

Таблица

Стоимость лечения пациентов с ВП с различной степенью тяжести

Показатели	I группа, n=89			II группа, n=256		
	Среднее	Максимальное	Минимальное	Среднее	Максимальное	Минимальное
Длительность лечения, дни	16,6	34,0	5,0	18,2	66,0	1,0
Стоимость курса АБТ при в/в назначении, руб/чел	1549,6	5984,6	115,4	2370,6	22219,0	105,0
Стоимость курса АБТ при в/м назначении, руб/чел	1396,2	6808,8	32,8	2537,6	17709,0	13,9
Стоимость курса АБТ при пероральном назначении, руб/чел	677,4	1920,0	192,0	676,1	2296,0	136,0
Стоимость АБТ на один день лечения, руб/сут	118,3	448,3	8,3	183,3	1069,9	0,00

Таким образом, реальная практика свидетельствует о существовании серьезных проблем в лечении ВП, существовании определенных стереотипов среди врачей, недостаточной информированности их о новейших рекомендациях, а расходы, связанные с госпитальным лечением ВП, значительны. Имеется также нерациональное использование коечного фонда и АМП для лечения пациентов с легким течением заболевания, что обуславливает возрастание необоснованных затрат на это заболевание. В связи с этим становится очевидным необходимость разработки решающих правил и стандартов определения степени тяжести заболевания, нуждаемости в госпитализации и адекватности проводимого лечения больных с пневмонией. Увеличение числа больных с ВП, получающих лечение в соответствии с КР и решающими правилами в амбулаторно-поликлинических условиях – один из реальных путей уменьшения бремени ВП для государства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гельцер Б.И., Куколь Л.В. Оценка эффективности критериев госпитализации при внебольничной

пневмонии//Вестник новых медицинских технологий.-2002.-Т.9, №4.-С.52-54.

2. Синопальников А.И., Страчунский Л.С. Новые рекомендации по ведению взрослых пациентов с внебольничной пневмонией//Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия.-2001.-Т.3, №1.-С.54-68.

3. Стандарты (протоколы) диагностики и лечения больных с неспецифическими заболеваниями легких (взрослое население).-М., 1999.-47 с.

4. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Яковлев С.В. и др. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. Пособие для врачей//Инфекции и антимикробная терапия.-2003.-Т.5, №4.-С.1-35.

5. Gleason P.P., Kapoor W.N., Stone R.A. et al. Medical outcomes and antimicrobial costs with the use of the American Thoracic Society guidelines for outpatients with community-acquired pneumonia//JAMA.-1997.-Vol.278, №1.-P.32-39.

6. Cost of treating patients with community-acquired pneumonia/J.R.Lave, C.J.Lin, M.J.Fine, P.Hughes-Gromwick//Sem. Resp.Crit.Care Med.-1999.-№20.-P.189-197.



УДК 616.24-002-03-053

Н.В.Морозова, Н.П.Блощинская, М.В.Козлов

КЛИНИКО-ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

*Хабаровский филиал ДНЦ ФПД СО РАМН – ГУ НИИ охраны материнства и детства,
Дальневосточный государственный медицинский университет, Хабаровск*

РЕЗЮМЕ

Представлены результаты клинического, рентгенологического, лабораторного обследования детей с внебольничной пневмонией, проживающих в Дальневосточном регионе, ее место в структуре бронхолегочной патологии у детей по

данным госпитализации. Показана этиологическая структура внебольничных пневмоний, чувствительность пневмотропной микрофлоры к основным группам антибиотиков. Полученные результаты подчеркивают региональные особенности течения внебольничной пневмонии.

SUMMARY

N.V.Morozova, N.P.Bloschinskaya, M.V.Kozlov

CLINICAL AND ETHIOLOGICAL
CHARACTERISTICS OF OUTPATIENT
PNEUMONIAS IN CHILDREN

The paper describes the results of clinical, X-ray and laboratory examinations of children with outpatient pneumonia living in the Far-Eastern Region. We have shown etiologial structure of outpatient pneumonias, and pneumothropic microphlora response to the main antibiotics. The results highlight regional peculiarities of outpatient pneumonia course.

