения вазопрессорных препаратов более 4 ч, острая почечная недостаточность (ОПН). Диагноз тяжелой ВП ставится в том случае, если у пациента имеют место как минимум 1 «большой» или 2 «малых» критерия [6, 8].

Анализ историй болезни показывает, что на момент госпитализации течение ВП было расценено как тяжелое только у 10 из 17 больных. Более того, ни в одном случае в медицинской документации не был отмечен ведущий клинический синдром, кото-

Таблица 2. **Обоснованность диагноза ВП у пациентов, умерших в течение первых суток госпитализации (n=17)**

Диагностические критерии	СМП	Приемное отделение	Лечебные отделения (ОРИТ – 13, терапевтическое – 4)
Бронхолегочные симптомы			
Кашель	0	8	8
Отделение мокроты	0	4	4
Одышка	0	14	14
Боль в груди	0	0	0
Влажные хрипы	0	15	15
Внелегочные симптомы			
Температура тела >38 °С	4	9	14
Артериальная гипотония	3	0	10
ЧДД >30 в минуту	0	0	4
Нарушение сознания	0	0	0
Данные рентгенографии органов грудной клетки (n=13)			
Очаговая инфильтрация легкого:	–	13	
левосторонняя нижнедолевая		5	
двусторонняя полисегментарная		6	
билобарная		2	
Данные лабораторного исследования (n=16)			
Лейкоцитоз	–	4	6

Таблица 3. **Критерии оценки степени тяжести ВП**

Международные рекомендации [6, 8]	Рекомендации ННПОСМП [1]	МЭС [2]
<p>«Малые» критерии:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ЧДД >30 в мин • PaO₂/FiO₂ <250 • САД <90 мм рт. ст. • ДАД <60 мм рт. ст. • мультилобарная или двусторонняя инфильтрация <p>«Большие» критерии:</p> <ul style="list-style-type: none"> • потребность в ИВЛ • увеличение размера инфильтрата более чем на 50% по сравнению с исходным в течение 48 ч • септический шок или необходимость введения вазопрессорных препаратов в течение более 4 ч • ОПН 	<ul style="list-style-type: none"> • Нарушение сознания • ЧДД >30 в мин • САД <90 мм рт. ст. • ДАД <60 мм рт. ст. 	Не указываются

рый обуславливал тяжесть состояния больного. Таким образом, в большинстве историй болезни развернутый клинический диагноз, сформулированный в соответствии с национальными рекомендациями, отсутствовал и фактически представлял собой диагноз основного заболевания, поставленный в соответствии с МЭС. К сожалению, в реальной практике отсутствие развернутого клинического диагноза у госпитализированных пациентов встречается повсеместно и само по себе не считается нарушением МЭС [2].

Среди дополнительных методов исследования рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях (прямой и боковой) является общепри-

нятым стандартом диагностики пневмонии [3, 5, 6, 8–10]. При этом в международных рекомендациях особое внимание привлекается к случаям с диссоциацией клинических и рентгенологических признаков ВП, т. е. когда клинический диагноз не находит соответствующего рентгенологического подтверждения [8, 9]. В нашем исследовании рентгенографически были обследованы 13 из 17 больных. При этом левосторонняя нижнедолевая пневмония была диагностирована у 5 пациентов, двусторонняя полисегментарная – у 6, билобарная – у 2.

Для установления этиологии ВП необходимо проведение бактериоскопии окрашенного по Граму мазка и бактериологическое исследование мокроты

[6, 8–11]. Такое исследование является обязательным в стационаре и желательным для выполнения на амбулаторном этапе, при этом сбор мокроты для исследования следует осуществлять до начала антибактериальной терапии. В нашем исследовании бактериоскопия мазков мокроты не была проведена ни в одном случае, несмотря на то, что она входит в перечень обязательных методов исследования при ВП согласно МЭС [2].

