

субфебрильная температура отмечена у 2 больных; астенизация с снижением веса за последние полгода – у 3 больных; эпизоды кровохарканья (2чел.) и эпизоды приступов одышки отмечены у 4 больных. При проведении аускультации выявлена асимметричная локализация влажных хрипов в нижних отделах легких у 2 больных. При дополнительном обследовании – проведении компьютерной томографии высокого разрешения – этим больным выявлены в 3 случаях туберкулез легких, онкопатология с метастазами – у 2 больных, тромбозмембранные осложнения в мелкие сосуды легких – в 6 случаях. Пневмоническая картина подтверждена в 2 случаях.

Выводы. Тщательно собранный анамнез, внимательное проведение сбора физикальных данных, правильная интерпретация рентгенологических исследований дает возможность избежать диагностических ошибок, гипердиагностики пневмоний и, соответственно, полипрагмазии в лечебной тактике больных с ХСН.

55

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ГИПЕРДИАГНОСТИКИ ПНЕВМОНИЙ У БОЛЬНЫХ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Латыпова Н.А.¹, Байдурун С.А.¹, Шпак С.С.², Шожанова А.Б.¹, Шекенова А.Т.¹,
1 – АО «Медицинский университет Астана»¹, г. Астана, Казахстан
«Городская больница №1»², г. Астана, Казахстан

Пневмония – одна из самых частых форм поражения легких при терминальной хронической почечной недостаточности (ТХПН). Изменение характера течения пневмонии на фоне ТХПН создает диагностические сложности, приводя как к гиподиагностике, так и гипердиагностике пневмоний, способствуя необоснованному назначению антибиотиков.

В связи с этим целью нашей работы явилась оценка выраженности диагностических критериев пневмонии у больных с ТХПН, выявление и анализ случаев гипердиагностики пневмоний.

Материалы и методы. Проведен анализ 30 клинических случаев пневмоний на фоне ТХПН. Пациенты находились на стационарном лечении в отделении эфферентной терапии и программно-го гемодиализа городской больницы №1 г.Астана в 2010-12 гг. Средний возраст больных составил 49,6±17,4 лет, преобладали мужчины (64%). Всем пациентам была проведена оценка диагностических критериев пневмонии: острота начальных проявлений, клинические признаки воспалительной инфильтрации легких (притупление перкуторного звука, мелкопузырчатые хрипы при аускультации), наличие общих воспалительных изменений (повышение температуры тела, изменения крови), лучевые признаки легочного инфильтрата. Прове-

ден анализ клинических симптомов и лабораторных данных в динамике, рентгенологического архива каждого пациента за 1-3 года (в среднем по 5 рентгенограмм).

Результаты. Сопоставив клинические данные, результаты лабораторных анализов, динамику рентгенологической картины на фоне лечения было выявлено, что в 6 (20%) случаях диагностические критерии пневмонии отсутствовали. Двусторонний интерстициальный отек был расценен как двусторонняя пневмония, кроме того, у 4 пациентов наблюдался двусторонний плевральный выпот. Назначение антибиотиков не отразилось на клинико-лабораторных показателях. Разрешение инфильтрации происходило медленно, зависело от степени онкотических и гидростатических нарушений. Двустороннее обогащение прикорневого рисунка сохранялось у 3 больных более 1,5 месяцев.

Выводы. Появление двусторонней инфильтрации на рентгенограмме у пациента с ТХПН без клинико-лабораторных признаков инфекционного воспаления ставит под сомнение диагноз пневмонии. Для предотвращения гипердиагностики пневмонии и необоснованного назначения антибиотиков на фоне ТХПН необходим тщательный анализ рентгенологических архивных данных, учет совокупности всех диагностических критериев пневмонии.

56

К ВОПРОСУ О ПРИМЕНЕНИИ ЭМПИРИЧЕСКОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ.

Кушекбаева¹ А.Е., Беспалева² Ф.А.
Южно-Казахстанская государственная
медицинская академия¹, г. Шымкент, Казахстан
Областная клиническая больница²,
г. Шымкент, Казахстан

Цель исследования – определить клиническую эффективность применения эмпирической антибактериальной терапии (АБТ) у больных с внебольничной пневмонией различной степени тяжести на госпитальном этапе.

Материалы и методы: Проведен анализ 110 истории болезни с внебольничными пневмониями, проходившими лечение на базе ОКБ отделения пульмонологии. Из них 35 (31,8%) женщин, 75 (68,2%) мужчин. Всем больным проведен анализ мокроты на чувствительность к антибиотикам и посев для выявления возбудителя. В виду того, что для результатов бактериологического исследования требовалось по различным причинам в среднем 5-7 дней, антибактериальная терапия (АБТ) назначалась эмпирически. Степень эффективности определяли по данным клинической картины и воспалительных показателей крови (СОЭ, лейкоциты).