Пневмония у детей – одна из актуальных проблем педиатрии, что определяется сохраняющимся высоким уровнем заболеваемости и серьезностью прогноза, особенно у детей раннего возраста [2, 5, 6, 7, 8, 11]. Несмотря на существующие в отечественной педиатрической практике четкие клинико-инструментальные критерии диагностики пневмонии, остаются актуальными вопросы гипо- и гипердиагностики заболевания [2, 5, 7, 10]. Вопросы этиотропной терапии пневмонии также продолжают оставаться актуальными [1, 4, 7, 9, 10]. Основой рациональной эмпирической антибиотикотерапии является этиологическая ориентированность, локальные сведения об антибиотикорезистентности и накопленный клинический опыт использования различных направлений лечения [3, 8, 11].

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-рентгенологической картины внебольничной пневмонии у детей, определение ее места в структуре бронхолегочных заболеваний по данным госпитализации, проведение этиологического мониторинга.

Материалы и методы

Проведено комплексное клинико-лабораторное, рентгенологическое обследование детей с внебольничной пневмонией, госпитализированных в клиническое отделение Хабаровского филиала ГУ ДНЦ ФПД СО РАМН – ГУ НИИ охраны материнства и детства в период с 2002 по 2003 гг. (n=159). Дети первого года жизни составили 22%, от 1 года до 3 лет – 28%, старше 3 лет – 50%. Материалом для бакте-

риологического исследования являлась мокрота, забор которой осуществлялся с помощью устройства для забора жидкости однократного применения у детей, не получавших антибактериальную терапию на догоспитальном этапе и до начала антибиотикотерапии на госпитальном этапе с соблюдением условий, максимально исключающих возможность контаминации микрофлоры. Мокрота исследовалась количественным и полуколичественным методами.

Результаты исследования

По данным госпитализации в клиническое отделение за период с 2002 по 2003 гг. в структуре бронхолегочных заболеваний пневмония составила 50%. Из всего числа больных преобладали мальчики – 86,8%. Из них 88,6% госпитализированных с пневмонией детей – жители города.

Большинство случаев внебольничных пневмоний, согласно общепринятой классификации [3], диагностировались как «осложненные», при этом доля «осложненных» пневмоний преобладает у детей в возрасте до 1 года. Наиболее частым синдромом, определяющим тяжесть состояния больных, является бронхообструктивный синдром, который в 83,6% случаев диагностирован у детей первых 3-х лет жизни. Наиболее типичные для пневмонии синдромы занимают значительно меньший удельный вес (рис. 1). В 24% случаев у детей, преимущественно старшего возраста, рентгенологически документирован синпневмонический плеврит междолевой и реберно-диафрагмальной локализации.

В подавляющем большинстве случаев (94%) пневмония имела острое начало, клинически проявлялась влажным кашлем (80%), симптомами интоксикации (95%). Наличие фебрильной лихорадки в первые дни заболевания отмечалось в 80% случаев. В 20% случаев заболевания протекало с нормотермией. В 30% случаев заболеванию предшествовала ОРВИ.

Большинство детей поступало в среднетяжелом состоянии. Тяжелое состояние регистрировалось в 4% случаев. Типичные локальные физикальные изменения в легких выявлялись лишь в 30% случаев. У остальных детей выслушивались жесткое дыхание, диффузные разнокалиберные хрипы. Тахипноэ отмечалось в 31%, тахикардия – в 48% случаев.

В 15% случаев был выражен ограниченный цианоз кожных покровов в области носогубного треугольника. У 10% больных выявлялась умеренная

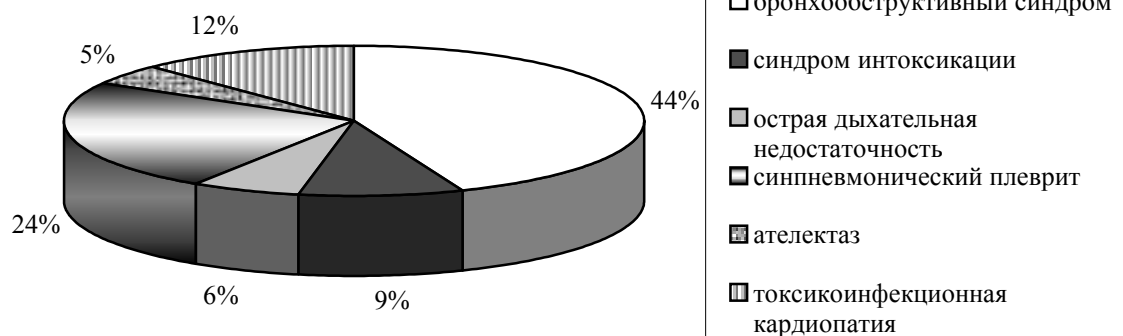


Рис. 1. Структура синдромов и осложнений внебольничных пневмоний у детей.

