

ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ: АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ИЛИ РУТИННАЯ ПАТОЛОГИЯ?

ИЛЬЯ ЯКОВЛЕВИЧ БЛЮМЕНТАЛЬ, зав. пульмонологическим отделением
МЛПУЗ «Йошкар-Олинская городская больница»
[(8362) 642-436; факс: (8362) 647-119; e-mail: vilner.55@mail.ru]

Реферат. Внебольничная пневмония остается одной из самых актуальных проблем бронхолегочной патологии. Парадокс состоит в том, что, с одной стороны, достигнуты впечатляющие результаты в понимании патогенеза инфекционного процесса, а с другой — происходит увеличение числа больных с тяжелым течением болезни и смертности. Изучено 530 историй болезней с диагнозом ОРВИ за период с 01.11.2009 по 14.12.2009 г. Из них у 186 (35%) пациентов была выявлена вирусно-бактериальная пневмония различного генеза: у 64 (35%) — вирус А (H1N1), парагрипп — у 8, грипп А — у 5, аденовирусная инфекция — у 14, не выявлен вирус у 95 пациентов. У 35—40% пациентов болезнь протекала в тяжелой и крайне тяжелой форме. Отмечалось двустороннее поражение легких, осложненное дыхательной недостаточностью II—III степени. В основном поражалась возрастная категория от 25—30 лет до 45—55 лет. Еще одной особенностью течения этих пневмоний было быстрое нарастание дыхательной недостаточности вплоть до развития интерстициального отека легких по типу ОРДС. Критериями для перевода больных на ИВЛ служили такие показатели, как ЧД более 30 в 1 мин, двустороннее поражение легких в виде интерстициального отека, SaO₂ менее 85%. Сроки нахождения на ИВЛ составляли от нескольких часов до нескольких суток, в среднем 4—6 койко-дней, что говорит о тяжелом течении вирусассоциированных пневмоний.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, вирусассоциированная пневмония, ОРДС.

EXTRAHOSPITAL PNEUMONIA: AN ACTUAL PROBLEM OR A ROUTINE PATHOLOGY?

I.Y. BLUMENTHAL

Abstract. The extrahospital pneumonia remains one of the most imminent problems in bronchopulmonary pathology. Paradoxically, although we have achieved impressive understanding of the pathogenesis of the infectious process, the number of patients who endure a severe clinical course and die, continues to grow. Five hundred and thirty cases of patients diagnosed with Acute Respiratory Virus Infection between 01.11.2009 and 14.12.2009 were studied. Of them, 186 differed in the etymology of their viral-bacterial pneumonia: virus A (H1N1) was found in 64 people (35%), parainfluenza in 8 people, influenza A in 5 people, and adenoviral infection in 14 people. The virus that caused pneumonia in 95 remaining cases was not determined. The course of disease in 35—40% of cases was either severe or very severe. Many of these patients experienced bilateral lesions of lungs complicated by respiratory insufficiency of II—III degree. Majority of the affected people fell into the age category of 25—30 and 45—55 years old. Another peculiarity of this type of pneumonia is a rapid increase of respiratory insufficiency, up to development of interstitial edema lungs (such as Acute Respiratory Distress in adults). The following criteria were chosen to determine when patients should be put on IVL: FB>30/minute, bilateral contageion of lungs accompanied by interstitial edema, SaO₂<85%. The time that a patient spent on IVL ranged from several hours to several days, averaging at 4—6 days — an indication of a severe course of the virus-related pneumonia.

Key words: an extrahospital pneumonia, virus-related pneumonia, ARDS.

Введение. Внебольничная пневмония (ВП) является одной из самых актуальных проблем современной медицины и состоит из целого ряда эпидемиологических, клинических, фармакологических и, наконец, социальных аспектов. Парадокс пневмонии состоит в том, что, с одной стороны, достигнуты впечатляющие результаты в понимании патогенеза инфекционного процесса, повышении эффективности химиотерапии, а с другой — происходит увеличение числа больных с тяжелым течением болезни и смертности [1].

