

УДК 616.24-002.14

Л. Н. Афтаева, В. Л. Мельников, О. Ю. Кубрина, А. А. Орешкина

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ

Аннотация. Внебольничная пневмония остается важнейшей медицинской проблемой ввиду своей высокой распространенности и летальности. С целью изучения частоты встречаемости, клинических проявлений, результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики, лечения пневмонии, нами проанализировано 100 историй болезни с внебольничной пневмонией. По результатам исследования установлено, что пациенты чаще госпитализируются в стационар с третьего по десятый день болезни; внебольничная пневмония чаще проявляется правосторонним поражением легких; лечение большинства пациентов проводится комбинацией цефалоспоринов с аминогликозидами или макролидами.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, клиника, лабораторная и инструментальная диагностика, лечение.

Актуальность

Внебольничная пневмония (ВП) является одним из наиболее распространенных острых респираторных заболеваний и представляет одну из актуальных проблем в российском здравоохранении [1]. Актуальность обусловлена достаточно высокой распространенностью в популяции, эволюцией спектра возбудителей заболевания и их резистентностью к традиционным антибактериальным схемам, необходимостью алгоритмизации лечебно-диагностического подхода, а также индивидуализации медицинской помощи у каждого конкретного пациента с учетом оценки всех сопутствующих факторов (коморбидные состояния, чувствительность микрофлоры к медикаментозной терапии, тяжесть заболевания и наличие осложнений) [2]. Пневмония представляет собой комплекс патологических процессов, развивающихся в дистальных отделах легочной ткани. Основным проявлением этих процессов является инфекционное, экссудативное, реже межлочечковое воспаление, вызванное микроорганизмами различной этиологии и доминирующее во всей картине заболевания. С клинических позиций понятие «внебольничная пневмония» следует определить как острое инфекционное заболевание легких различной (преимущественно бактериальной) этиологии, развившееся вне больницы или в первые 48–72 ч госпитализации, сопровождаемое лихорадкой и симптомами поражения нижних дыхательных путей (одышка, кашель, физикальные данные), подтвержденное рентгенологическими методами диагностики [3].

Заболеваемость пневмониями, входящими в структуру респираторных инфекций, не только остается на высоком уровне, но имеет тенденцию к ежегодному росту [4]. Заболеваемость внебольничной пневмонией на 2016 г. составила 418,02 случая на 100 тыс. населения, что на 24 % выше, чем в предыдущем 2015 г. (337,1), и была максимальной за последние пять лет (2012 г. – 345,0; 2013 г. – 389,2; 2014 г. – 349,5) [5].

Пневмония относится к наиболее частым и серьезным заболеваниям легких у детей. В экономически благополучных странах ее частота у детей первых пяти лет жизни составляет в год в среднем от пяти до десяти случаев на 1000, в России – около 15–20 на 1000 детей первых трех лет жизни и примерно пять–шесть случаев на 1000 детей старше трех лет. При этом наиболее высокий уровень заболеваемости и летальности отмечается у новорожденных и детей первых лет жизни. Эксперты ВОЗ подчеркивают, что

основными предотвратимыми причинами летальных исходов при данной патологии являются поздняя верификация и отсутствие этиотропной терапии [6].

Согласно данным зарубежных эпидемиологических исследований, заболеваемость внебольничной пневмонией у взрослых (≥ 18 лет) колеблется в широком диапазоне: у лиц молодого и среднего возраста она составляет 1–11,6 %; в старших возрастных группах – 25–44 %. В течение года общее число взрослых больных (≥ 18 лет) ВП в пяти европейских странах (Великобритания, Франция, Италия, Германия, Испания) превышает 3 млн человек [7]. В России официальная статистика учитывает 400–500 тыс. больных ВП в год. Например, в 2015 г. уровень заболеваемости ВП в Российской Федерации составил 337,77 на 100 тыс. населения, а в 2016 г. – 418,18, у детей до 17 лет в 2015 г. – 600,08 на 100 тыс. населения, в 2016 г. – 688,81. В то же время результаты отдельных эпидемиологических исследований и расчетные данные позволяют предположить, что реальная заболеваемость ВП в России составляет 14–15 %, а общее число больных ежегодно превышает 1 500 000 человек [8].

