

Н. М. Фуштей, О. А. Савченко, С. Л. Подсевахина, О. В. Ткаченко  
 ІУ «Запорожська медична академія послідилого освіти МЗ України»,  
 г. Запорозьке

## ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

Пневмония и в наши дни остаётся распространённым и потенциально летальным заболеванием. В Украине разработаны современные рекомендации по диагностике и лечению этого заболевания, основанные на принципах доказательной медицины. В работе проведен анализ выполнения данных рекомендаций у 100 больных госпитализированных в терапевтический стационар. Выявлено, что реальная клиническая практика существенно отличается от современных национальных рекомендаций: все больные с внебольничной пневмонией госпитализируются независимо от степени тяжести, чрезмерно часто применяются в лечении цефалоспорины III поколения и респираторные фторхинолоны, крайне редко используются защищённые аминопенициллины, завышаются сроки антибактериальной терапии, не используется принцип ступенчатой терапии, имеет место полипрагмазия и использование неантибактериальных препаратов, не имеющих доказательной базы своей эффективности. Это свидетельствует о недостаточной осведомлённости практических врачей об основных положениях современных клинических рекомендаций по ведению больных внебольничной пневмонией.

**Ключевые слова:** пневмония, клинические рекомендации, ошибки лечения.

Пневмония является одним из распространённых заболеваний, которые часто встречаются в практике врача терапевта. Несмотря на бесспорные успехи в лечении внебольничной пневмонии, достигнутые после внедрения антибиотиков, пневмония и в настоящее время является достаточно частой причиной смерти больных и, по данным ВОЗ, занимает 6 место в общей структуре смертности. По диагностике и лечению пневмонии в нашей стране разработаны клинические рекомендации, основанные на принципах доказательной медицины [3, 4]. Однако реальная клиническая практика показывает, что эти рекомендации часто остаются нереализованными и врачи допускают немало ошибок, как в диагностике, так и в лечении данного заболевания [5, 8]. В тоже время существуют доказательные данные о том, что если врач следует современным рекомендациям, доля неэффективности терапии уменьшается на 35-40% [6].

**Целью** работы было изучить выполнение национальных рекомендаций по лечению и диагностике внебольничной пневмонии в реальной клинической практике.

**Материал и методы исследования.** Проведен анализ 100 историй болезни пациентов, пролеченных по поводу внебольничной пневмонии в стационаре КУ «Центральная районная больница Орджоникидзевского района города Запорожья». Среди больных было 63% мужчин. Возраст больных колебался от 18 до 82 лет. Из 100 больных с внебольничной пневмонией 65% было трудоспособного возраста. Сопутствующая патология была выявлена у 52%: гипертоническая болезнь - 22%, ИБС - 18%, сахарный диабет - 7%, другие заболевания - 5%.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Диагностика заболевания предусматривает, прежде всего, сбор анамнеза. По нашим данным, в первые 3 дня заболевания обратились 35% пациентов (из них: в 1-й день - 20%, во 2-й - 6%, на 3-й день - 9%). В более поздние сроки обратились 65% больных: на 4-й день заболевания - 20%, на 5-й день - 18%, на 7-й день - 12%, после 7 дней заболевания - 15%. Таким образом, у подавляющего большинства больных с внебольничной пневмонией была поздняя обращаемость за медицинской помощью.

В 62% случаев больные до госпитализации лечились самостоятельно, в 21% обратились за медицинской помощью в поликлинику, в 7% больные до госпитализации лечения не получали и были госпитализированы КСП. Чаще всего на догоспитальном этапе больные принимали различные жаропонижающие препараты. В 24% случаев больные получали антибиотики, как самостоятельно (10%), так и по назначению врачей (14%). Из них: 7% больных принимали до госпитализации азитромицин, 6% - амоксициллин, 6% - цефтриаксон, 2% - левофлоксацин, 1% больных принимали цефалексин и 2% - амоксициллин/клавуланат. Курс лечения антибиотиками до госпитализации колебался от 3 до 7 дней.

