

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ПНЕВМОНИЕЙ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ И СТАЦИОНАРЕ: МНЕНИЯ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ

РУСТЭМ ФИДАГИЕВИЧ ХАМИТОВ, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой внутренних болезней № 2
ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава»

Реферат. Было проведено анкетирование 181 врача поликлиник и стационаров г. Казани и Республики Татарстан по диагностике и лечению внебольничных пневмоний. В целом врачи показали достаточно высокий уровень знаний по данной проблеме. Разбор распространенных ошибок позволит и дальше совершенствовать лечебно-диагностические подходы к ведению этой распространенной патологии.

Ключевые слова: анкета, внебольничные пневмонии, диагностика, лечение.

MANAGEMENT OF THE OUTPATIENTS AND INPATIENTS WITH COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA: OPINIONS OF THE PRACTITIONERS

R. F. KHAMITOV

Abstract. Questioning 181 doctors of polyclinics and hospitals of Kazan and Tatarstan Republic on diagnostics and treatment of community acquired pneumonia has been done. As a whole doctors have shown high enough level of knowledge of the given problem. Analysis of the widespread mistakes will allow to improve further medical-diagnostic approaches to management of this pathology.

Key words: questionnaire, community acquired pneumonia, diagnostic, treatment.

В структуре заболеваемости взрослых ведущее значение на сегодняшний день имеет респираторная патология. Внебольничные пневмонии (ВП) являются одной из ведущих причин смерти среди респираторной патологии нижних дыхательных путей. В 2006 г. в РФ было официально зарегистрировано 414,3 пневмоний на 100 000 населения [2]. По всей видимости, в реальности число больных пневмониями еще выше. Для своевременной диагностики, адекватного лечения и тем самым уменьшения летальных исходов пневмоний большое значение имеет высокий профессиональный уровень лечащих врачей.

Целью проведенного исследования явилась оценка знаний врачей лечебных учреждений г.Казани и РТ по ведению больных ВП.

Была разработана скрининговая анкета из 9 вопросов. Анкетирование прошли 181 врач, 123 из которых работали в лечебных учреждениях г. Казани, а 58 — в ЛПУ РТ. Большинство респондентов составили амбулаторно-поликлинические врачи — 97 (54%): участковые терапевты — 43 (24%), заведующие терапевтическими отделениями в поликлиниках — 22 (12%) и врачи общей практики — 32 (18%). 34 врача терапевтических стационаров составили 19%, 8 пульмонологов — 4%. В обычной практике к пульмонологам попадает лишь небольшая часть тяжелых, осложненных пневмоний. Немаловажное значение имел факт, что в анкетировании принимали участие 35 начмедов, осуществляющих контроль качества и организацию лечебной помощи в медицинских учреждениях (рис. 1). 73% опрашиваемых имели стаж лечебной работы более 10 лет (рис. 2).

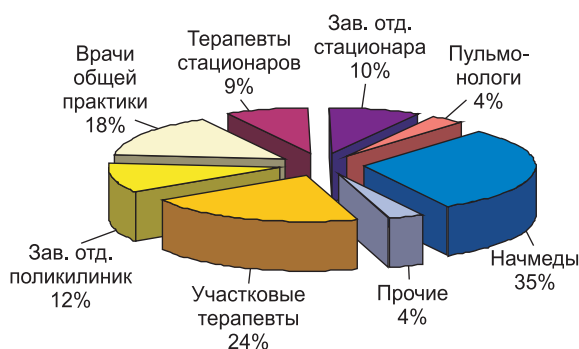


Рис. 1. Структура анкетированных врачей, %

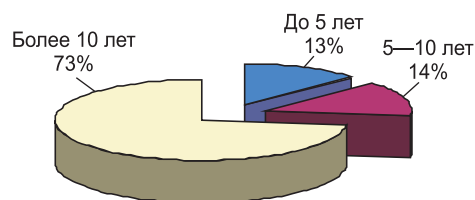


Рис. 2. Стаж врачей, %

86% врачей курировали в своей повседневной практике больных с пневмониями, 6% осуществляли экспертный контроль лечения пневмоний.