В последние десятилетия имеет место снижение этиологической роли пневмококков, но отмечается увеличение числа вирусных пневмоний с тяжелым течением при возрастании заболеваемости ОРВИ и гриппом. На фоне подъема заболеваемости гриппом частота внебольничной пневмонии бактериальной этиологии в 2016 г. увеличилась на 10,3 % случаев, а вирусной этиологии – на 80 % по сравнению с 2015 г. и составила 112,4 и 6,8 случая на 100 тыс. населения соответственно [5].

Летальность при ВП оказывается наименьшей у лиц молодого и среднего возраста (1–3 %), у пациентов старше 60 лет при наличии сопутствующей патологии – до 15–30 % [9].

Цель исследования

Изучить особенности клинической картины, течение и исходы у больных с внебольничной пневмонией.

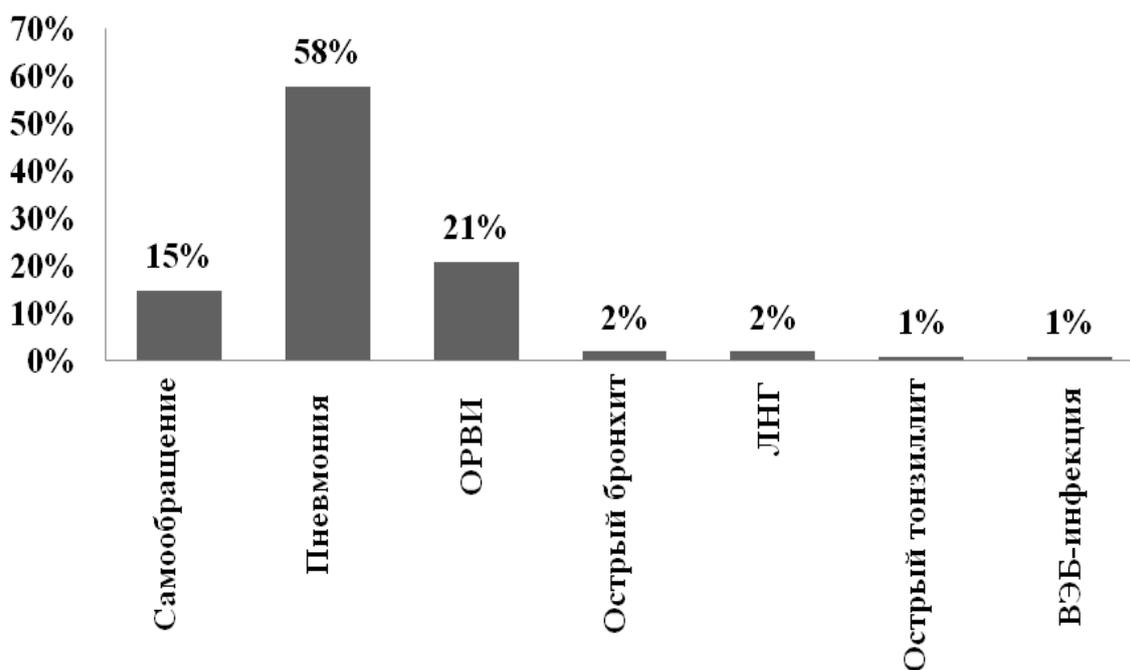
Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ историй болезни с направительным диагнозом «внебольничная пневмония». Сравнивались результаты клинических, рентгенологических, бактериологических и вирусологических методов исследования у всех пациентов. Для непосредственного подсчета результатов использовался пакет программ Microsoft Excel-2007. В случае нормального распределения признака для расчета средних значений использовалась формула в виде среднего и квадратичного отклонения. Если признак имел асимметричное распределение, данные приводились в виде медианы и интерквартильного промежутка.

Результаты

В ходе исследования был проведен ретроспективный анализ 100 историй болезни с диагнозом «внебольничная пневмония» у пациентов различного возраста и пола. Возрастной состав исследуемых представлен пациентами от 0 до 18 лет – 82 человека (82 %) и больными >18 лет – 18 человек (18 %). При оценке распределения больных по полу преобладали мужчины – 61 %. Средний возраст мужчин составил $12,8 \pm 14,8$, женщин – 18 ± 20 .