Анализ историй болезни показал, что в подавляющем большинстве случаев диагноз пневмонии был поставлен только после рентгенологического обследования. До получения данных рентгеноскопии органов грудной клетки либо ставился диагноз ОРЗ (35%), либо больные самостоятельно лечились от «простуды» (43%), только в 22% случаев была заподозрена пневмония на основании клиники.

Анализ клинических симптомов на догоспитальном этапе позволяет предположить, что у 37% больных провоцирующим фактором развития пневмонии было ОРЗ. Причём в 14% случаев больным с явной клиникой ОРЗ врачи необоснованно назначали антибиотики. Как известно, антибиотики не только не действуют на вирусную инфекцию, но и не обеспечивают профилактики развития пневмонии [7].

К критериям диагноза пневмонии относится наличие у больного лейкоцитоза более  $10 \times 10^9$  или палочкоядерного сдвига более 10%. По нашим данным, лейкоцитоз у больных наблюдался только у 11% больных. В 6% случаев наблюдалась лейкопения. Сдвиг лейкоцитарной формулы влево, по нашим данным, встречался чаще – у 28% больных. Таким образом, у подавляющего большинства больных (55%) отсутствовали воспалительные изменения в общем анализе крови.

Согласно современным отечественным рекомендациям, решение вопроса о месте лечения больного (амбулаторно или в стационаре) принимается на основании оценки тяжести заболевания и наличия/отсутствия у больного факторов риска неблагоприятного прогноза заболевания [3, 4]. Для решения этого вопроса предложены различные клинико-лабораторные шкалы, но наибольшее применение получила шкала CURB - 65 или её модификация CRB – 65: С (Confusion) – нарушение сознания, R (Respiratory rate) – респираторный синдром: ЧДД > 30/мин, В (Blood pressure): А/Д < 90/60 мм рт. ст., 65- возраст  $\geq$  65 лет. Каждый показатель оценивается в 1 балл. Если больной не набирает ни одного балла, то это расценивается как лёгкое течение, не требующее стационарного лечения. При наличии у больного 1 балла (2 балла для лиц в возрасте 65 лет и более) больной должен быть госпитализирован в терапевтическое отделение по медицинским показаниям, а при наличии 2 и более баллов больной подлежит госпитализации в отделение ОПИТ [4].

По данным нашего обследования, медицинские показания для госпитализации в терапевтическое отделение были только у 15% больных, у 5% были социальные показания для госпитализации. Таким образом, 80% госпитализированных больных не имели показаний для госпитализации и могли быть пролечены в амбулаторных условиях.

Важным вопросом, определяющим во многом прогноз заболевания, является выбор стартовой антибактериальной терапии. В соответствии с последними национальными рекомендациями, для лечения внебольничной пневмонии III группы, препаратами выбора являются защищённые аминопенициллины или цефалоспорины II – III поколения в сочетании с макролидами (per os). Анализ стартовой антибактериальной терапии показал, что: в 65% случаев больные получали комбинацию двух антибиотиков - цефтриаксон + азитромицин, монотерапия цефтриаксоном проводилась в 6% случаев, монотерапия левофлоксацином – в 3% случаев, комбинация цефтриаксон/сульбактам + левофлоксацин - в 5%, комбинация цефтриаксона и левофлоксацина назначена в 7%, тройная антибактериальная терапия: цефтриаксон + левофлоксацин + азитромицин проводилась в 10% случаев, 4% больных получали комбинацию ампициллин/сульбактам + левофлоксацин.

Таким образом, на практике в подавляющем большинстве случаев (93%) основным антибиотиком во всех схемах лечения внебольничной пневмонии в стационаре был цефтриаксон и только у 4% больных были назначены защищённые аминопенициллины.