Практические врачи амбулаторно-поликлинической сети и стационаров, занимающиеся на сегодняшний день в Татарстане диагностикой и лечением пневмоний, осуществляют свою деятельность, в первую очередь,

в соответствии с двумя документами: приказом МЗ РТ от 15.11.2004 г. № 1424 «Об утверждении Протоколов ведения больных пневмониями (взрослое население) в медицинских учреждениях РТ» и федеральными «Практическими рекомендациями по диагностике, лечению и профилактике внебольничных пневмоний у взрослых» в редакции 2006 г. [1, 4]

Клиническая диагностика ВП основана на так называемом «золотом стандарте»: остром начале с высокой температурой, кашле, при тяжелом течении — одышке и плевральных болях. Лабораторно-инструментальные составляющие «золотого стандарта» — лейкоцитоз более 10 000 в мкл (при тяжелом течении > 20 000 в мкл или лейкопения < 4000 в мкл), рентгенологическое выявление инфильтрации легочной ткани.

Данные признаки в большей степени характерны для пневмонии пневмококковой этиологии. В связи с актуализацией в последние годы в этиологической структуре заболевания «атипичных возбудителей» (*Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*) необходимо отметить некоторые клинические особенности таких пневмоний. Это часто подострое начало, миалгии, головные боли, непродуктивный характер кашля, несоответствие физикальных (скудных) и рентгенологических данных [5].

Рентгенологический метод исследования является важнейшим параклиническим методом диагностики пневмоний. Подавляющее большинство врачей (93%) прекрасно осведомлены об этом (рис. 3).

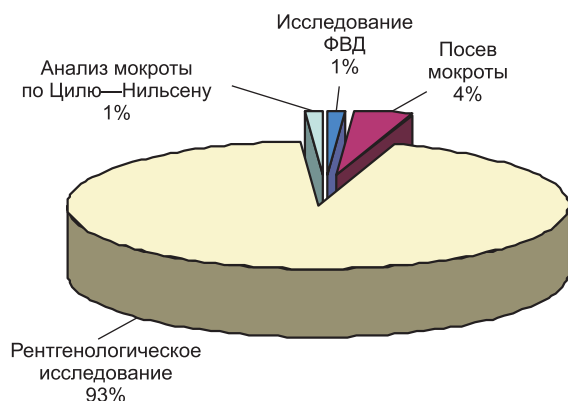


Рис. 3. Распределение ответов на вопрос: «Без чего не может быть установлен диагноз ВП?», %

Результаты посева мокроты на рост микрофлоры (4% врачей) будут получены не ранее 7—10 дней. Конечно, диагностика пневмонии на этих сроках уже не актуальна, и данное исследование в сочетании с определением чувствительности высеянных микроорганизмов к антибиотикам может лишь помочь корректировать антимикробную терапию при ее недостаточной эффективности на этих сроках. Предварительные данные можно получить уже в первые 2 дня госпитализации при микроскопии мазка мокроты, окрашенного по Граму. Следует отметить, что по существующим рекомендациям верифицированная этиологическая диагностика пневмоний в условиях поликлиники признана нецелесообразной.

В связи с большой актуальностью дифференциальной диагностики пневмоний с туберкулезом проводится микроскопия мазка мокроты, окрашенного по Цилю—Нильсену на кислотоупорные микобактерии. К сожалению, 17% респондентов не связали данную классическую реакцию с возбудителем туберкулеза (рис. 4), и данный факт должен вызывать тревогу.

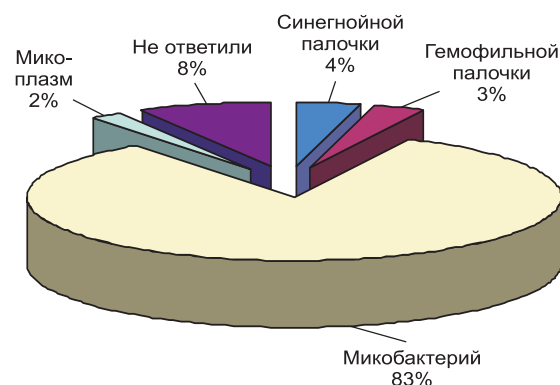


Рис. 4. Распределение ответов на вопрос: «Какая окраска мокроты по Цилю—Нильсену направлена на выявление..?», %

После постановки нозологического диагноза пневмонии перед врачом встают два главных вопроса, которые требуют незамедлительного решения: госпитализировать пациента или лечить его амбулаторно; с какого препарата начать антибактериальную терапию (АБТ).