При направлении больных в стационар самостоятельное обращение зарегистрировано в 15 % случаях, с направительным диагнозом «пневмония» поступили 58 % человек, ОРВИ на момент госпитализации в стационар диагностировано у 21 % больных, по 2 % из всех заболевших выявляли острый бронхит и лихорадку неясного генеза (ЛНГ), с острым тонзиллитом и ВЭБ-инфекцией направлено по 1 % больных (рис. 1).



■ Структура госпитализации

Рис. 1. Структура направительных диагнозов

Большинство пациентов госпитализированы в сроки от трех до десяти дней с момента начала заболевания – 56 % человек, 25 и 19 % заболевших направлены в стационар в срок до трех дней и после десятого дня заболевания соответственно. Средний срок госпитализации составил $8,2 \pm 8,8$ дня болезни, средний койко-день – $8,8 \pm 4,6$ дня с момента поступления.

В клинической картине преобладали кашель, лихорадка, озноб, одышка и проявления синдрома интоксикации. У 98 заболевших наблюдался кашель: у 57 пациентов зарегистрирован сухой характер кашля, у 41 больного выявлен влажный кашель.

Данные исследования показали, что температурная реакция отмечена у 52 % больных, а именно: субфебрильная температура ($37-38$ °С) отмечена в 38 % случаев, фебрильная лихорадка (более 38 °С) у 14 % пациентов.

При госпитализации у 12 человек определено ослабление дыхания с крепитацией, что является классическим аскультативным изменением при пневмонии. 15 пациентов из 100 поступили с нормальными физикальными данными.

Внебольничная пневмония сопровождается признаками дыхательной недостаточности (ДН). При анализе документации степень ДН не указана в 20 историях болезни (20 %). Развитие ДН 0 степени регистрировалось у большинства обследуемых больных – 70 %. ДН 1 и 2 степени устанавливалась в единичных случаях и составила 7 и 3 % соответственно. Данные о регистрации ДН 3 степени не получены. В ОРИТ были направлено все 10 % пациентов с ДН 1 и 2 степени, из них искусственная вентиляция легких потребовалась половине поступивших.

В настоящее время рентгенологическое исследование органов грудной клетки представляет собой обязательный метод диагностики для постановки диагноза «пневмония». Рентгенография была проведена 100 % больных. Правосторонняя пневмония выявлена в 45 % случаев, левостороннее поражение диагностировано у 32 % пациентов, у 19 % поступивших установлен двусторонний процесс в легких, в 4 % случаев имелись признаки бронхита (рис. 2).

