

УДК 616.24-002-039.57

Л.А.Поникаровская, Н.И.Логвиненко

АМБУЛАТОРНЫЕ ПНЕВМОНИИ

ГУ НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск

РЕЗЮМЕ

Пневмония является одним из наиболее распространенных заболеваний. В России среднестатистические показатели заболеваемости составляют 10-15%. По данным ВОЗ внебольничная пневмония занимает 4-е место в структуре причин смертности. У амбулаторных больных летальность обычно не превышает 1%, в то же время у госпитализированных она возрастает на 2-5%. Был проведен анализ характера течения внебольничных пневмоний у 120 больных. Результаты исследования показали: течение внебольничных пневмоний часто носит стертый характер, со скудными клиническими проявлениями, что усложняет процесс диагностики, преобладает средняя степень тяжести пневмоний, преимущественно нижнедолевая локализация воспалительного процесса, влияние сопутствующей патологии и осложнений на частоту госпитализации пациентов.

SUMMARY

L.A.Ponikarovskaya, N.I.Logvinenko

AMBULATORY PNEUMONIAS

Pneumonia is the most prevalent disease. In Russia average disease incidence makes up 10-15%. According to WHO data outpatient pneumonia takes the 4th place in the structure of factors causing death. In ambulatory patients mortality doesn't exceed 1%, while in hospital patients it increases by 2-5%. We have studied the disease course in 120 patients with ambulatory pneumonia. Studies showed that ambulatory pneumonia has slight clinical manifestation, which makes diagnostics difficult. Besides, moderate form of the disease is prevalent. Inflammatory process is located in lower lobe. Associated pathology and complications often results in more frequent hospitalizations.

Пневмония является одной из актуальных проблем пульмонологии. Статистически показатели заболеваемости в России достаточно высоки – 3-15 человек на 1000 населения (10-15%) [11]. По данным А.Г.Чучалина [11] приблизительно у 1-2% пациентов от общего числа заболевших пневмонией отмечается крайняя степень тяжести течения; до 5% переносят пневмонию тяжелого течения. Наблюдается отчетливая тенденция к увеличению смертности от пневмоний во всех развитых странах. Показатель смертно-

сти остаётся высоким (2%) и имеет отчетливую тенденцию к росту. В структуре смертей от болезней органов дыхания пневмония принадлежит ведущая роль (41,0-54,6%) [7]. Считают, что это связано с ростом резистентности основных возбудителей инфекций дыхательных путей ко многим антибактериальным препаратам, появлением атипичной микрофлоры (хламидии, микопlasма, легионелла), возрастанием роли оппортунистических инфекций и т.д. [6].

Диагностика и лечение внебольничных пневмоний (ВП) остается одной из самых актуальных проблем современной медицины. Основным в подборе антибактериальной терапии при пневмонии является постановка этиологического диагноза.

До 80% пациентов с нетяжелым течением ВП получает терапию в амбулаторных условиях, поэтому точных данных об этиологии заболевания у этой категории больных получить не удастся. Однако, проведенные исследования показали, что при нетяжелом течении ВП наиболее актуальными респираторными патогенами являются *M.pneumoniae* (17,4-37,0%), *S.pneumoniae* (9-11%), *C.pneumoniae* (5,3-10,7%) и *H.influenzae* (2-12%), а частота пневмонии неустановленной этиологии составляет от 41 до 55% [16]. Данные, полученные M.J.Fine et al. [15], свидетельствуют о том, что при ВП *S.pneumoniae* выявляется в 13,3% и *H.influenzae* – 2,5%; далее – *M.pneumoniae* в 1,5%, смешанная инфекция в 0,91%, *Coxiella burnetii* в 0,5% и *S.aureus* в 0,47%; в большинстве же случаев установить этиологию не удастся. Согласно сведений, приводимых В.Е.Нониковым [3, 4, 5], доля микоплазменных пневмоний в структуре всех пневмоний варьирует в пределах 6-25%, хламидийная этиология выявляется у 5-15% больных, частота легионеллезных – составляет 1-15% общего числа ВП.

Современная классификация выделяет пневмонии: внебольничные; госпитальные; у лиц с иммунодефицитом; аспирационные [2].

По тяжести течения внебольничные пневмонии подразделяют на пневмонии, лечение которых возможно в амбулаторных условиях; требующие госпитализации в стационар; требующие госпитализации в отделение интенсивной терапии.

Критериями лечения пациентов с внебольничной пневмонией в амбулаторных условиях (приказ №300, Министерства здравоохранения РФ от 9.10.1998 [10]) являются:

1. Возраст моложе 70 лет.
2. Отсутствие декомпенсации сопутствующих хронических заболеваний: ХОБЛ, застойная сердечная недостаточность, хронические гепатиты, сахарный диабет, алкоголизм или токсикомания, иммуно-

дефициты.