В отношении дополнительных методов исследования при ВП следует ориентироваться на национальные рекомендации, так как они в большей степени ориентированы на лечебные и диагностические возможности в России и учитывают особенности системы оказания медицинской помощи [7]. Более того, в различных международных рекомендациях, опубликованных за последние несколько лет, место и значение того или иного метода диагностики существенно различаются [3–6]. Как видно из табл. 4, перечень методов дополнительного обследования больных с ВП, указанный в МЭС, отличается от такового, представленного в рекомендациях. Однако при более тщательном сравнении обнаруживается их значительное сходство, несмотря на то,

что некоторые различия являются существенными. Так, например, в МЭС не предусмотрены в качестве обязательных следующие методы исследования: определение активности аминотрансфераз, печеночные и почечные тесты, определение уровня электролитов, глюкозы, альбумина, коагулограммы, анализы на ВИЧ-инфекцию. С другой стороны, МЭС предполагают проведение ряда тестов, которые являются малоинформативными, имеют низкое клиническое значение при ВП (определение уровня общего белка, иммуноглобулинов, исследование ФВД), или выполняются всем без исключения больным, поступающим в стационар (ЭКГ и общий анализ мочи).

В нашем исследовании общий анализ крови был выполнен у 16 больных, с определением лейкоцитарной формулы только у 4 из них. Содержание глюкозы в крови было исследовано у 4, электролитов крови – у 10, креатинина – у 6, печеночные тесты – у 2 пациентов.

Одним из наиболее значимых факторов риска неблагоприятного исхода при ВП является наличие сопутствующих заболеваний [11–13]. Данные многочисленных исследований по установлению фак-

Таблица 4. **Дополнительные методы обследования пациентов с ВП в стационаре**

Международные рекомендации [6, 8]	МЭС [2]
	Рентгенография органов грудной клетки
Бактериоскопия окрашенной по Граму мокроты и ее посев	Анализ мокроты на микрофлору, определение чувствительности к антибиотикам выделенной микрофлоры
	Общий анализ крови
Биохимический анализ крови, включая определение уровня глюкозы, электролитов, функциональные тесты печени и почек	Биохимический анализ крови, включая определение уровня билирубина, общего белка и его фракций, С-реактивного белка
	Определение газов крови
Посев крови на гемокультуру	–
Пульсоксиметрия; при тяжелом течении ВП и наличии бронхолегочных заболеваний – определение газового состава артериальной крови	–
Обследование на ВИЧ	–
–	Общий анализ мочи
–	IgA, G, M
–	ЭКГ
–	Исследование ФВД
При плевральном выпоте – торакоцентез с последующим исследованием полученного материала: форменные элементы крови, уровень белка, глюкозы, активность ЛДГ, рН; бактериоскопия мазков, окрашенных по Граму и Цилю – Нильсену, культуральное исследование	Дополнительные исследования: <ul style="list-style-type: none"> • серологическое исследование • коагулограмма • тромбоэластограмма • обследование на ВИЧ • АСТ, АЛТ, K⁺, Na⁺ • определение группы крови и резус-фактора • анализ плевральной жидкости

торов риска неблагоприятного исхода ВП [1, 6, 8, 11] могут быть представлены в следующем обобщенном перечне факторов, ухудшающих течение и исходы ВП:

- ХОБЛ
- бронхоэктазы
- злокачественные новообразования*
- сахарный диабет
- хроническая почечная недостаточность*
- застойная сердечная недостаточность*
- цирроз печени
- хронический алкоголизм
- наркомания
- истощение
- цереброваскулярные заболевания*
- состояние после спленэктомии
- госпитализация в течение последнего года
- возраст старше 65 лет (50 лет*).

При этом следует отметить, что звездочкой в данном перечне отмечены факторы риска неблагоприятного исхода ВП, представленные Исследовательской группой по изучению исходов заболевания у пациентов с ВП (PORT) [11].