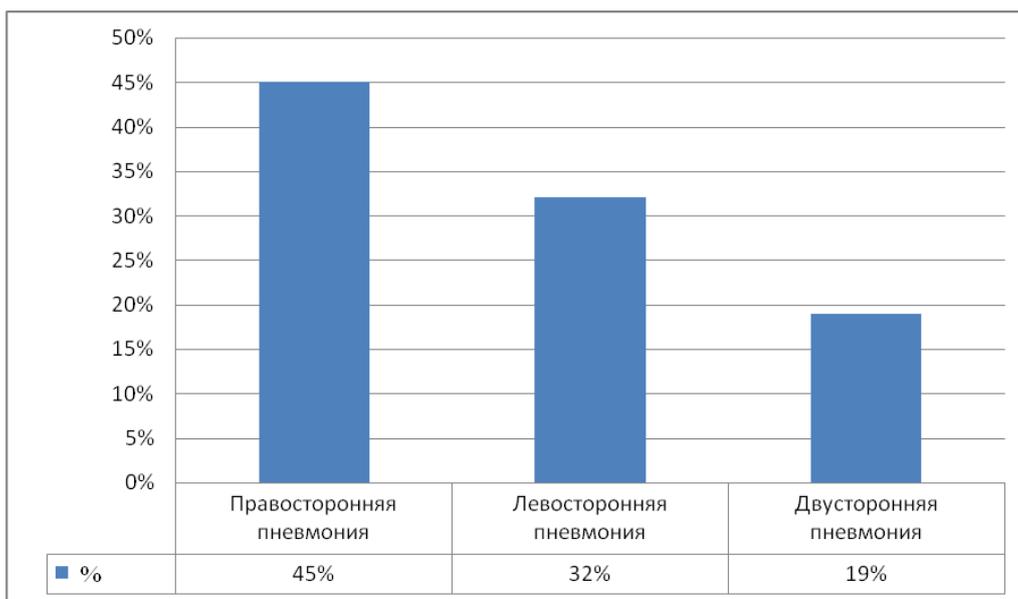


Рис. 2. Структура поражений легких

В качестве верификации возбудителя проводился бактериологический анализ мокроты и метод ПЦР с исследованием слизи из носоглотки. Бактериологическое исследование мокроты проведено 78 % пациентов, отрицательный результат получен в 12 %. В общей структуре возбудителей получено: *S. albicans* установлена у 18 больных, *Str. Viridians* выявлен в 12 случаях, *N. sicca* – у 11 пациентов, *St. Aureus* – у восьми заболевших, *Str. Anginosus* – у четырех больных, *N. flava*, *Str. Pneumonia* – по три результата, *Str. Oralis*, *M. Catarrhalis*, *Kl. Pneumonia* – два случая, и один пациент с *M. Lacunata*. Для ПЦР-диагностики исследовалась носоглоточная слизь. Обследованы 27 % больных, при этом отрицательные результаты ПЦР имели 10 % больных. ВЭБ-инфекция выявлена в 4 % случаев, ДНК HHV 6 типа установлен у 7 % обследованных, *Infl. VirusA* – среди 6 % больных.

Также проводилась оценка степени тяжести заболевания. Пневмония легкой степени тяжести диагностирована у 9 % обследуемых, средняя степень тяжести оказалась преобладающей и составила 76 % заболевших. Тяжелая форма пневмонии установлена у 15 % больных, при этом 10 % имели сопутствующую сочетанную патологию, которая могла привести к тяжелому течению. Данные сопутствующие заболевания представлены: детским церебральным параличом и спастическим тетрапарезом (два случая); инфекционным мононуклеозом микст-этиологии (у одного пациента); симптоматической эпилепсией, энцефалопатией, ИБС (по три случая); хроническим бронхитом (два заболевших); токсической кардиомиопатией и ХСН 2А стадии (по два пациента); злоупотреблением психоактивными веществами (в двух случаях); метаболическим синдромом, болезнью Дауна, цереброваскулярной патологией, синдромом Гудпасчера (по одному больному). В двух случаях тяжесть пневмонии обусловлена иммунодефицитным состоянием – ВИЧ-инфекцией 4 стадии.

У троих человек заболевание имело осложненное течение: два случая плеврита и один больной с кардиомиопатией. Для семи заболевших собственно пневмония стала осложнением гриппа типа А. Стоит отметить, что из семи данных пациентов у пятерых заболевших также имелись следующие осложнения: инфекционно-токсическая кардиомиопатия, синдром системной воспалительной реакции (ССВР), полиорганная недостаточность (ПОН), эндотоксикоз, отек-набухание головного мозга, альвеолярный отек легких, легочно-сердечная недостаточность и геморрагический синдром. Для одной па-

циентки с гриппозной пневмонией, подтвержденной лабораторно, оценить осложнения оказалось невозможно в связи с отсутствием результатов патологоанатомического вскрытия. В двух случаях пневмония протекала на фоне ВИЧ-инфекции 4 стадии и осложнилась эндотоксикозом, ССВР, ПОН, отеком легких, отеком-набуханием головного мозга, белково-энергетической недостаточностью и кахексией.

Антибактериальная терапия проводилась эмпирически с использованием сочетаний антибиотиков (цефалоспорины, макролиды, аминогликозиды). Сочетанная терапия цефалоспоридами и аминогликозидами была назначена 32 больным; у 29 пациентов использовалась комбинация цефалоспоринов и макролидов; лечение только цефалоспоридами III поколения проводилось у 25 заболевших. При безуспешности изначальной эмпирической терапии в последующем были назначены восьми пациентам – фторхинолоны (ципрофлоксацин; левофлоксацин), двум заболевшим дополнительно назначены карбапенемы, одному пациенту – тетрациклины. У одного больного лечение проводилось макролидами II поколения в связи с положительной аллергопробой на цефтриаксон; двум заболевшим было назначено сочетание трех антибактериальных препаратов.