Считается, что более чем в половине случаев пневмонию можно успешно лечить амбулаторно. При этом следует также учитывать, что львиная доля всех расходов при ВП приходится именно на стоимость госпитализации (для США этот показатель превышает 90%).

Показания для госпитализации российских пациентов с пневмониями можно сгруппировать как абсолютные:

- клинико-лабораторные признаки среднетяжелого и тяжелого течения;
- невозможность адекватного ухода и выполнения всех врачебных предписаний в домашних условиях;
- неэффективность стартовой антибактериальной терапии;

и как относительные:

- возраст старше 60 лет;
- наличие сопутствующих заболеваний (ХОБЛ, бронхоэктазы, злокачественные новообразования, сахарный диабет, хроническая почечная недостаточность, застойная сердечная недостаточность, хронический алкоголизм, наркомания, выраженный дефицит массы тела, цереброваскулярные заболевания);
- желание пациента и/или членов его семьи.

Следующий вопрос анкеты касался именно проблемы адекватной оценки возможности амбулаторного лечения больного с ВП и был особенно актуален с учетом большого удельного веса среди респондентов поликлинических врачей. 94% сделали правильный выбор (рис. 5). Неосложненная ВП среднетяжелого течения в некоторых ситуациях также могла бы лечиться амбулаторно, однако наличие сопутствующей алкоголизации как фактора угрозы неблагоприятного, в том числе и летального, исхода определяет необходимость госпитализации такого больного. Тяжелое течение пневмонии — это безусловное показание для госпитализации и обсуждаться может лишь место, куда этот пациент должен быть направлен: в общетерапевтическое или специализированное пульмонологическое отделение.

АБТ амбулаторного пациента (до 70% лиц младше 60 лет с нетяжелой ВП) должна базироваться на следующих принципах:

Во-первых, это монотерапия с использованием перорального препарата с доказанной в отношении предполагаемого возбудителя клинической эффективностью.

Антибактериальная терапия внебольничной пневмонии в амбулаторных условиях

Особенности нозологической формы	Наиболее частые возбудители	Препараты выбора	Альтернативные препараты
Нетяжелая ВП у пациентов в возрасте до 60 лет без сопутствующих заболеваний	<i>S. pneumoniae</i> , <i>M. pneumoniae</i> , <i>C. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i>	Амоксициллин внутрь (флемоксин солютаб®) или макролиды внутрь ¹ (зитролид®)	Фторхинолоны с усиленной антипневмококковой активностью [левофлоксацин (флорацид®), моксифлоксацин] внутрь ²
Нетяжелая ВП у пациентов 60 лет и старше и/или с сопутствующими заболеваниями	<i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>C. pneumoniae</i> , <i>S. aureus</i> , <i>Enterobacteriaceae</i>	Амоксициллин /клавуланат внутрь (флемоклав солютаб®)	Фторхинолоны с усиленной антипневмококковой активностью [левофлоксацин (флорацид®), моксифлоксацин] внутрь

Примечания: ¹Макролиды являются препаратами выбора при непереносимости бета-лактамов или подозрении на *Mycoplasma pneumoniae* или *Chlamydia pneumoniae*. Следует отдавать предпочтение макролидным антибиотикам с улучшенными фармакокинетическими свойствами (азитромицину, кларитромицину).

²Доксициклин может назначаться исключительно при подозрении на *Mycoplasma pneumoniae* или *Chlamydia pneumoniae*, при этом следует учитывать высокий (>25%) уровень резистентности к нему пневмококков в России.