3. Клинические критерии: легкое и средней степени тяжести течение пневмоний, лихорадка не выше 38°C, и невыраженные симптомы интоксикации.

4. Рентгенологические: инфильтрация в пределах одной доли, отсутствие плеврита и абсцедирования.

5. Лабораторные: лейкоцитоз не выше $10 \cdot 10^9/\text{л}$ с минимальным палочкоядерным сдвигом, мочевины менее 7 ммоль.

Диагностика ВП на амбулаторном этапе может представлять значительные трудности [8]. Одной из проблем являются лабораторные методы исследования. В большинстве амбулаторий полное микробиологическое исследование мокроты не выполняется по техническим причинам, а там, где оно делается, высок процент ошибок. Этому способствуют: недостатки методики сбора материала (образцы мокроты забираются после начала антибактериальной терапии; нередко забранный материал не пригоден, так как содержит менее 25 лейкоцитов и более 10 клеток плоского эпителия в поле зрения), недостаток необходимых питательных сред, нехватка аналитических средств и ряд других причин. Практически недоступны в лабораториях новые иммунологические и молекулярно-биологические методы исследования. В то же время, результаты посева мокроты и чувствительность выделенного возбудителя к антибактериальным препаратам врач получает не ранее, чем через 48 часов [1, 9]. Данные рентгенологического обследования так же часто запаздывают (на 1-2 сутки) по объективным и субъективным причинам. В связи с этим, для постановки предварительного диагноза используются клинические критерии и данные анамнеза заболевания. Подробно собранный анамнез, включающий в себя: эпидемиологическую ситуацию, клинические особенности, факторы риска, очередность появления и выраженность симптомов, позволяет облегчить процесс диагностики [3].

А.Г.Чучалиным [12] предложен «золотой стандарт», рекомендуемый при постановке диагноза пневмонии. Он складывается из 5 признаков:

- острое начало заболевания с лихорадкой;
- появление кашля, гнойной мокроты;
- укорочение перкуторного звука и появление аускультативных признаков пневмонии над пораженным участком легкого;
- лейкоцитоз или лейкопения с нейтрофильным сдвигом;
- при рентгенологическом исследовании — инфильтрат в легких, который ранее не определялся.

Цель работы: выявить особенности клинического течения ВП и потребность в госпитализации на амбулаторном этапе.

Материалы и методы

В работе использованы методы — общеклинические: сбор жалоб, данных анамнеза, клинический осмотр, полное физикальное обследование, исследование параметров жизненно-важных функций (АД, ЧСС, ЧД); лабораторные: исследование гемограммы, с определением общего содержания лейкоцитов, лейкоцитарной формулы крови, скорости оседания

эритроцитов; рентгенологические: рентгенография органов грудной клетки (в 2-х, по особым показаниям в 3-х проекциях); бактериологические, которые включали: изучение мазка мокроты с окраской по Граму с последующим посевом мокроты с идентификацией возбудителя и определением чувствительности к антибактериальным препаратам. Забор мокроты проводился при поступлении до начала антибактериальной терапии. Для исследования отбирались образцы мокроты слизисто-гнойного или гнойного характера, содержащие при микроскопическом исследовании не более 10 клеток плоского эпителия и не менее 25 лейкоцитов. Гнойность мокроты определялась количеством лейкоцитов: слизисто-гнойной мокрота считалась при количестве лейкоцитов от 25 до 50 в поле зрения, гнойной — 80-100 и более в поле зрения. Согласно международных стандартов, проводилось определение чувствительности выделенных штаммов пневмококков к оксациллину дисковым методом, при этом использовался метод диффузии в агар с дисками, содержащими 1 мкг оксациллина. Выделенный штамм считался чувствительным при диаметре зоны вокруг диска >19 мм. Фактический материал обрабатывался на персональном компьютере по программе SPSS 10 с использованием методов описательной статистики (частоты, проценты и процентное распределение, χ^2 Пирсона). Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

Результаты исследования и их обсуждение

В условиях пульмонологического кабинета, МУЗ ГП №10 проведено обследование и лечение 120 пациентов с ВП за период с 30.08.2000 по 28.02.2002. Среди больных с ВП преобладали женщины (63%) в возрасте от 18 до 80 лет; средний возраст — $40,1 \pm 5,1$ года. Мужчин в возрасте от 18 до 80 лет было 37%. Средний возраст составил — $38,2 \pm 4,1$ года.

При оценке локализации воспалительного процесса достоверных различий отмечено не было: правосторонние ВП выявлены у 48,3% пациентов, левосторонние — 47,5%; двустороннее поражение отмечено у 5, что составляло лишь 4,2%. Достоверно реже выявлялось поражение верхних долей — 11,7% ($\chi^2=105,33$; $df=1$; $p=0,0001$). Более часто пневмония регистрировалась в нижних долях, как справа, так и слева — 78,3% ($\chi^2=83,80$; $df=2$; $p=0,0001$).