Под внебольничной пневмонией следует понимать *острое заболевание, возникшее во внебольничных условиях, т.е. вне стационара, или диагностированное в первые 48 ч от момента госпитализации,*

или развившееся у пациента, не находившегося в домах сестринского ухода/отделениях длительного медицинского наблюдения более 14 сут, сопровождающееся симптомами инфекции нижних отделов дыхательных путей (лихорадка, кашель, выделение мокроты, возможно гнойной, боль в грудной клетке, одышка) и рентгенологическими признаками «свежих» очагово-инфильтративных изменений в легких при отсутствии очевидной диагностической альтернативы [2].

Материал и методы. В России внебольничной пневмонией ежегодно заболевает более 2 млн человек [1]. Распространенность пневмоний в нашей стране составляет 3,86 на 1000. Наиболее часто болеют лица моложе 5 лет и старше 75 лет. В 2003 г. во всех

возрастных группах показатель заболеваемости составил 4,1%. Сходными с федеральными данными оказываются показатели заболеваемости и в отдельных регионах нашей страны: в Республике Татарстан (2004) — 2,8%, Свердловской области (2004) — 3,5%, Санкт-Петербурге (2003) — 2,96%. Очевидно, однако, что эти цифры не отражают истинной заболеваемости внебольничной пневмонией в России, которая согласно расчетам достигает 14—15%, а общее число больных ежегодно превышает 1 500 000 человек. Смертность от внебольничных пневмоний составляет 5%, но среди пациентов, требующих госпитализации, доходит до 21,9%, среди пожилых — 46% [3].

Наличие данной проблемы общепризнанно, и исследования в этом направлении активно ведутся практически во всех странах мира. Согласно результатам зарубежных эпидемиологических исследований заболеваемость пневмонией у взрослых (старше 18 лет) колеблется в широком диапазоне: у лиц молодого и среднего возраста 1—11,6%; в старших возрастных группах 25—44%. В течение года общее число взрослых больных (старше 18 лет) ВП в пяти европейских странах (Великобритании, Франции, Италии, Германии, Испании) превышает 3 млн человек.

В США ежегодно диагностируется 5 млн случаев пневмоний, из которых более 1,2 млн нуждаются в госпитализации. Из числа последних непосредственно от пневмонии умирают более 60 000 человек. Согласно данным Минздравсоцразвития РФ, в 2006 г. в нашей стране среди лиц в возрасте старше 18 лет от пневмонии умерли 38 970 человек, что составило 27,3 на 100 тыс. населения [4].

Смертность от ВП в Республике Татарстан в 2002 г. составила 23 случая на 100 000 человек, в Санкт-Петербурге в 2003 г. — 34,4 случая на 100 000 человек, в Екатеринбурге с 2000 по 2004 г. — 35,8—39,9 случая на 100 000 человек.

Анализ российских данных по отдельным регионам свидетельствует о том, что наиболее высокая смертность регистрируется у мужчин трудоспособного возраста.

Данная проблема актуальна и для Марийской Республики.

Согласно статистическим данным медицинского информационно-аналитического центра МЗ Республики Марий Эл, заболеваемость пневмонией в РФ на 100 000 населения составляла в 2007 г. 439,5, в 2008 г. — 444,4 в ПФО — соответственно 466,1 и 486,3, в Республике Марий Эл — 445,6 и 515,5, т.е. практически на том же уровне, что и у наших соседей.

В нашей стране отмечается устойчивая тенденция к увеличению смертности от пневмоний. По данным ряда авторов, летальность от пневмоний колеблется от 2,2% до 5% и возрастает до 15—20% среди лиц пожилого и старческого возраста.