Обращает на себя внимание, что в 29% случаев в стартовую антибактериальную терапию входил левофлоксацин. Респираторные фторхинолоны III поколения рекомендованы в качестве альтернативных антибиотиков в тех случаях, когда больной не переносит препараты выбора или принимал их за последние 3 месяца до лечения [3, 4]. Однако по нашим данным таких больных в исследовании не было. Анализ историй болезни показал, что в 12% случаев была назначена в качестве стартовой терапии комбинация цефтриаксона (или цефтриаксон/сульбактама) и левофлоксацина. Такая комбинация рекомендована только в IV группе внебольничной пневмонии и то лишь в качестве альтернативной. В нашем исследовании больных, которых по клиническим данным можно было бы отнести к IV группе не было.

В 10% случаев больные получали комбинацию трёх антибиотиков: цефтриаксон + азитромицин + левофлоксацин. Такая комбинация считается избыточной и не является рациональной, т.к. макролиды и респираторные фторхинолоны в одинаковой степени действуют на атипичную флору, а эффективность бета-лактамов и респираторных фторхинолонов в отношении «типичных» этиопатогенов сопоставима [7].

Для госпитализированных больных с внебольничной пневмонией, как известно, рекомендована ступенчатая антибактериальная терапия, которая предусматривает начало лечения с парентеральных препаратов с последующим переходом на их пероральный приём сразу после стабилизации клинического состояния больного [3, 4]. По нашим данным, на практике

ступенчатая антибактериальная терапия не проводится. Стандартом лечения в условиях стационара является как минимум 10 - дневный курс парентеральной антибактериальной терапии. Причём в 22% случаев цефтриаксон вводился внутривенно капельно. Мотивацией для внутривенного введения антибиотика была высокая лихорадка у больного.

В 54% случаев после 5-дневного лечения азитромицином (в комбинации с цефтриаксоном) больные переводились на лечение левофлоксацином. Таким образом, в 83% случаев больные получали респираторный фторхинолон либо в качестве стартового антибиотика, либо после окончания лечения макролидами. Известно, что применение респираторных фторхинолонов III-IV поколения ассоциируется с ростом резистентности *S. pneumoniae*, что лимитирует их широкое применение при лечении внебольничной пневмонии, где *S. pneumoniae* является наиболее частым и значимым этиопатогеном [7, 8].

Антибактериальная терапия у больных с нетяжёлым течением пневмонии, согласно современных национальных рекомендаций, может быть закончена при нормализации температуры тела на протяжении 3- 4 дней [3, 4]. Анализ историй болезни показал, что в большинстве случаев сроки антибактериальной терапии были завышены. Из 88 лихорадящих больных в рекомендуемые сроки лечение было закончено лишь в 10% случаев. Причём, в 16% случаев антибактериальная терапия продолжалась более 14 дней. Основанием для длительной антибактериальной терапии чаще всего было отсутствие рентгенологического разрешения пневмонии. Известно, что рентгенологическая динамика отличается более длительными сроками, чем клиническая, поэтому данные рентгенографии лёгких не могут быть критерием длительности антибактериальной терапии. Главными критериями достаточности антибактериальной пневмонии являются: отсутствие симптомов интоксикации, дыхательной недостаточности, гнойной мокроты, снижение лейкоцитоза менее  $10 \times 10^9$ , отсутствие отрицательной динамики на рентгенограмме лёгких [3, 4].

В анализируемой группе больных кроме антибактериальной терапии больные очень часто получали другие препараты. Все больные получали различные муколитические препараты. Чаще всего применялся амброксол (в 85% случаев), причём в 32% больные получали препарат внутривенно капельно 1 раз в день. Парентеральное введение амброксола 1 раз в день не является рациональным, т.к. известно, что таблетированный амброксол быстро и практически полностью всасывается в кишечнике, к тому же период полувыведения амброксола 6 часов, поэтому его рекомендуют вводить 3 раза в день. Такая тактика связана с весьма распространённым предпочтением практических врачей в обязательном порядке назначать «капельницы» по поводу самых различных заболеваний, в том числе и при лечении пневмонии.