Для учета тяжести, прогноза заболевания и решения вопроса о месте лечения пациента, все больные были разделены по классам риска согласно шкале Fine. Класс риска определялся в баллах на основании суммирования различных показателей, включающих возраст больного, наличие сопутствующей патологии, данных объективного и лабораторного исследования. Чем больше баллов, тем более вероятен плохой прогноз заболевания [9]. Пациенты с 1 классом риска составили 62,4%, со 2 классом — 35,3%, больные, относящиеся к 3 классу — 2,3% (рис. 1).

Основные клинические синдромы, выявленные у пациентов с ВП, представлены в табл. 1. Из данных табл. 1 следует, что лихорадка отмечалась у 87,5% больных, из них у 26,6% она носила субфебрильный

характер. Разброс показателей составил от 37,0°C до 39,5°C (средняя – 38,1±0,7°C) ($\chi^2=116,37$; $df=23$; $p=0,0001$). Таким образом, повышение температуры до фебрильных цифр не всегда сопутствует ВП.

Кашель отмечали практически все больные, однако продуктивный характер он носил лишь у 75% пациентов. У большинства больных преобладала слизисто-гнойная мокрота; гнойная выявлена у 13% пациентов (рис. 2).

На одышку и боль в грудной клетке при дыхании жаловались около половины больных.

Одним из ранних и важных признаков пневмонии является консолидация (уплотнение легочной ткани), которая определяется с помощью исследования перкуторного тона. Укорочение перкуторного тона выявлено у 60% пациентов с ВП (табл. 2); влажные хрипы (от мелко до среднепузырчатых), регистрировались у 78%. В 19% случаев выслушивалось только незначительное, локальное ослабление дыхания, у 8% аускультативная симптоматика отсутствовала. У лиц с сопутствующей патологией отмечались дополнительные аускультативные признаки (сухие свистящие хрипы, застойные влажные хрипы).

Потребность в госпитализации выявлена в 13,3% случаев, при этом, помимо класса риска по шкале Fine оценивалось наличие фоновых заболеваний: хронических неспецифических заболеваний легких, патологии сердечно-сосудистой системы, травм грудной клетки, явились причиной более тяжелого течения заболевания и развития осложнений.

Осложненное течение заболевания зарегистрировано у 35% больных. Наиболее частыми из них были острая дыхательная недостаточность, бронхообструктивный синдром, адгезивный плеврит, эмпиема

Таблица 1

Клинические симптомы у пациентов с внебольничной пневмонией (n=120)

Симптом		Количество больных	
		абс.	%
1	Лихорадка	105	87,5
1a	Субфебрильная лихорадка	32	26,6
2	Кашель	119	99
2a	Непродуктивный кашель	28	23
3	Мокрота	91	75,8
3a	Гнойная	16	13,3
3б	Слизисто-гнойная	50	42
3в	Слизистая	25	21
4	Боль	57	47,5
5	Одышка	65	54,2

Таблица 2

Данные физикального исследования пациентов с внебольничной пневмонией (n=120)

Аускультативные и перкуторные симптомы	Количество больных	
	абс.	%
Влажные хрипы	94	78
Ослабление дыхания	108	90
Локальное ослабление дыхания	23	19
Притупление перкуторного звука	72	60
Отсутствие симптомов	3	8

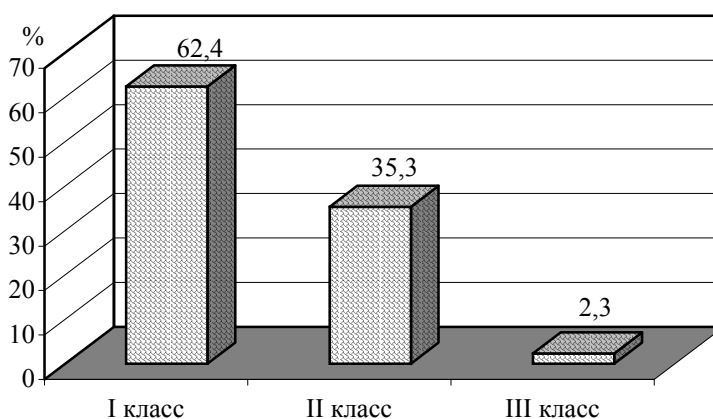


Рис. 1. Оценка тяжести течения внебольничной пневмонии по шкале Fine (n=120).