В исследуемой группе умерших больных с ВП данные о сопутствующих заболеваниях были зафиксированы в документации СМП только в 3 случаях (сердечная недостаточность – у 2 пациентов, декомпенсация сахарного диабета – у 1). В то же время, очевидно, что врачи СМП не имеют возможности ознакомиться с амбулаторными картами пациентов для получения более полной информации

о факторах риска осложненного течения и неблагоприятного исхода ВП. В приемном и лечебных отделениях стационара сопутствующая патология была выявлена у 9 больных: токсическая поливисцеропатия – в 6 случаях, хроническая обструктивная болезнь легких – в 3, застойная сердечная недостаточность – в 2, сахарный диабет – в 1. По результатам аутопсии сопутствующая патология была выявлена у 14 умерших, при этом у 10 пациентов были найдены маркеры хронического алкоголизма (гепатит, жировой гепатоз), в 3 случаях – признаки перенесенного инфаркта миокарда.

Выявление пациентов с тяжелой или прогностически неблагоприятной ВП существенно влияет на тактику лечения [1, 10, 14, 15]. Отсутствие регламентации терапии, направленной на поддержание жизненных функций и устранение дыхательной недостаточности, является основным отличием национальных и международных рекомендаций, содержащих информацию о выборе только этиотропной терапии ВП, от МЭС (табл. 5). В свою очередь, в МЭС перечислено большое количество препаратов различных групп, при этом без указания показаний к их применению (тяжесть ВП, ведущий клинический синдром и т. п.). Этим можно объяснить применение при тяжелой ВП, как на этапе СМП, так и в стационаре препаратов, использование которых не только не обосновано, но и потенциально опасно для пациента. Так, в нашем исследовании на догоспитальном этапе пациенты получали такие препараты, как преднизолон и дексаметазон – в 4 случа-

Таблица 5. Рекомендации по лечению ВП

Международные рекомендации [6, 8]	Рекомендации ННПОСМП [1]	МЭС [2]
<ul style="list-style-type: none"> • Первая доза антибиотика должна быть введена в первые 8 ч от начала заболевания • При нетяжелой ВП (легкой/среднетяжелой): пациентам <50 лет без сопутствующих заболеваний: макролиды, тетрациклины; пациентам >50 лет или с сопутствующими заболеваниями: «респираторные» фторхинолоны • В качестве альтернативы: амоксициллин/клавуланат или цефалоспорины II поколения • При тяжелой ВП: цефалоспорины III поколения; ингибиторозащищенный аминопенициллин + макролид; монотерапия «респираторными» фторхинолонами 	<p>Антибактериальная терапия на этапе СМП</p> <p>При нетяжелой ВП: klarитромицин или амоксициллин</p> <p>При тяжелой ВП: цефтриаксон или левофлоксацин, последующая госпитализация в стационар</p>	<p>Антибактериальная терапия (препараты не указаны)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Иммунозаместительная терапия • Отхаркивающие и муколитики • НПВС по показаниям (препараты не указаны) • Кортикостероиды по показаниям • Бронхолитики • Дезинтоксикационная терапия • Гепарин, введение плазмы и растворов • Введение белковых препаратов

ях, а также сульфокамфокаин, кордиамин, омнопон, трамадол, диазепам, димедрол, сульфат магния, фуросемид, калия хлорид, анальгин, дигоксин, витамины группы В, рибоксин, никотиновую кислоту, эуфиллин – по 1 случаю соответственно.

В отношении антибактериальной терапии наиболее существенные различия между МЭС, реальной клинической практикой и существующими национальными рекомендациями заключаются не столько в перечне антибиотиков выбора, сколько в сроках начала и определении режимов терапии в зависимости от тяжести и прогноза ВП (см. табл. 5). Следует отметить, что МЭС не требуют как можно более раннего начала антибактериальной терапии и преемственности между амбулаторной и последующей химиотерапией [2]. В то же время доказано, что введение антибиотиков при ВП позднее 8 ч от установления диагноза сопровождается достоверным увеличением числа летальных исходов [1, 16, 17]. В нашем исследовании на догоспитальном этапе ни одному больному с ВП антибиотиков не вводились. Необходимо отметить, что в соответствии с приказом МЗ РФ № 100 бригады СМП должны быть укомплектованы антибиотиками – левомицетином и стрептомицином сульфатом. В то же время эти антибактериальные препараты не соответствуют современным требованиям, в частности, стандартам лечения ВП [1].