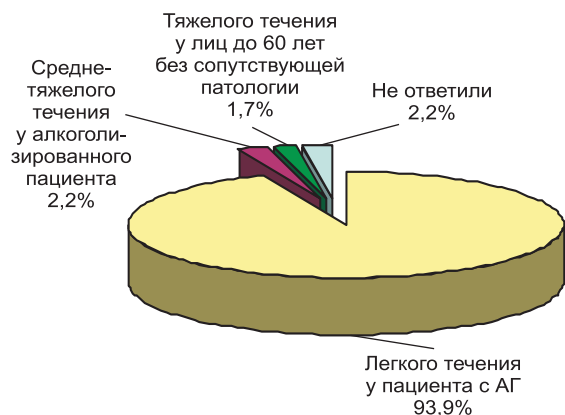


Рис. 5. Распределение ответов на вопрос: «Какие ВП могут лечиться в амбулаторных условиях?», %

Во-вторых, проводится с учетом предварительной вероятностной этиологической диагностики. Спектр активности выбранного антибиотика должен соответствовать наиболее вероятным патогенам.

В-третьих, является клинико-экономически невыгодным назначение препарата, ориентированного, главным образом, против внутрибольничных инфектов.

В-четвертых, выбранный препарат должен обладать выгодными фармакокинетическими параметрами (в том числе прием 1—2 раза в сут), быть безопасным, обладать минимальным региональным уровнем резистентных штаммов.

Таким образом, несмотря на то что микробиологическая верификация этиологии амбулаторной пневмонии признана экономически нецелесообразной, врач поликлиники должен владеть принципами вероятностной этиологической диагностики, знать уровень региональной резистентности актуальных патогенов, хорошо ориентироваться в антимикробном спектре используемых препаратов.

Принципы антимикробной терапии ВП в амбулаторных условиях представлены в табл. 1.

На знание этих принципов и был ориентирован следующий вопрос анкеты. Правильный ответ дали 82% врачей (рис. 6).

Сегодня в арсенале российских врачей есть амоксициллин/клавуланат в инновационной лекарственной форме «Флемоклав Солютаб®». Вместе с удобством применения и последующей высокой комплаентностью оптимизация фармакокинетики уменьшает риск нежелательных реакций со стороны ЖКТ и, как было показано в некоторых исследованиях, по частоте нежелательных лекарственных реакций препарат выгодно отличается даже от оригинального.

Альтернативную группу препаратов представлял фторхинолоны с усиленной антипневмококковой активностью, называемые также респираторными фторхинолонами. Название «альтернативные» точно отражает их место, так как альтернатива обозначает выбор, тогда как нередко врачи трактуют эти препараты как средства второй очереди. В России хорошо зарекомендовавшим себя представителем этой группы является отечественный фторхинолон III поколения флорацид®, не уступающий по антимикробной активности оригинальному левофлоксацину, вместе с тем благоприятно отличающийся от него по стоимости.

Адекватный клинический эффект при амбулаторном лечении ВП может быть получен при применении перо-

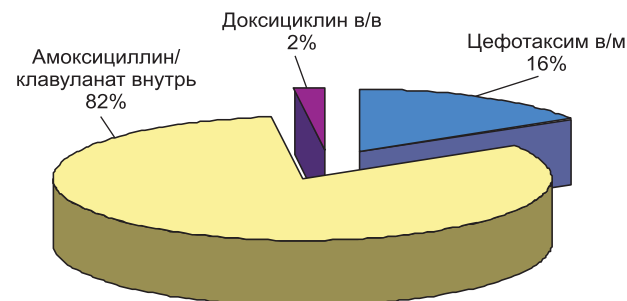


Рис. 6. Распределение ответов на вопрос: «Каким будет препарат выбора для амбулаторной терапии нетяжелых ВП у пациентов старше 60 лет и/или с сопутствующими заболеваниями?», %

ральных форм препаратов (категория доказательств С). Парентеральные антибиотики в амбулаторных условиях не имеют доказанных преимуществ перед пероральными. Они могут применяться лишь в единичных случаях (например, при отказе или невозможности своевременной госпитализации, предполагаемой низкой комплаентности при приеме пероральных препаратов). При этом у молодых пациентов (<60 лет) при отсутствии значимых сопутствующих заболеваний предпочтение следует отдавать бензилпенициллину прокаиному, у пациентов 60 лет и старше рекомендуется цефтриаксон. Преимущество цефтриаксона перед цефотаксимом для амбулаторной практики, в первую очередь, состоит в возможности однократной инфузии в сутки. Внутривенная форма доксициклина также является привлекательной для

амбулаторно-поликлинических условий ввиду возможности однократной инфузии в сутки, однако высокий уровень резистентности пневмококков в РФ к тетрациклину не позволяет его рекомендовать в широкой практике [3].