Летальный исход зарегистрирован у девяти больных: один случай (в детской возрастной группе 15 лет) – двусторонняя полисегментарная субтотальная внебольничная пневмония с тяжелым течением, пять случаев – вирусная этиология возбудителя (вирус гриппа серотипа группы А, подтипа H1N1), два случая – пневмоцистная пневмония на фоне ВИЧ-инфекции, в одном случае имело место расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.

Выводы

1. В среднем пациенты госпитализируются в стационар в сроки от трех до десяти дней.
2. Обнаружено преимущественно правостороннее поражение легких (45 %).
3. Чаще внебольничная пневмония имела среднюю степень тяжести.
4. Пневмония вирусной этиологии имела тяжелое, осложненное течение (пять из семи случаев) и для пяти пациентов закончилась летальным исходом.
5. У 10 из 15 пациентов тяжесть заболевания обусловлена сопутствующим коморбидным фоном.
6. В лечении ВП чаще всего применялась комбинация цефалоспоринов и аминогликозидов (32 %) и сочетание цефалоспоринов и макролидов (29 %).

Библиографический список

1. Лещенко, И. В. Внебольничная пневмония: факторы риска неблагоприятного исхода и результаты внедрения территориального стандарта в Свердловской области / И. В. Лещенко, Н. М. Трифанова // Доктор.ру. – 2010. – № 6 (57). – С. 57–63.
2. Прохоров, А. В. Внебольничная пневмония: актуальные проблемы и пути решения (обзор иностранной литературы) / А. В. Прохоров, Н. Д. Прохорова, А. А. Шевелев // Известия российской военно-медицинской академии. – 2017. – № 2. – С. 9–14.
3. Сюткина, Я. А. Внебольничная пневмония у детей, ассоциированная с вирусной инфекцией, и опыт ее реабилитации / Я. А. Сюткина, Н. В. Минаева // Здоровье семьи – 21 век. – 2012. – № 3 (3). – 22 с.
4. Олейник, Н. А. Катамнез детей, перенесших внебольничную пневмонию / Н. А. Олейник, Ф. П. Романюк // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова. – 2016. – № 2. – С. 89–94.
5. Афтаева, Л. Н. Клинические проявления внебольничной пневмонии / Л. Н. Афтаева, В. Л. Мельников, О. Ю. Кубрина, А. А. Орешкина, Ю. В. Червякова // Устойчивое развитие науки и образования. – 2019. – № 2. – С. 258–264.

6. Заплатников, А. Л. Внебольничная пневмония у детей раннего возраста: проблемы диагностики, этиотропной терапии и современные возможности иммунопрофилактики / А. Л. Заплатников, Н. В. Короид // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2011. – № 2 (57). – С. 47–50.

7. Чучалин, А. Г. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике / А. Г. Чучалин, А. И. Синопальников, Р. С. Козлов. – Москва : Медицина, 2010. – 106 с.

8. Зайцев, А. А. Внебольничная пневмония: эпидемиология, диагностика и антимикробная терапия / А. А. Зайцев // Терапия. – 2018. – № 1 (19). – С. 63–71.

9. Яковенко, О. Н. Особенности эпидемиологии внебольничных пневмоний / О. Н. Яковенко, Н. А. Кравченко // Сибирский медицинский журнал. – 2014. – № 2. – С. 8–11.

Афтаева Лариса Николаевна, кандидат медицинских наук, доцент, кафедра микробиологии, эпидемиологии и инфекционных болезней, Пензенский государственный университет.

E-mail: l.aftaeva@mail.ru

Мельников Виктор Львович, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой микробиологии, эпидемиологии и инфекционных болезней, Пензенский государственный университет.

E-mail: meib@pnzgu.ru

Кубрина Ольга Юрьевна, студентка, Пензенский государственный университет.

E-mail: ooolya1@mail.ru

Орешкина Анастасия Александровна, студентка, Пензенский государственный университет.

E-mail: anast.oreschckina@yandex.ru

Образец цитирования:

Афтаева, Л. Н. Особенности течения внебольничных пневмоний / Л. Н. Афтаева, В. Л. Мельников, О. Ю. Кубрина, А. А. Орешкина // Вестник Пензенского государственного университета. – 2019. – № 1 (25). – С. 68–73.