В стационаре антибактериальная терапия проводилась всем 17 пациентам, однако во многих случаях выбор препаратов не соответствовал существующим национальным рекомендациям. В 4 случаях был назначен такой устаревший препарат как ампиокс (у 2 из них в виде монотерапии), который не показан в данной ситуации. В 5 случаях был назначен гентамицин, при этом у 2 пациентов в виде монотерапии. Хорошо известно, что в спектр активности гентамицина, как и других аминогликозидов, не входят пневмококки – основные возбудители ВП [9, 16]. Более того, аминогликозиды обладают низкой степенью проникновения в ткань легкого. Другими режимами антибактериальной терапии ВП в данном исследовании были ципрофлоксацин + метронидазол + ампициллин (6 случаев), монотерапия цефазолином (1 случай), цефотаксим + гентамицин (1 случай).

Таким образом, анализ лечебно-диагностической работы в данном исследовании позволяет сделать нижеследующие выводы.

- На догоспитальном этапе у пациентов с ВП не были выявлены патогномичные клинические симптомы ВП и сопутствующие заболевания, не проводилась оценка степени тяжести и риска неблагоприятного исхода ВП, не собирались данные о

предшествующем лечении, не назначалось адекватное лечение ВП. Несмотря на это, точность нозологической диагностики врачами СМП остается высокой, поэтому наиболее вероятной причиной отсутствия указанных данных является небрежность медицинских работников и непонимание важности тщательного оформления медицинской документации для обеспечения преемственности ведения больных с ВП на последующих этапах и в целом для дальнейшей судьбы больного.

- На стационарном этапе у больных с тяжелой ВП не выделялся ведущий клинический синдром, не проводилась оценка риска неблагоприятного исхода заболевания, не разрабатывалась рабочая концепция по диагностике. Тактика ведения и способы лечения выбирались эмпирически, без учета клинических данных и имеющихся международных и отечественных рекомендаций.

Организационные мероприятия

В соответствии с российскими рекомендациями пациенты с неблагоприятным течением ВП, которые составляют около 20%, требуют обязательной госпитализации, в то время как больные с нетяжелым течением заболевания могут лечиться амбулаторно [15, 17]. **Стратификация пациентов** с ВП на основании особенностей клинического течения и имеющихся факторов риска неблагоприятного исхода представлена в рекомендациях ННПОСМП [1, 15].

I группа: **пациенты с нетяжелой ВП без сопутствующих заболеваний**. Наиболее часто возбудителем ВП у этой категории больных (как правило, курильщиков с большим стажем) являются пневмококки, микоплазмы, респираторные вирусы. Частота выделения в качестве возбудителя *Haemophilus influenzae* остается невысокой. Прогнозируемая летальность в этой группе составляет менее 1–5% [8, 10].

II группа: **пациенты, нуждающиеся в госпитализации в терапевтическое отделение стационара**. К ним относятся лица с сопутствующими сердечно-сосудистыми и/или бронхолегочными заболеваниями и/или другими факторами риска, нередко – обитатели домов престарелых [12–14]. Наиболее частыми возбудителями ВП у таких пациентов являются пневмококки, в том числе штаммы, резистентные к бензилпенициллину, макролидам, триметоприму/сульфаметоксазолу (так называемые антибиотикорезистентные пневмококки). В этой группе пациентов, особенно у лиц, находящихся в домах престарелых, ВП также могут вызывать грамотрицательные микроорганизмы семейства *Enterobacteriaceae* [8, 13]. Прогнозируемая летальность, как правило, не превышает 5%.