У госпитализированных пациентов целесообразно начинать терапию с парентеральных антибиотиков. При этом необходимо учитывать причины неэффективности антимикробной терапии, проведенной на амбулаторном этапе [7].

Препаратами выбора инициальной АБТ в стационаре у пациентов с нетяжелой пневмонией являются парентеральные бета-лактамы (природные и полусинтетические пенициллины, в том числе ингибиторозащищенные, цефалоспорины III генерации) в возможной комбинации с пероральными макролидами (табл. 2).

Таблица 2

Антибактериальная терапия нетяжелых ВП у госпитализированных пациентов

Наиболее частые возбудители	Препараты выбора	Альтернативные препараты
<i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>C. pneumoniae</i> , <i>S. aureus</i> , <i>Enterobacteriaceae</i>	Бензилпенициллин в/в, в/м ± макролид внутрь. Ампициллин в/в, в/м ± макролид внутрь. Амоксициллин/клавуланат в/в ± макролид внутрь (зитролид®). Цефуроксим в/в, в/м ± макролид внутрь. Цефотаксим в/в, в/м ± макролид внутрь. Цефтриаксон в/в, в/м ± макролид внутрь	Респираторные фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин) в/в, азитромицин в/в

Знание этого положения должен был проверить вопрос анкеты. Ответы распределились следующим образом (рис. 7).

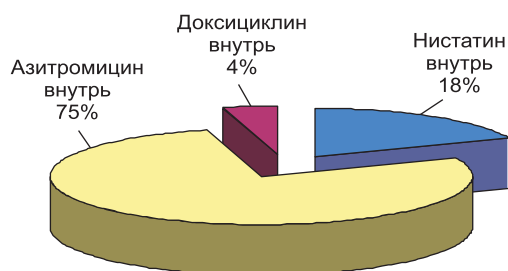


Рис. 7. Распределение ответов на вопрос: «Какой вы выберете антибактериальный препарат для назначения в комбинации с в/в введением цефтриаксона при нетяжелой ВП у госпитализированных пациентов?», %

О доксициклине уже много говорилось, и большинство врачей знают о высоком уровне резистентности к нему пневмококков, а вот дополнительное назначение нистатина действительно встречается чаще. При этом в федеральных рекомендациях по диагностике, лечению и профилактике ВП у взрослых от 2006 г. данная комбинация отнесена к наиболее распространенным ошибкам АБТ при внебольничной пневмонии из-за отсутствия доказательств эффективности нистатина у пациентов без иммунодефицита и необоснованности затрат [1].

Хорошо знаком российским и особенно татарстанским врачам отечественный азитромицин зитролид®, высокая эффективность и безопасность которого в ле-

чении нетяжелых ВП была доказана в общероссийском многоцентровом исследовании [6]. Прекрасно сочетаясь с цефалоспорином III, ничуть не уступая оригинальному препарату по основным параметрам, зитролид® выгодно отличается от него по цене. Кроме того, на российском фармацевтическом рынке на сегодняшний день еще не было выявлено случаев фальсификации этого препарата.

У пациентов, госпитализированных в терапевтические отделения с тяжелой пневмонией, инициальная АБТ проводится в/в комбинациями ингибиторозащищенных аминопенициллинов или цефалоспоринов III с макролидами. Альтернативу представляют в/в респираторные фторхинолоны (табл. 3).

Таблица 3

Антибактериальная терапия тяжелых ВП у госпитализированных пациентов

Наиболее частые возбудители	Препараты выбора	Альтернативные препараты
<i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>C. pneumoniae</i> , <i>S. aureus</i> , <i>Enterobacteriaceae</i>	Амоксициллин/клавуланат в/в + макролид в/в. Цефотаксим в/в + макролид в/в. Цефтриаксон в/в + макролид в/в	Респираторные фторхинолоны в/в (левофлоксацин, моксифлоксацин) + цефалоспорины III в/в

Только 78,5% врачей сумели дать правильный ответ (рис. 8). Не исключено, что на результаты повлияло участие в анкетировании небольшого количества врачей стационаров — 34 (19%) человека.

