

Оценка качества лечения больных тяжелой внебольничной пневмонией в РТ

В. А. СЕРГЕЕВ, А. А. ВИЗЕЛЬ, Р. С. САДЫКОВА.

Городской пульмонологический центр при горбольнице № 16. Казанский медицинский университет. Республиканская клиническая больница.

Пневмония остается одним из самых распространенных заболеваний органов дыхания и встречается у 3-15 человек на 1000 населения. В Республике Татарстан заболеваемость пневмонией составляет около 400 человек на 100 тыс. населения и имеет тенденцию к росту, особенно тяжелыми ее формами (у больных с алкоголизмом, сахарным диабетом, ВИЧ-инфекцией, гепатитами).

Несмотря на появление новых, высокоэффективных антибактериальных препаратов для лечения больных пневмонией остается достаточно высокой смертность от данного заболевания. Ежегодно она составляет около 5%, а среди пожилых людей достигает 30%.

К сожалению, нередко допускаются ошибки как в диагностике, так и в лечении больных пневмонией. Диагноз пневмонии в первые 3 дня болезни ставится у 35% заболевших, а ошибки в диагностике пневмоний достигают 20%.

Нами проведена оценка качества лечения 94 больных с тяжелой внебольничной пневмонией закончившегося летальным исходом в ЛПУ РТ.

Анализ проводился по медицинским картам стационарного больного, представленных стационарами центральных районных и городских больниц РТ в 2002 году.

Большая часть (90%) больных находилась на стационарном лечении в терапевтических отделениях; остальные — в пульмонологических, хирургических отделениях и инфекционной больнице.

Анализировались летальные случаи только среди взрослого населения. Возраст больных составлял от 18 до 74 лет. Преобладали мужчины, их было 77, женщин — 17.

Вскрытию в патолого-анатомических отделениях и бюро судебно-медицинской экспертизы подверглись 82 человека, что составляло 87%. В 6 случаях выявлено расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов, когда пневмония не была диагностирована у больных и на вскрытие они направлялись с диагнозами: острый коронарный синдром, черепно-мозговая травма, дилатационная кардиомиопатия, ИБС, отравление неизвестным ядом и т.п. Было 2 случая досуточной летальности, когда вскрытие не было проведено, что является нарушением общепринятых правил, не допускающих выдачу без вскрытия трупов больных, умерших предположительно от острых заболеваний в течение нескольких часов с момента поступления в стационар. Практически все больные были госпитализированы обостренно и по профилю заболевания.

Подавляющее большинство из поступивших больных были доставлены по экстренным показаниям (92%), причем своевременно госпитализировано только 15% больных; в 85% случаев госпитализация была поздней по разным причинам, самой частой из которых было позднее обращение больных за медицинской помощью. В первую очередь это объясняется низким социальным статусом этих больных, преобладающее число которых составляют алкоголики, бездомные, безработные и одинокие люди.

Интересные данные были получены при анализе сроков наступления летальных исходов. В течение первых суток с момента поступления в стационар умерло 41% больных, в период с 2-го по 5-й день — 34%, с 6-го по 10-й день — 10% и более 10 дней — 15% больных. Это еще раз подтверждает тот факт, что пневмония — это острое, быстро прогрессирующее заболевание, способное привести больного к смерти в первые дни болезни, поэтому лечение больных с тяжелой пневмонией необходимо начинать с первых минут их поступления в стационар, причем предпочтение должно отдаваться антибактериальным препаратам широкого спектра действия. Для лечения таких больных требуется комбинированная антибактериальная терапия.

Лечение должно быть комплексным и включать дезинтоксикационную, иммунозаместительную терапию, а при наличии осложнений — подачу кислорода и борьбу с инфекционно-токсическим шоком. Все лекарственные препараты должны вводиться внутривенно.

При оценке качества лечения больных с тяжелой пневмонией без замечаний было 23 истории болезни, что составило 24% от всех анализируемых. Наиболее частой ошибкой явилась неадекватная антибактериальная терапия. Она имела место у 46% больных, т.е. каждый второй больной, скончавшийся от тяжелой пневмонии, получал неадекватную антибактериальную терапию. На сегодняшний день назначение больному с тяжелой пневмонией монотерапии пенициллина, полусинтетических пенициллинов, цефалоспоринов I поколения, пусть даже и в максимальных дозировках, считается врачебной ошибкой, а именно эти препараты «лидируют» во врачебных назначениях. Нередко эти препараты назначаются не внутривенно, а внутримышечно.

Иногда назначаются такие комбинации антибактериальных средств, которые не имеют никакого смысла, а лишь создают видимость массивной терапии и увеличивают без того существенные затраты на лечение этой категории больных. Так, комбинируют пенициллин с цефазолином, ампициллин с кефзолем, т.е. препараты, имеющие примерно одинаковый спектр антимикробного действия; либо препарат с широким спектром действия с препаратом, спектр действия которого включает тех же возбудителей (клафоран с оксациллином и т.п.). Встречаются также назначения таких препаратов, как гентамицин и других аминогликозидов, которые не рекомендуются для лечения больных с внебольничной пневмонией, так как они не активны в отношении наиболее частых возбудителей пневмонии. Недостаточно в комплексном лечении больных пневмонией используется дезинтоксикационная терапия и крайне редко иммунозаместительная терапия.

Редко при наличии деструкции в легких в историях болезни можно увидеть назначение антиферментных препаратов, зато часто назначаются препараты без показаний (хлористый кальций, эуфиллин, витамины группы В, сернокислая магнезия). В ряде случаев назначение этих препаратов вообще противопоказано.

К сожалению, немало недостатков выявляется и в ведении медицинской документации. Так, у 17% больных в историях болезни не отражен анализ заболевания и жизни больных, у 18% не отражены данные о перкуссии легких, нередко больные с тяжелой пневмонией не осматриваются заведующими отделениями, к ним крайне редко созывается консилиум. Недооценка тяжести состояния зарегистрирована у 16% больных. Это приводило к тому, что крайне тяжелые больные либо поздно, либо совсем не переводились для интенсивного лечения в отделение реанимации, хотя для этого были показания.

Имеются серьезные недостатки в проведении диагностического этапа больных пневмонией. Крайне редко проводятся бактериологические исследования мокроты, у 11% больных не проведена рентгенография грудной клетки, хотя для нее были показания. Безусловно, это повлияло на то, что у 6% больных пневмония при жизни не была диагностирована, а у некоторых больных не диагностированы ее осложнения (деструкция и плевральный выпот).

Описанные недостатки в оказании медицинской помощи больным с тяжелой внебольничной пневмонией диктуют необходимость широкого внедрения в практическое здравоохранение четких клинических рекомендаций по диагностике и лечению этого заболевания, а практическим врачам — их безоговорочного исполнения.