III группа: **пациенты с тяжелым течением пневмонии** (количество лейкоцитов $<4 \times 10^9$ /л или $>30 \times 10^9$ /л, $\text{PaO}_2 <60$ мм рт. ст., $\text{PaCO}_2 >50$ мм рт. ст., креатинин крови $>176,7$ мкмоль/л, гемоглобин <90 г/л или гематокрит $<30\%$, рентгенологически подтвержденная мультилобарная инфильтрация и др.) и сопутствующей патологией [1, 14, 15]. Прогнозируемая летальность достигает 50%. Таким образом, эти пациенты требуют неотложной госпитализации в ОРИТ. Возбудителями ВП в этой группе являются пневмококки, *Legionella* spp., энтеробактерии, *Klebsiella* spp., *Staphylococcus aureus*, а также ассоциации микроорганизмов. У больных с бронхоэктазами, получающих системные глюкокортикоиды или антибиотики более 7 дней в течение последнего месяца, возбудителем пневмонии может быть *Pseudomonas aeruginosa*.

В нашем исследовании в 6 из 17 случаев пациенты были госпитализированы в ОРИТ, минуя приемное отделение, 7 больных – в приемное отделение с последующим переводом в ОРИТ, 4 – в приемное отделение с последующим переводом в терапевтическое отделение. Из 4 больных, направленных в терапевтическое отделение, одна пациентка была переведена в ОРИТ через 25 мин после поступления в связи с прогрессированием дыхательной недостаточности. Другой пациент, который, по данным дежурного врача, находился в состоянии средней тяжести, умер в отделении через 6 ч. Третий пациент – мужчина, злоупотребляющий алкоголем, умер в отделении через 7 ч. Четвертый пациент – пожилой мужчина с двусторонней пневмонией умер в отделении через 2 ч.

В 4 случаях риск неблагоприятного исхода ВП был изначально недооценен. В ОРИТ, минуя приемное отделение, было госпитализировано менее половины больных. Таким образом, недооценка риска неблагоприятного исхода и осложнений ВП, а также недостаточно тщательное наблюдение, не позволившее выявить симптомы прогрессирования заболевания, привели к непрофильной госпитализации и соответственно неадекватному лечению одной трети больных.

Социально-демографические особенности пациентов с ВП

Во многом этот раздел работы повторяет изложенное выше, поскольку его основной целью являлся поиск возможных причин снижения иммунологической реактивности и общей резистентности организма, связанных с социальными и демографическими особенностями пациентов. В этой группе факторов особое место занимают «социальные заболевания»: алкоголизм, наркомания и токсикоман-

ния, в том числе у людей без определенного места жительства, имеющих, как правило, ту или иную степень алиментарной дистрофии.

Оценка риска неблагоприятного исхода ВП должна уже на догоспитальном этапе включать основные демографические и конституциональные факторы, такие как возраст, семейное положение, курение и его стаж, пребывание в заключении, принадлежность к мигрантам, наличие психических заболеваний.

Важно, что в рассматриваемых нами случаях социально-демографические данные были описаны настолько скудно, что оказались практически недоступны анализу. Тем не менее важность регистрации социально-демографических данных и, по крайней мере, гласного обсуждения проблемы социальных заболеваний у больных с ВП может быть легко проиллюстрирована. Так, только в 1 случае из 17 хронический алкоголизм был зафиксирован в карте стационарного больного. В 6 случаях алкогольная поливисцеропатия нашла отражение только в посмертном диагнозе, в то время как, по данным аутопсии, хроническая алкогольная поливисцеропатия имела у 10 пациентов.

В заключение следует еще раз подчеркнуть, что в случаях досуточных летальных исходов у больных с ВП врачебный осмотр на догоспитальном этапе был несовершенен. В сущности, не были выделены клинические симптомы ВП и сопутствующие заболевания, не была оценена тяжесть и факторы риска неблагоприятного исхода ВП, не собран анамнез и данные о предшествующем лечении, не проводилось адекватное лечение ВП. Кроме того, совпадение диагноза ВП на догоспитальном этапе и в стационаре в рассматриваемых случаях не вполне отражает общую ситуацию с нозологической диагностикой на этапе СМП. Проблеме несоблюдения принципов нозологической диагностики на догоспитальном этапе будут посвящены последующие публикации с анализом причин несовпадения диагноза СМП (пневмония) и данных аутопсии в случаях с досуточной летальностью.

