

Е.В. Григорьева, О.К. Ефремова

**АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ
В УСЛОВИЯХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ***Иркутский государственный институт усовершенствования врачей (Иркутск)
Главное управление здравоохранения (Улан-Удэ)*

Проведен анализ историй болезни пациентов с внебольничной пневмонией, госпитализированных в терапевтическое отделение городской больницы. Выявлено, что тяжесть заболевания в основном была обусловлена поздней обращаемостью пациентов за медицинской помощью, а также отсутствием антибактериальной терапии на догоспитальном этапе. Отмечено, что антибактериальная терапия не всегда отвечает современным национальным клиническим рекомендациям. Более строгое соблюдение утвержденных протоколов ведения больных, создание рационального больничного формуляра для данной патологии позволят снизить частоту осложнений и смертность от ВП.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, стандарты ведения больных

**ANALYSIS OF THE QUALITY OF KEEPING OF PATIENTS WITH COMMUNITY-ACQUIRED
PNEUMONIA IN CONDITIONS OF THERAPEUTIC WARD OF MUNICIPAL HOSPITAL**

E.V. Grigoryeva, O.K. Efremova

*Irkutsk state institute of physicians advanced training, Irkutsk
Central administrative board of public health service, Ulan-Ude*

The analysis of case histories of patients with community-acquired pneumonia, which were hospitalized in therapeutic ward of municipal hospital was conducted. We revealed that severity of the disease were caused by late medical aid appealability of patients and also by lack of antibacterial therapy at the pre-admission stage. It was noted that antibacterial therapy doesn't always meet modern national clinical recommendations. More severe maintenance of confirmed proceedings of keeping of patients and creation of rational hospital card for this pathology help to decrease of frequency of complications and letality of community acquired pneumonia.

Ключевые слова: community-acquired pneumonia, standards of keeping of patients

Актуальность проблемы внебольничной пневмонии (ВП) в республике Бурятия обусловлена продолжающимся ростом заболеваемости с 639,2 в 2008 г. до 682,2 на 100 тыс. населения в 2009 г. (т.е. на 6,7 % больше по сравнению с предшествующим годом), что превышает соответствующие Федеративные показатели (444,4) и показатели по Сибирскому федеральному округу (498,3) [3]. В то же время в регионе наблюдается позитивная динамика снижения смертности от данной патологии во всех возрастных категориях на 20,5 % (с 24,0 в 2008 г. до 19,1 на 100 тыс. населения в 2009 г.). Тем не менее, в 2009 г. был зарегистрирован высокий уровень летальности от ВП — умерло до половины всех заболевших (48,1 % от числа заболевших в столице республики и 51,9 % в сельских районах), что связано со значительным подъемом заболеваемости высокопатогенным гриппом АН1N1 и, соответственно, более тяжелым течением пневмонии [5], а также с нередко поздним обращением пациентов за медицинской помощью (на 4 — 5-е сутки). Кроме того, экспертиза летальных случаев исхода ВП выявила несвоевременную диагностику пневмонии на дому (постановка диагноза — на 2 — 3-и сутки с момента заболевания); недооценку тяжести состояния больных и, вследствие этого, позднюю госпитализацию пациентов; неадекватную стартовую антибактериальную терапию (АБТ). К сожалению, даже при госпитализации в стационар стандарты

обследования и лечения больных ВП соблюдаются не всегда в силу организационных и финансовых сложностей. Для оценки качества помощи больным с пневмонией была предпринята попытка анализа ведения пациентов с ВП в терапевтическом отделении городской больницы.

МЕТОДИКА

Были проэкспертированы 30 историй болезни пациентов, пролеченных с диагнозом ВП в городской больнице за последний квартал 2009 г.: возрастной состав, оценка анамнестических данных (сроки обращения за медицинской помощью, наличие и тяжесть сопутствующей патологии), особенности клинического течения и развитие осложнений, объем и качество диагностических мероприятий, включая микробиологические, спектр, дозовый режим и эффективность анти-микробной терапии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди госпитализированных по поводу ВП больных преобладали лица трудоспособного возраста (73,4 %). Хотя известно, что более старший возраст является предиктором тяжелого течения ВП и более вероятного летального исхода, более значимым фактором риска оказалось наличие тяжелых сопутствующих заболеваний [1]. Независимо от возраста в 70 % случаев декомпенсиро-

ванная полиморбидная патология (наиболее часто — хроническая обструктивная болезнь легких, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет) усугубляла течение ВП и способствовала развитию осложнений. Более чем у половины пациентов (52,4 %) зарегистрировано сочетание нескольких сопутствующих заболеваний, как правило, в стадии декомпенсации или в фазе обострения. У 10 % больных выявлены такие отягощающие факторы, как хроническая алкогольная интоксикация, ВИЧ-инфицирование. Наличие указанных факторов риска обусловило тяжелое течение ВП почти у четверти всех госпитализированных больных (23,3 %) и средне-тяжелое течение у подавляющего числа пациентов — 73,3 % случаев. В связи с тяжестью состояния больных в клинической картине преобладали симптомы интоксикации нередко с мозговой симптоматикой (в 1 случае даже с психоподобным состоянием) и признаками дыхательной недостаточности.