По нашим данным, в 26% случаев для дезинтоксикации назначался реосорбилакт, причём в 12% случаев, он назначался пациентам, которые по шкале CRB-65, имеют лёгкое течение. Как известно, дезинтоксикация показана в основном больным с тяжёлым течением пневмонии.

Очень часто (в 62%) больным назначались различные пробиотики. Однако на сегодняшний день нет доказательной базы, что какой-либо пробиотик может помочь в профилактике дисбиоза при проведении антибактериальной терапии [2].

Достаточно часто назначался больным с внебольничной пневмонией противогрибковый препарат флюконазол (32%). Следует сказать, что в настоящее время доказана эффективность антимикотической профилактики только для лиц с высоким риском возникновения инвазивного кандидоза. Антибактериальная терапия, в том числе и длительная, в данный перечень не входит [9]. Неоправданное профилактическое применение антимикотических препаратов в группах с низким риском инвазивного кандидоза не только бесполезно, но и вредно, поскольку может сопровождаться нежелательными лекарственными реакциями и способствовать селекции резистентности к противогрибковым препаратам.

Из других препаратов, достаточно часто назначались в качестве неспецифической противовоспалительной терапии серропептидаза (42%), поливитамины (36%). Однако на сегодняшний день отсутствуют данные о целесообразности назначения вышеуказанных препаратов с позиций доказательной медицины [1]. Таким образом, в реальной практике при лечении внебольничной пневмонии имеет место неоправданная полипрагмазия, которая значительно удорожает курс лечения.

## **Выводы**

1. Результаты нашего исследования показали, что реальная клиническая практика диагностики и лечения внебольничной пневмонии существенно отличается от современных национальных

рекомендацій. По-прежньому, як і багато лет тому назад, все больные с внебольничной пневмонией госпитализируются не зависимо от степени тяжести заболевания.

2. Стартовая антибактериальная терапия в большинстве случаев однотипна, при этом наблюдается чрезмерное применение цефалоспоринов III поколения (цефтриаксона) и крайне редкое применение защищённых аминопенициллинов. Имеет место неоправданно широкое применение респираторных фторхинолонов, в том числе в качестве стартовой терапии, что способствует росту резистентности пневмококка к данной группе антибиотиков.

3. Совершенно не используется ступенчатая антибактериальная терапия, которая может снизить как стоимость лечения, так и продолжительность стационарного лечения. Длительность антибактериального лечения внебольничной пневмонии часто необоснованно завышается. Часто применяются средства патогенетического лечения, не имеющие доказательной базы своей эффективности, но значительно увеличивающие стоимость лечения. Реальным путём, который позволил бы избежать или минимизировать ошибки в ведении больных внебольничной пневмонией, является строгое следование современным клиническим рекомендациям.