В стационаре у столь тяжелого контингента больных также не были выполнены установки по оценке ведущего клинического синдрома и риска неблагоприятного исхода заболевания, не была сформулирована рабочая диагностическая концепция. Выбор тактики этиотропного лечения также не всегда соответствовал современным требованиям.

Таким образом, одной из важнейших причин досуточной летальности при ВП является недооценка риска неблагоприятного исхода и осложнений заболеваний, а также недостаточно активное наблюдение за состоянием больных, что не позволяет вы-

явить симптомы прогрессирования ВП или является причиной непрофильной госпитализации больных и их неадекватного лечения. И наконец, несоблюдение рекомендаций по выявлению социально-демографических факторов риска неблагоприятно-

го исхода ВП позволяет констатировать необходимость совершенствования знаний врачей СМП о современных принципах ведения больных на догоспитальном этапе.

Литература

1. Прохорович Е.А., Вёрткин А.Л., Алексанян Л.А., Наумов А.В. Диагностика и лечение пневмонии на догоспитальном этапе. Неотложная терапия 2003; (1-2):32-40.
2. Комитет здравоохранения г. Москвы. Московские городские стандарты стационарной медицинской помощи для взрослого населения. М.; 1997.
3. ERS Task Force Report. Guidelines for management of adult community-acquired lower respiratory tract infections. European Respiratory Society. Eur Respir J 1998; 11:986-91.
4. British Thoracic Society Guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults. Thorax 2001;56 (Suppl 4):1-64.
5. Bartlett J.G., Dowell S.F., Mandell L.A., et al. Practice guidelines for the management of community-acquired pneumonia in adults. Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2000;31:347-82.
6. Niederman M.S., Mandell L.A., Anzueto A., et al.; American Thoracic Society. Guidelines for the management of adults with community-acquired pneumonia. Diagnosis, assessment of severity, antimicrobial therapy, and prevention. Am J Respir Crit Care Med 2001; 163:1730-54.
7. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Яковлев С.В., и соавт. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. Пособие для врачей. Клинический микробиологический журнал 2003; 5:198-224.
8. Синопальников А.И., Страчунский Л.С. Новые рекомендации по ведению взрослых пациентов с внебольничной пневмонией. Клинический микробиологический журнал 2001;3:355-70.
9. Mandell L.A. Community-acquired pneumonia. Etiology, epidemiology, and treatment. Chest 1995;108 (Suppl 2):35S-42S.
10. Fein A., Grossman R., Ost D., Farber B., Cassiere H. Diagnosis and management of pneumonia and other respiratory infections. Caddo: Professional Communications, Inc.; 1999.
11. Fine M.J., Auble T.E., Yealy D.M., et al. A prediction rule to identify low-risk patients with community acquired pneumonia. N Engl J Med 1997;336:243-50.
12. Белоусов Ю.Б., Комарова В.П., Ефременкова О.В. Выбор антибактериальной терапии при лечении инфекций у лиц пожилого возраста. Антибиотики и химиотерапия 1998;43(10):19-23.
13. Яковлев С.В. Внебольничная пневмония у пожилых: особенности этиологии, клинического течения и антибактериальной терапии. Русский медицинский журнал 1999;7:763-8.
14. Чучалин А.Г. Инфекционные заболевания нижних дыхательных путей. Пульмонология 1999;(2):6-9.
15. Авдеев С.Н., Чучалин А.Г. Тяжелая внебольничная пневмония. Русский медицинский журнал 2001; 9:177-82.
16. Синопальников А.И., Сидоренко С.В. Внебольничная пневмония: стандарты эмпирической антибактериальной терапии. Антибиотики и химиотерапия 1999;44(5):22-8.
17. Навашин С.М., Чучалин А.Г., Белоусов Ю.Б., и соавт. Антибактериальная терапия пневмоний у взрослых. Учебно-методическое пособие для врачей. М.: РМ-Вести; 1998.