Летальность при пневмонии оказывается наименьшей (1—3%) у лиц молодого и среднего возраста без сопутствующих заболеваний. У пациентов старше 60 лет при наличии серьезной сопутствующей патологии (хроническая обструктивная болезнь легких, злокачественные новообразования, алкоголизм, сахарный диабет, заболевания почек и печени, сердечно-сосудистой системы и др.), а также в случаях тяжелого течения (мультилобарная инфильтрация, вторичная бактериемия, частота дыхания более 30 в мин, гипотензия, острая почечная недостаточность) этот показатель достигает 15—30%.

Результаты и их обсуждение. В нашем отделении летальность от пневмоний составляла в 2007 г. 2,9%; в 2008 г. — 3,7%; в 2009 г. — 3,7%. Летальность от пневмонии как по РФ, так и в ПФО — в пределах 5,5—7,2% (табл. 1).

Основная масса, т.е. более 50% больных, умерших от острой пневмонии, это лица в возрасте от 41 до 50 лет, у которых имелись тяжелые сопутствующие заболевания в виде ИБС, сахарного диабета, хронической алкогольной интоксикации (табл. 2).

Более половины больных с внебольничной пневмонией умирает в первые двое суток после поступления в стационар, так как госпитализируются в крайне тяжелом состоянии, с явлениями инфекционно-токсического шока вследствие поздней обращаемости за медицинской помощью, а соответственно и из-за поздней госпитализации.

У данной категории больных анамнестические данные говорят о том, что проходит от 1,5 до 4 нед с момента начала заболевания до момента обращения за медицинской помощью или в более короткие сроки, но на фоне хронической алкогольной интоксикации или другой хронической соматической патологии.

Актуальным этиологическим фактором, вызывающим пневмонию, остается пневмококк, который определяется в 30% случаев и более. Поэтому основным выбором эмпирической антибактериальной терапии являются полусинтетические пенициллины: ампициллин, оксациллин (при стафилококковых пневмониях — препарат выбора) или другие препараты, относящиеся к β-лактамам антибиотикам: амоксициллин с клавулановой кислотой (амоксиклав, аугментин), т.е. ингибиторзащищенные пенициллины, цефалоспорины III поколения (цефтриаксон, цефотаксим, цефтазидим), респираторные фторхинолоны (левофлоксацин),

Т а б л и ц а 1

Анализ летальности от внебольничных пневмоний в отделении за 2007—2009 гг.

Количество умерших больных			Из них умерло в первые двое суток			Умершие от данной нозологической формы, %			Пол	
2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009	Муж.	Жен.
13	22	19	7 (53,8%)	12 (54,5%)	10 (52,6%)	2,9	3,7	3,7	36	12

Т а б л и ц а 2

Распределение летальных случаев от ВП по возрастам

Возраст, лет						
21—30	31—40	41—50	51—60	61—70	71—80	>80
1	2	17	15	11	7	1

макролиды (азитромицин, кларитромицин и др.), но в любом случае данные антимикробные препараты при пневмониях средней и тяжелой степени тяжести назначаются инфузионно, в адекватных дозах, иногда в сочетании с внутримышечным введением. Дальнейшая коррекция антибиотикотерапии осуществляется согласно полученным результатам бактериограммы и клинико-рентгенологических данных в динамике.

Если у пациента клинико-рентгенологические признаки пневмонии не резко выражены, т.е. пневмония протекает в легкой степени, то назначаются антибиотики для перорального приема: амоксициллин, амоксициллин с клавулановой кислотой (амоксиклав, аугментин), макролиды, респираторные фторхинолоны.

При тяжелом течении пневмонии, при сочетанной патологии, т.е. если имеются сопутствующие заболевания в виде ИБС, сахарного диабета, хронической алкогольной интоксикации, назначается биперитерапия антимикробная терапия пенициллинового ряда (полусинтетические пенициллины или цефалоспорины) в сочетании с макролидами или монотерапия цефалоспорином III поколения, или фторхинолоном III поколения (респираторные) инфузионно.