#### Список літератури

1. Bogun L. V. Neantibakterial'naja terapija vnebol'nichnoj pnevmonii / L. V. Bogun // Klinicheskaja antibiotikoterapija.-2008.- №5.- S.5-11.
2. Bogadel'nikov I. V. Disbakterioz- zhelaemoe i dejstvitel'nost' / I.V. Bogadel'nikov // Novosti mediciny i farmacii.- 2011.- №6.- S.19-21.
3. Nakaz MOZ Ukraїni № 128 vid 19.03.2007 r. «Pro zatverdzhennja klinichnih protokoliv nadannja medicinoї dopomogi za special'nistju «Pul'monologija».-K.: «Veres», - 2007.-146 s.
4. «Negospital'na ta nozokomial'na (gospital'na) pnevmonija u doroslih osib: etiologija, patogenez, klasifikacija, diagnostika, antibakterial'na terapija». Metodichni rekomendacii nacional'nogo institutu fiziatriї i pul'monologii im. F.G. Janovskogo NAMNU.- K.: «Veres», - 2012.- 123 s.
5. Rachina S. A. Ocenka adekvatnosti medicinskoj pomoshhi pri vnebol'nichnoj pnevmonii v stacionarah razlichnyh regionov RF: opyt ispol'zovanija indikatorov kachestva / S.A. Rachina, R. S. Kozlov, E.P. Shal' [i dr.] // Pul'monologija».- 2009.- №3.- S. 5-13.
6. Sinopal'nikov A. I. Bar'ery na puti vnedrenija klinicheskikh rekomendacij po lecheniju vnebol'nichnoj pnevmonii: neznanie, uprjamstvo ili bespechnost' / A. I. Sinopal'nikov // «Zdorov'ja Ukraїni».- 2007.-№7.- 49 s.
7. Strachunskij L. S. Prakticheskoe rukovodstvo po antiinfekcionnoj himioterapii / L.S. Strachunskij, Ju.B. Belousov, S.N. Kozlov // - Smolensk: МАКМАН, - 2007.- 464 s.
8. Chuchalin A.G. Vnebol'nichnaja pnevmonija u vzroslyh: prakticheskie rekomendacii po diagnostike, lecheniju i profilaktike /A. G. Chuchalin, A. I. Sinopal'nikov. L.S. Strachunskij [i dr.] // – M.: «Borges», - 2008.- 76 s.
9. Edwards J.E. International Conference for the development of a Consensus on the management and prevention of severe candida infections / J.E. Edwards, Y.P. Bodey, R.A. Bouden // Clin. Inf. Dis. - 1997.- Vol. 25.- P.43-59.

#### Реферати

##### ПОМИЛКИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПОЗАЛІКАРНЯНОЇ ПНЕВМОНІЇ В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ

Фуштей І. М., Савченко О. О., Подсевахіна С. Л., Ткаченко О. В.

Пневмонія і в теперішній час залишається поширеним і потенційно летальним захворюванням. В Україні розроблені сучасні клінічні рекомендації по діагностиці і лікуванню цього захворювання, засновані на принципах доказової медицини. В роботі проведений аналіз виконання цих рекомендацій у 100 хворих госпіталізованих в терапевтичний стаціонар. Встановлено, що реальна клінічна практика суттєво відрізняється від сучасних національних рекомендацій: всі хворі з позалікарняною пневмонією госпіталізуються незалежно від ступеню важкості, дуже часто використовуються в лікуванні цефалоспоринов III покоління та респираторні фторхінолони, вкрай мало використовується захищені амінопеніциліни, завищуються терміни антибактеріальної терапії, не використовується принцип ступеневої терапії, має місце поліпрагмація та використання неантибактеріальних препаратів, що не мають доказової бази своєї ефективності. Це свідчить про недостатню обізнаність практичних лікарів про основні положення сучасних клінічних рекомендацій по веденню хворих позалікарняною пневмонією.

**Ключові слова:** пневмонія, клінічні рекомендації, помилки лікування.

Стаття надійшла 12.12.2014 р.

##### DIAGNOSTICS AND TREATMENT FAILS OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN HOSPITAL

Fushtey I. M., Savchenko O. A., Podsevahina S. L., Tkachenko O. V.

Today pneumonia remains a common and potentially lethal disease. Ukraine has developed modern guidelines for the diagnosis and treatment of this disease, based on the principles of evidence-based medicine. The paper analyzes the implementation of these recommendations in 100 patients hospitalized in therapeutic hospital. It is revealed that the real clinical practice differs significantly from modern national recommendations: all patients hospitalized with community-acquired pneumonia, regardless of severity, too often used in the treatment of III generation cephalosporins and respiratory fluoroquinolones, very rarely used protected aminopenicillins, inflated terms of antibiotic therapy, not the principle of sequential therapy, there is a polypharmacy and use non-antibiotic drugs without evidence of its effectiveness. This indicates a lack of awareness of practitioners about the basic principles of modern clinical practice guidelines on the management of community-acquired pneumonia.

**Key words:** pneumonia, clinical guidelines, medication fails.

Рецензент Іщейкін К.Є.