Назначение одновременно двух бета-лактамов является необоснованной комбинацией, сочетание меропенема с метронидазолом показано пациентам с тяжелым и крайне тяжелым течением пневмонии в условиях специализированного пульмонологического отделения или ОРИТ, у которых подозревается факт аспирации; показание для ванкомицина в России на сегодняшний день — это выявленные метициллинрезистентными штаммами *S. aureus* внутрибольничные пневмонии. Амикацин, аминогликозид III генерации, также не предусмотрен существующими Стандартами лечения внебольничных пневмоний.

Таким образом, проведенное анкетирование показало достаточно высокий уровень знаний врачей

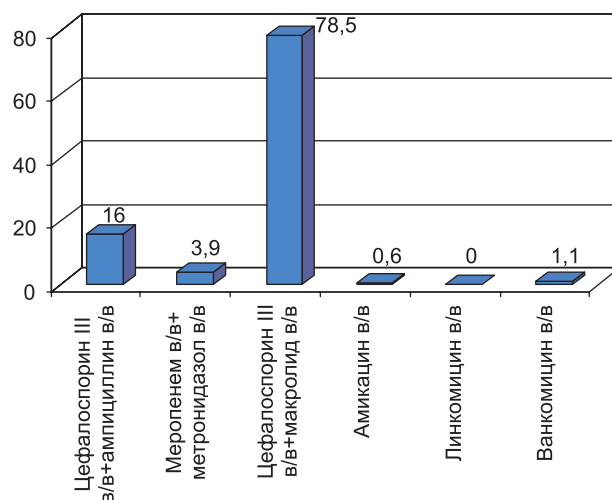


Рис. 8. Распределение ответов на вопрос: «Что необходимо для начальной терапии тяжелой ВП у пациента, госпитализированного в отделение терапии?», %

г. Казани и Республики Татарстан в области диагностики и лечения ВП. Необходимо отметить, что данное анкетирование обычно проводилось перед началом научно-практических конференций для врачей, на которых потом освещались современные подходы к диагностике и лечению основной респираторной патологии и разбирались ошибки, допущенные аудиторией при ответе на вопросы анкеты. Поэтому можно предположить, что имеющие место ошибки запоминались врачами по «горячим следам». Следует и дальше продолжать широкую разъяснительную работу среди врачей со свежим анализом дефектов качества оказания медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Внебольничная пневмония у взрослых. Практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике / под ред. А.Г. Чучалина [и др.]. — М.: ООО Издат. дом «М-Вести», 2006. — 76 с.
2. Какорина, Е.П. Заболеваемость населения России в 2006 году: стат. материалы / Е.П. Какорина, Л.А. Михайлова, Е.В. Огрызко [и др.]. — М., 2007. — Ч. I. — С.121.
3. Козлов, Р.С. Антибиотикорезистентность *Streptococcus pneumoniae* в России в 1999—2005 гг.: результаты многоцентровых проспективных исследований ПеГАС-I и ПеГАС-II / Р.С. Козлов, О.В. Сивая, К.В. Шпынев [и др.] // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. — 2006. — Т. 8, № 1. — С.1—15.
4. «Об утверждении Протоколов ведения больных пневмонией (взрослое население) и Протоколов ведения больных хронической обструктивной болезнью легких (взрослое население) в медицинских учреждениях Республики Татарстан». Приказ МЗ РТ № 1424 от 15.11.2004 г.
5. Хамитов, Р.Ф. Пневмонии: современный взгляд на проблему: практ. руководство для врачей / Р.Ф. Хамитов. — Казань: Изд-во «Бриг», 2005. — 67 с.
6. Хамитов, Р.Ф. Результаты многоцентрового исследования: зитролид® (азитромицин) при внебольничной пневмонии не тяжелого течения / Р.Ф. Хамитов, Т.Н. Сулбаева, Е.С. Попова [и др.] // Русский медицинский журнал. — 2007. — Т. 15, № 7 (288). — С.604—607
7. Хамитов, Р.Ф. Анализ летальных исходов внебольничных пневмоний у лиц трудоспособного возраста / Р.Ф. Хамитов // Казанский медицинский журнал. — 2008. — № 5. — С.729—733.