Для удешевления и экономичности проводимого лечения применяется так называемая ступенчатая антибиотикотерапия (step-down), которая подразумевает переход с парентерального на пероральный путь введения препарата, т.е. впервые 3—5 дней препарат вводится парентерально, затем после стабилизации состояния пациента, стойкой нормализации температуры (т.е. регресса клинической симптоматики) больной переводится на пероральный прием антибиотика.

Такая методика позволяет оптимизировать антибактериальную терапию; применять более современные антибиотики; уменьшить количество осложнений (постинъекционные флебиты, абсцессы); сократить сроки госпитализации; снизить затраты на лечение (меньшая курсовая стоимость пероральных антибиотиков по сравнению с парентеральными); уменьшить не прямые затраты на лечение (стерилизация расходного материала, стерильные растворы); уменьшить затраты рабочего времени среднего медперсонала на выполнение назначений.

Доказано, что экономия денежных средств при применении данного метода АБТ составляет приблизительно 30%. Эта тенденция сохраняется и в настоящее время [5].

Критерии перевода с парентерального на пероральный способ применения антибиотика следующие:

- уменьшение интенсивности кашля;
- уменьшение объема мокроты;
- уменьшение одышки;
- нормальная температура тела при ее двух последовательных измерениях с интервалом в 8 ч;
- отсутствие у больного нарушений гастроинтестинальной абсорбции.

Осенью-зимой (с 01.11. по 14.12) 2009 г. наше отделение столкнулось с пневмониями, протекающими на фоне вирусных инфекций, и в том числе на фоне вируса А(H1N1). За этот период в отделения нашего ЛПУ было госпитализировано 530 больных с диагнозом ОРВИ. Из них у 186 (35%) пациентов была выявлена вирусно-бактериальная пневмония различного генеза: у 64 (35%) — вирус А(H1N1), парагрипп — у 8, грипп А — у 5, аденовирусная инфекция — у 14, не выявлен

вирус у 95 пациентов. Непосредственно в пульмонологическом отделении пролечилось около 100 человек (законченные случаи). Из них у более 35—40% пациентов болезнь протекала в тяжелой и крайне тяжелой форме. Зачастую отмечалось двустороннее поражение легких, осложненное дыхательной недостаточностью II—III степени. В основном поражалась возрастная категория от 25—30 лет до 45—55 лет.

Еще одной особенностью течения этих пневмоний было быстрое нарастание дыхательной недостаточности вплоть до развития интерстициального отека легких по типу ОРДС, что потребовало от всех служб быстрого и четкого алгоритма действий по переводу этих больных на аппараты ИВЛ. Критериями для перевода больных на ИВЛ служили такие показатели, как ЧД более 30 в мин, двустороннее поражение легких в виде интерстициального отека, SaO₂ менее 85%.

Всего за указанный период в палаты интенсивной терапии и ОРИТ хирургического корпуса было госпитализировано 18 чел., или 22% (из пульмонологического отделения), что, впрочем, соответствует статистике Американского торакального общества и Европейского респираторного общества, а в общей сложности в ОРИТ было госпитализировано 42 пациента, из них 22 мужчины и 20 женщин, из которых 4 были беременны со сроками беременности от 16 до 39 нед. На ИВЛ было 17 (40,4%) человек. Сроки нахождения на ИВЛ составляли от нескольких часов до нескольких суток, в среднем 4—6 койко-дней.

Все больные получали интенсивную терапию согласно письму МЗиРС РФ от 25.08.2009 г. «Схемы лечения и профилактики гриппа, вызванного вирусом типа А(H1N1) для взрослых».