Анализ анамнестических данных выявил поздние сроки госпитализации — 7 дней и более (20 % от всех анализируемых случаев), зарегистрированы случаи поступления в стационар и на 17—20-й день от начала заболевания. Поздняя госпитализация обусловлена как субъективными, так и объективными причинами: несвоевременное обращение пациентов к врачу с попытками самостоятельного лечения; неадекватная диагностика в связи со стертостью клинической картины пневмонии и преобладанием симптомов сопутствующей патологии. В то же время известно, что своевременная постановка диагноза и далее — ранняя адекватная АБТ являются предикторами благоприятного исхода пневмонии [2]. Оценка стартового лечения в амбулаторных условиях продемонстрировала несоответствие выбранной терапии современным стандартам в большинстве случаев (73 %): полное отсутствие АБТ на догоспитальном этапе или использование неадекватных препаратов (ампициллин *per os*). В то же время у четверти пациентов с ВП, леченных амбулаторно, преобладали рекомендованные антимикробные препараты: амоксициллин (амосин) и ингибитор-защищенные пенициллины (амоксициллин-клавуланат).

Оценка перечня и объема диагностических мероприятий при ВП в условиях терапевтического отделения городского стационара выявила их соответствие разработанным индикаторам качества медицинской помощи у госпитализированных пациентов при ВП [6]. Так, например, рекомендованное 100% рентгенологическое исследование органов грудной клетки в первые 24 часа с момента госпитализации было проведено во всех проспективно зарегистрированных случаях и зарегистрировало почти у трети больных (27,6 % случаев) большой объем поражения легочной ткани — двусторонний субтотальный процесс; у 20,7 % пациентов — осложнения в виде экссудативного плеврита; в 6,6 % случаев — абсцедирование. Рекомендуемое бактериологическое исследование мокроты до назначения

антимикробных препаратов с целевым уровнем 50 % было использовано даже в большем числе случаев ВП — у 66,6 % пациентов, но преимущественно в виде микроскопии мокроты с окраской мазка по Граму. В то же время применение этого метода этиологической диагностики на 3-и сутки стационарного лечения (10 %), на 9-е и 12-е сутки с момента госпитализации (15 %) не может считаться целесообразным. Культуральное исследование мокроты, позволяющее внести коррективы в назначенную АБТ, назначалось в 60 % анализируемых историй болезни, но только в 6 случаях — в первые сутки стационарного лечения. Вероятно, недостаточное соблюдение правил сбора мокроты обусловило не совсем адекватный выявленный спектр респираторных патогенов: у половины больных высеялся *S. Haemolyticus* (50 %), в 16,3 % — грибы рода *Candida* и только в 15 % — *S. Pneumoniae*. Анализ выявленной чувствительности к антимикробным средствам показал высокую чувствительность к современным антибактериальным препаратам, в частности к респираторным фторхинолонам — в 67 % случаев, что, тем не менее, не повлияло на последующий выбор АБТ, вероятно, в силу их высокой цены.

Анализ лечебных мероприятий у госпитализированных больных с ВП в терапевтическом отделении городского стационара показал несоответствие режимов АБТ имеющимся отечественным и международным рекомендациям [4, 7, 8, 9, 10]. Госпитализация больных с ВП предполагает более тяжелое течение заболевания у большинства пациентов, что определяет парентеральный путь введения антибиотиков с последующим ступенчатым переходом на пероральный прием препаратов и обуславливает эмпирический выбор АБТ до верификации возбудителя по одной из двух схем, продемонстрировавших свою эффективность с позиций доказательной медицины: комбинация β-лактама с макролидом либо монотерапия респираторным фторхинолоном. Экспертиза анализируемых историй болезней показала неадекватность выбора антибактериальных препаратов: в 50 % случаев использовались ранние фторхинолоны (пепфлоксацин, ципрофлоксацин); в 10 % — комбинации двух β-лактамов (цефалоспорины III поколения с ингибитор-защищенными пенициллинами — цефтриаксон с амоксициклавом); в 10 % — монотерапия цефалоспорины. Ни в одном случае не применялись современные макролиды, респираторные фторхинолоны вследствие их высокой стоимости. В некоторых случаях также нарушались схемы введения препаратов: в 13,3 % препараты использовались прерывисто — повторное назначение после 5—7-дневной замены на антибиотики других групп; необоснованно долгое (более 23 дней) парентеральное применение монотерапии β-лактамом без доказательств эффективности (6,6 %); в 13,3 % случаев не предлагалась смена антибактериального препарата при явных признаках неэффективности лечения.