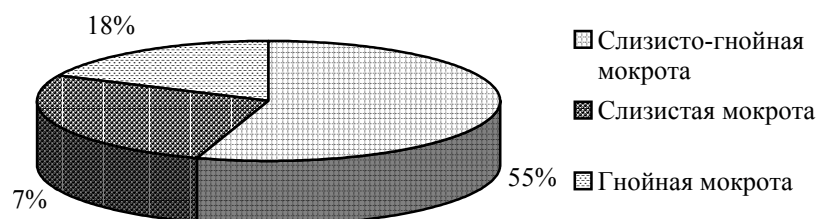


Рис. 2. Характер мокроты у пациентов с внебольничной пневмонией (n=91).

плевры, кровохарканье. У нескольких пациентов отмечалось сочетание осложнений.

Проведенный анализ показал, что течение ВП на современном этапе отличается от классического: часто имеет стертый характер с минимальной аускультативной симптоматикой и неявными клиническими проявлениями; нижнедолевую локализацию процесса. Кашель с гнойной мокротой, как один из критериев диагностического «золотого» стандарта ВП, по данным литературы встречается лишь у 30,5% пациентов [14], а по данным нашего исследования в 13% случаев; остролихорадочное начало может отсутствовать, особенно у ослабленных больных и лиц пожилого возраста (25%) [13], в нашем исследовании лихорадка не выявлялась у 12,5% пациентов. Не всегда информативными бывают классические объективные признаки ВН такие как укорочение перкуторного тона над пораженным участком легкого, мелкопузырчатые хрипы или крепитация, локально выслушиваемое бронхиальное дыхание. У части больных они могут отличаться от типичных или отсутствовать вовсе (примерно у 20% больных) [13]. Это подтверждается результатами нашего исследования. Таким образом, большое значение в диагностике ВП приобретает хорошо собранный анамнез и тщательный анализ развития заболевания.

Выводы

1. Особенности клинического течения ВП на амбулаторном этапе характеризуются малой выраженностью клинических и объективных симптомов, в том числе аускультативных.
2. Потребность в госпитализации определяется тяжестью течения воспалительного процесса и наличием фоновых заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карпов О.И. Фармакоэпидемиология лечения пневмоний в амбулаторных условиях//Пульмонология.-2000.-Т.10, №2.-С.50-55.
2. Новиков Ю.К. Диагностика и лечение внебольничных пневмоний//Русский мед. журнал.-2001.-Т.3, №1.-С.11-16.
3. Ноников В.Е. Внебольничные пневмонии//Consilium medicum.-2000.-Т.2, №10.-С.396-400.
4. Ноников В.Е. Антибактериальная терапия пневмоний в стационаре//Русский мед. журнал.-2001.-Т.9, №21 (140).-С.923-929.
5. Ноников В.Е. Эмпирическая химиотерапия пневмоний//Кремлевская медицина – клинический вестник.-2001.-№1.-С.8-12.
6. Сидорова Л.Д., Логвиненко А.С. Внебольничные пневмонии. Методические рекомендации для студентов VI курса, врачей-интернов, терапевтов, участковых врачей.-Новосибирск: Би., 1998.-48 с.
7. Сидорова Л.Д., Логвиненко А.С. Причинно-следственные связи при современной пневмонии//Актуальные проблемы современной пульмонологии.-М.: Высшая школа, 2000.-С.320-321.
8. Сильверстов В.П. История изучения пневмонии//Тер. архив.-2000.-№3.-С.32-35.
9. Синопальников И.А., Страчунский Л.С. Новые рекомендации по ведению взрослых пациентов с внебольничной пневмонией//Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия.-2001.-Т.3, №1.-С.54-68.
10. Стандарты диагностики и лечения больных с неспецифическими заболеваниями легких. Приложение к приказу №300 МЗ РФ.-М.: Универсум Пабблишинг, 1999.-47 с.
11. Чучалин А.Г. Пневмония актуальная проблема медицины//Тер. архив.-1995.-№3.-С.3-7.
12. Чучалин А.Г. Пульмонология в России и пути ее развития//Русский мед. журнал.-2000.-Т.8, №7.-С.1-5.
13. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике/А.Г.Чучалин, И.А.Синопальников, С.В.Яковлев, Л.С.Страчунский.-М., 2003.-30 с.
14. Яковлев В.Н., Алексеев В.Г. Пневмонии. Дифференциальный диагноз в пульмонологии.-М.: Высшая школа, 2002.-288 с.
15. Fine M.J., Smith M.A., Carson C.A. et al. Prognosis and outcomes of patients with community-acquired pneumonia//JAMA.-1996.-Vol.275.-P.134-141.
16. Simberkoff M.S., Cross A.P., Al-Ibrahim M. et al. Efficacy of pneumococcal vaccine in high-risk patients: results of a Veterans' Administration cooperative study//N. Engl. J. Med.-1986.-Vol.315.-P.1318-1327.