Для лечения этой категории больных в отделении применялась, наряду с противовирусной терапией (арбидол, кагоцел, циклоферон, тамифлю), антибиотикотерапия: амоксициллин/клавулановая кислота в дозе 3600 мг в/в/сут; цефтазидим 4 г в/в/сут; цефотаксим 6 г в/в/сут; цефтриаксон 2—4 г в/в/сут; максациф (цефепим) 4 г в/в/сут; меронем 3 г в/в/сут; дорипенем 1,5 г в/в/сут; азитромицин 500 мг в/в/сут; левофлоксацин (таваник, элекфлокс) 1,0 г в/в/сут; цiproфлоксацин 800 мг в/в/сут; ванкомицин 2 г в/в/сут; бронхолитики, муколитики, оксигенотерапия, небулайзерная терапия [6].

К сожалению, не все случаи закончились выздоровлением. Среди больных, зарегистрированных в пульмонологическом отделении, зафиксировано за вышеуказанный период 8 летальных исходов, что составило 9,8% от общего количества пролеченных больных пневмонией. Эта цифра в 2 раза превышает обычный уровень летальности в пульмонологическом отделении за последние 5 лет, но не превышает общероссийский уровень. Большая заслуга всего медперсонала и руководителей здравоохранения, что **не погибла ни одна беременная женщина**, как это, к сожалению, произошло в других регионах РФ.

Практически все погибшие имели тягостный анамнез, а именно: бронхиальную астму, ХОБЛ; ожирение; сахарный диабет; гипертоническую болезнь; ДЦП; хроническую алкогольную интоксикацию; прием анаболических препаратов; позднюю обращаемость за медицинской помощью; хроническое тяжелое заболевание крови, а у некоторых больных отмечалось сразу несколько отягочающих факторов.

При опросе больных в отделении выяснилось, что только 12 человек (т.е. не более 15%) было

привито до госпитализации от гриппа. Эта цифра говорит о том, что первичной медицинской службой, а также СМИ проводится недостаточная работа по охвату населения прививочной компанией, особенно среди лиц, входящих в группу риска.

Выводы:

1. Внебольничная пневмония является одной из актуальных проблем среди бронхолегочной патологии как по распространенности, так и по угрозе для жизни пациента.

2. Наличие сопутствующих хронических заболеваний (ИБС, сахарный диабет, БА, ХОБЛ, хроническая алкогольная интоксикация), пожилой возраст являются угрожающими факторами для прогноза успешного разрешения пневмонии.

3. Ступенчатая антибиотикотерапия позволяет снизить затраты на лечение до 30% при сохранении фармакокинетических показателей АМП.

4. В период угрозы повышения порога ОРВИ, гриппа возрастает роль необходимости проведения профилактических прививок, особенно у лиц с наличием хронических заболеваний и в пожилом возрасте.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Чучалин, А.Г.* Пневмония: актуальная проблема современной медицины / А.Г. Чучалин // *Materia Medica*. — 1995. — № 4. — С.5—10.
2. *Синопальников, А.И.* Внебольничная пневмония у взрослых / А.И. Синопальников // *Consilium-medicum*. — 2007. — Т. 9, № 3. — С.5—16.
3. *Новиков, Ю.К.* Внебольничные пневмонии / Ю.К. Новиков // *Русский медицинский журнал*. — 1999. — Т. 7, № 17. — С.825—829.
4. *Чучалин, А.Г.* Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике: пособие для врачей / А.Г. Чучалин, А.И. Синопальников, Р.С. Козлов [и др.]. — М., 2010. — С.8.
5. *Блюменталь, И.Я.* Ступенчатая антибиотикотерапия: эффективность, стоимость / И.Я. Блюменталь // *Казан. мед. журн.* — 2004. — № 1. — С.9—11.
6. *Верхнев, В.А.* Опыт лечения больных с пандемическим гриппом А(Н1N1)-2009, осложненного пневмонией / В.А. Верхнев, Р.Г. Ситникова, Л.Ю. Ахиева, И.Я. Блюменталь // *Сб. науч. тез. XII съезда Федерации анестезиологов и реаниматологов 19—22 сентября 2010 г., Москва*. — М., 2010. — С.86.