Дозовый режим в большинстве случаев соблюдался — был адекватен клиническим параметрам (степень тяжести заболевания, возраст, наличие сопутствующей патологии). Качественная АБТ по выбору препарата, схемам и срокам применения выявлена лишь в 14 % историй болезни.

Комплексная терапия тяжелой ВП включала преимущественно инфузионную и антиоксидантную терапию, муколитическую и бронхолитическую терапию, в редких случаях — респираторную поддержку; ни в одном случае не использовалась иммунокорректирующая терапия. Результаты стационарного лечения оценить было сложно ввиду частого самовольного досрочного ухода больных из отделения. Возможные осложнения наблюдались на амбулаторном этапе. Летальных исходов за анализируемый период зарегистрировано не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ историй болезни пациентов с ВП, госпитализированных в терапевтическое отделение городской больницы, продемонстрировал нередко тяжелое, осложненное (плеврит, абсцедирование) течение преимущественно за счет декомпенсированной сопутствующей патологии. Выявлено, что тяжесть заболевания нередко была обусловлена поздней обращаемостью пациентов за медицинской помощью, а также отсутствием антибактериальной терапии на догоспитальном этапе. Диагностика ВП в стационарных условиях в основном соответствует рекомендуемым стандартам, но антибактериальная терапия не всегда отвечает современным национальным клиническим рекомендациям, особенно по выбору адекватного антимикробного препарата. Более строгое соблюдение утвержденных планов (протоколов) ведения больных, создание рационального больничного формуляра для данной патологии позволят снизить частоту осложнений и смертность от ВП.

Сведения об авторах

Григорьева Елена Владимировна — к.м.н., доцент, доцент кафедры геронтологии и геритарии Иркутского государственного института усовершенствования врачей (670047, г. Улан-Удэ, ул. Пирогова 30а; тел. / факс: 8 (3012) 41-66-70; e-mail: doc-evg@yandex.ru)

Ефремова Ольга Кимовна — старший преподаватель кафедры терапии № 2 БГУ, главный терапевт городского Управления здравоохранения (ГУЗ) г. Улан-Удэ

ЛИТЕРАТУРА

1. Аверьянов А.В. Современные принципы ведения больных с тяжелой внебольничной пневмонией / А.В. Аверьянов. — Consilium medicum ; Прил. — 2009. — С. 21 — 27.
2. Внебольничная пневмония у взрослых. Клинические рекомендации / под ред. А.Г. Чучалина, А.И. Синопальникова. — М. : Атмосфера, 2006. — 235 с.
3. Заболеваемость населения России в 2007 г. // Статистические материалы Минздравсоцразвития России. — 2008.
4. Зильбер А.П. Этюды респираторной медицины / Зильбер А.П. — М. : Медпресс-информ, 2007. — 792 с.
5. Об основных итогах деятельности учреждений здравоохранения в 2009 году в Республике Бурятия // Информационный бюллетень. — Улан-Удэ, 2010.
6. План ведения больных нетяжелой внебольничной пневмонией (проект) // А.Г. Чучалин [и др.] // Врач. — 2009. — Спец. вып. — С. 65 — 69.
7. Синопальников А.И. Ведение больных внебольничной пневмонией в условиях стационара / А.И. Синопальников. — Consilium medicum. — 2004. — Т. 6, № 10. — С. 125 — 131.
8. Яковлев С.В. Тяжелая внебольничная пневмония / С.В. Яковлев // Пневмония ; под ред. А.Г. Чучалина, А.И. Синопальникова, Н.Р. Чернеховской. — М., 2002. — С. 266.
9. IDSA/ATS consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia / I.A. Mandell, R.G. Wunderink, A. Anzueto [et al.] // Clin. Infect. Dis. — 2007. — Vol. 44. — P. 527 — 572.
10. Severe community-acquired pneumonia: Validation of the infectious diseases society of America / Liapikou A. [et al.] // American Thoracic Society Guidelines to Predict an Intensive Care Unit Admission Clinical Infectious Diseases. — 2009. — Vol. 48. — P. 377 — 385.