гепатомегалия. Гемограмма в первые дни заболевания характеризовалась лейкоцитозом (выше $10,0 \cdot 10^9/\text{л}$) и сдвигом формулы крови в 16% случаев. Наиболее часто документировано изменение СОЭ, повышение которой от 15 до 30 мм/час отмечалось в 45% случаев, свыше 35 мм/час в 18% случаев. У всех детей пневмония имела рентгенологическое подтверждение. В 86,6% случаев изменения в легочной ткани имели очаговый, в остальных – очагово-сливной характер. Чаше отмечалась правосторонняя локализация пневмонических изменений (66,6%). В 20,9% случаев процесс имел двусторонний характер и преимущественно наблюдался у детей первого года жизни (рис. 2).

У большинства детей выявлен отягощенный преморбидный фон (71,6%). Среди фоновых состояний преобладали вторичные иммунодефицитные состояния (14%), патология ЦНС (27,7%), лимфатико-гипопластический диатез (17,4%), атопический дерматит (7%).

Результаты бактериологического обследования мокроты у детей с внебольничной пневмонией представлены в табл. 1. Из числа обследованных детей положительный результат получен в 53 случаях, что составило 33,3%.

Результаты проводимого этиологического мониторинга позволили выявить наиболее значимую пневмотропную флору внебольничных пневмоний, которая в 41,5% случаев представлена *Streptococcus pneumoniae*, высоко чувствительным к цефалоспори-

Таблица 1
Результаты бактериологического обследования детей с внебольничной пневмонией (n=53)

Возбудитель	n, абс.	n, %
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	22	41,5
<i>H.influenzae</i>	10	18,9
<i>Streptococcus</i> гр. A, B	9	17
<i>Streptococcus aureus</i>	3	5,7
<i>Staphylococcus</i> spp.	2	3,7
<i>Enterobacteriaceae</i>	7	13,2

нам (100%), пенициллину (90%), ампициллину (85%). Спектр чувствительности к другим значимым пневмотропам представлен следующим образом (табл. 2).

Этиотропная стартовая терапия всем детям назначалась эмпирически, в зависимости от возраста, условий инфицирования, клинико-рентгенологических особенностей, предшествующей антибактериальной терапии, фонового состояния с последующим контролем эффективности проводимой антибиотикотерапии. Наиболее часто в качестве стартового антибиотика назначался цефазолин (45,8%), как альтернативный антибиотик использовался цефотаксим (26,4%). Пенициллин назначался реже – в 7% случаев. Сочетанная антибиотикотерапия проводилась у 10 больных, что составило 6,4%. Препараты назначались внутримышечно, в возрастных дозировках. Курс лечения составлял 12 ± 2 дней. Позитивный клинико-

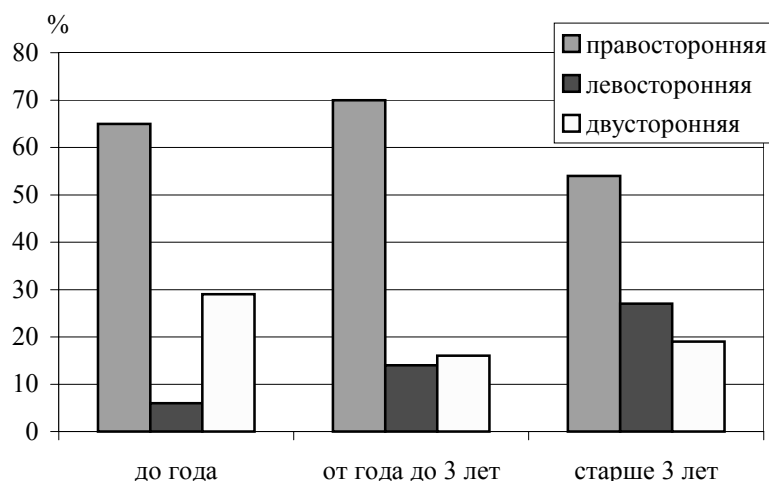


Рис. 2. Частота локализации воспалительного процесса в легких в зависимости от возраста.