Результаты исследования. При эмпирической АБТ в большинстве случаев (70,9%) в стационаре

применялась комбинированная терапия, из них: цефалоспорины – 49,6%, фторхинолоны – 21,2%, аминопенициллины – 25,4%, аминогликозиды – 8,5%, макролиды – 26,3%, метронидазол-36,8%. На догоспитальном этапе АБТ в виде курсовой терапии получали 57 (52%) пациентов. Положительная клиническая динамика при эмпирической АБТ отмечалась у 69 (62,7%) пациентов; у 90,5% больных показатели крови пришли в норму, температура тела нормализовалась в среднем на 2-3 сутки лечения. Только у 6,6% (6 больных) больных сохранялась субфебрильная температура, показатели крови у 9% были выше нормы (из них 1 больной направлен к фтизиатру с подозрением на спец. процесс). При исследовании мокроты: в 57,2% высевался стрептококковый пневмококк, в 21,8% – грам-отрицательная флора, в остальных случаях – полимикробная ассоциация.

Выводы. Таким образом, применение эмпирической АБТ на стационарном этапе только на основании правильно и полно собранного анамнеза заболевания, учета эпидемиологической обстановки, клинико-лабораторных данных позволяет добиться положительной клинической динамики в среднем у 90%. Данные исследования мокроты в 68% случаев подтверждают правильность выбора АБТ.

57

ЭМПИРИЧЕСКАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Аскарова К.М., Айнабекова Б.А.,
Омралина Е.Т., Имангазинова С.С., Браун М.А.
АО «Медицинский университет Астана»,
г. Астана, Казахстан

Проблема рациональной антибиотикотерапии пневмоний относится к числу наиболее актуальных в современной медицине. Несмотря на мощный арсенал антибактериальных средств, повсеместно отмечается рост заболеваемости пневмонией и ухудшение ее исходов. Летальность при внебольничной пневмонии (ВП) в среднем составляет 1-5%, но у пациентов высокой степени риска она может достигать 25%, что отчасти связано с ростом резистентности основных возбудителей ВП к антибактериальным препаратам.

Антибактериальная терапия должна быть начата немедленно после установления диагноза пневмонии. По данным Чучалина А.Г. в 30-50% случаев возбудителем (ВП) является пневмококк, в 8-30% – внутриклеточные микроорганизмы и лишь в 3-5% случаев – грам-отрицательная флора, а в 50% случаев возбудителя пневмонии выявить не удастся, поэтому подбор терапии проводится эмпирически. Этиотропная адекватная антибиотикотерапия часто затруднена в связи со сложностью раннего выявления возбудителя.

Антибактериальная терапия при пневмонии должна быть ранней и адекватной (последнее относится к дозе, способу применения и длительности использования), а также корректируемой в процессе лечения в зависимости от клинического эффекта и чувствительности возбудителя к лекарственному средству.

Цель исследования: Провести анализ адекватности проводимой антибактериальной терапии у больных с внебольничной пневмонией.

Материалы и методы: Нами было проанализировано 40 историй болезни больных с ВП, пролеченных в феврале 2012г., в отделении пульмонологии г. Астаны. Из них мужчин – 19 чел. в возрасте от 19-86 лет. Женщин – 21 чел. в возрасте от 20-86 лет. У 3 пациентов (7,5%) течение ВП осложнилось присоединением экссудативного плеврита. У 10 пациентов (25%) ВП протекала на фоне бронхиальной астмы и ХОБЛ.

Результаты и их обсуждение: Средством выбора для терапии внебольничной пневмонии с среднетяжелой и тяжелой формами являлись цефалоспорины в 97,5% случаев, в 20% – фторхинолоновые препараты, в 3% случаев равнозначно назначались макролиды и пенициллины. В зависимости от частоты применения цефалоспориновые антибиотики распределились следующим образом: 25% больных получали цефалоспорины I поколения, 27,5% – цефалоспорины II поколения, 67,5% – цефалоспорины III поколения. 3 больных с внебольничной пневмонией, осложненной экссудативным плевритом, получали комбинацию цефалоспоринов III поколения в сочетании с препаратами фторхинолонового ряда. У 10 больных внебольничной пневмонией с сопутствующими заболеваниями легких, таких как бронхиальная астма и хроническая обструктивная болезнь легких, препаратами выбора являлись цефалоспорины III поколения в сочетании с макролидами или фторхинолонами.

Из 17 больных с острой пневмонией, 10 больных получали комбинацию цефалоспоринов III-поколения с ципрофлоксацином. Фторхинолоны 2-поколения создают высокие концентрации в легочной ткани и имеют абсолютную биодоступность 63-77%, поэтому вызывает сомнения необходимость комбинации фторхинолонов 2-поколения и цефалоспоринов III-поколения, учитывая одинаковый спектр действия. Одновременное сочетание цефалоспоринов I, II, III поколений отмечено у 8 больных с пневмонией. Данное сочетание нецелесообразно, так как в данном случае возможно суммирование побочных эффектов цефалоспоринов. Также обращает на себя внимание частое применение цефалоспоринов III-поколения у 67,5% больных, что не является адекватным выбором.

Таким образом: У 67,5% больных ВП без сопутствующих заболеваний отмечен неадекватный выбор антибиотиков (цефалоспорины III поколения). В 20% случаев выявлено нерациональное сочетание антибактериальных препаратов.