Таблица 2
Чувствительность выделенной пневмотропной микрофлоры к основным группам антибиотиков

Антибиотик	<i>H.influenzae</i>	<i>Streptococcus</i> гр. A, B	<i>Enterobacteriaceae</i>
Гентамицин	89%	83%	100%
Цефотаксим	78%	-	100%
Цефобид	62%	-	-
Ампициллин	50%	33%	29%
Цефазолин	22%	83%	43%
Пенициллин	-	33%	-

рентгенологический эффект от назначения вышеуказанных антибактериальных препаратов был достигнут в 78% случаев. Остальным детям (22%) потребовалось назначение второго курса антибактериальной терапии.

В качестве второго курса применялся преимущественно цефотаксим, на втором месте по частоте применения стоят аминогликозиды (амикацин, гентамицин). Во всех наблюдаемых случаях было достигнуто клиническое выздоровление и полное рентгенологическое разрешение очаговых изменений в легких.

Приведенные данные характеризуют региональные особенности течения внебольничной пневмонии у детей, которые заключаются в уменьшении типичных для пневмонии синдромов и преобладании бронхообструктивного синдрома в клинике заболевания, особенно у детей раннего возраста. Функциональные изменения в легких в большинстве случаев носили диффузный характер. Гемограмма чаще имела «гипореактивный» тип, наиболее информативным показателем являлось повышение СОЭ. 71,6% детей имели неблагоприятный преморбидный фон, что возможно, имело влияние на клинико-лабораторные показатели. Все это создает предпосылки к гиподиагностике внебольничной пневмонии, несвоевременной этиотропной терапии, ухудшению исхода заболевания.

По результатам этиологического мониторинга ведущей этиотропной флорой внебольничной пневмонии является *S.pneumoniae* (41,5%), что не противоречит литературным данным [1, 6, 9, 10]. Установлена высокая чувствительность *S.pneumoniae* к цефазолину, цефотаксиму, пенициллину, ампициллину.

Вторым по значимости возбудителем явилась *H.influenzae* (18,9%), наибольшая чувствительность которой выявлена к гентамицину (78%). Спектр антибактериальных препаратов, применяемый при этиотропной терапии адекватен чувствительности выделяемой пневмоотропной микрофлоре. Вместе с тем, в 22% случаев потребовалось проведение второго курса антибиотикотерапии, что при внебольничной пневмонии не может быть обоснованным. Это диктует необходимость разработки более рационального выбора стартового антибиотика.

Таким образом, при проведении лечебно-диагностических мероприятий у пациентов с вне-

больничной пневмонией, необходимо учитывать региональные особенности этиологии и клинического течения заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антимикробная химиотерапия/Под ред. С.В.Яковлева, В.П.Яковлева.-М., 2002.-127 с.
2. Болезни органов дыхания у детей: Руководство для врачей/Под ред. С.В.Рачинского, В.К.Таточенко.-М., 1987.-469 с.
3. Классификация клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей//Рос. вестн. перинатологии и педиатрии.-1996.-№2.-С.6.
4. Клинико-этиологическая характеристика внебольничной пневмонии у детей и анализ эффективности антимикробной терапии/Царькова С.А., Бейкин Я.Б., Шилова В.П. и др.//Вопросы современной педиатрии.-2002.-Т.1, №6.-С.32-36.
5. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика. Научно-практическая программа Союза педиатров России.-М.: Международный Фонд охраны здоровья матери и ребенка, 2002.-69 с.
6. Пневмонии у детей/Под ред. С.Ю.Качанова, Ю.В.Вельтищева.-М.: Медицина, 1995.-С.8.
7. Практическая пульмонология детского возраста. Справочник/Под ред. В.К.Таточенко.-М., 2001.-С.113-138.
8. Самсыгина Г.А., Дудина Т.А. Тяжелые внебольничные пневмонии у детей: особенности клиники и терапии//Consilium medicum.-2002.-№2.-С.6-12.
9. Синопальников А.И. Современные рекомендации по ведению внебольничной пневмонии//Рус. мед. журн. Пульмонология: Материалы VIII Российского национального конгресса «Человек и лекарство».-М., 2001.-С.3-7.
10. Страчунский Л.С. Антибактериальная терапия пневмоний у детей. Руководство по фармакотерапии в педиатрии и детской хирургии/Под ред. А.Д.Царегородцева, В.А.Тоболина. -М.: Медпрактика, 2002.-С.65-103.
11. Острые пневмонии у детей/Под ред. В.К.Таточенко.-Чебоксары, 1994.-323 с.
12. Таточенко В.К., Катосова Л.К., Федоров А.М. Этиологический спектр пневмоний у детей//Пульмонология.-1997.-№2.-С.29-34.

