

**ВАГАПОВА А. Ф., ГАЛКИНА М. В., АЧАПКИНА Е. И., СЕЛЕЗНЕВА Н. М.**  
**ИЗУЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА**  
**НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ**  
**В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОГО СТАЦИОНАРА**

**Аннотация.** Проведен ретроспективный анализ медицинских карт пациентов пульмонологического отделения многопрофильного стационара, умерших от пневмонии. Определены факторы угрозы летального исхода внебольничной пневмонии: поздняя госпитализация (5 дней спустя от начала заболевания); недооценка тяжести состояния пациента при первичном осмотре; сопутствующая соматическая патология и двусторонний характер пневмонии; ошибки начальной антибактериальной терапии.

**Ключевые слова:** внебольничная пневмония, летальность, факторы риска.

**VAGAPOVA A. F., GALKINA M. V., ACHAPKINA E. I., SELEZNEVA N. M.**  
**A STUDY OF SOME RISK FACTORS OF LETHAL OUTCOME**  
**OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN IN-PATIENT CITY HOSPITAL**

**Abstract.** The article presents a retrospective analysis of medical records of patients who died of pneumonia in the pulmonology department of a general hospital. The factors of lethal outcome of community-acquired pneumonia are defined: late hospitalization (5 days from the beginning of the disease); underestimation of seriousness of patient condition at primary examination; accompanying somatic pathology and bilateral pneumonia; mistakes of initial antibacterial therapy.

**Keywords:** community-acquired pneumonia, mortality, risk factors.

**Введение.** Внебольничная пневмония является одной из самых актуальных проблем современной медицины и состоит из целого ряда эпидемиологических, клинических, фармакологических и социальных аспектов. Парадокс пневмонии состоит в том, что, с одной стороны, достигнуты впечатляющие результаты в понимании патогенеза инфекционного процесса, повышении эффективности химиотерапии, а с другой – происходит увеличение числа больных с тяжелым течением болезни и смертности. Прослеживается недооценка данных клинико-лабораторных исследований, предлагаются сложные методики прогноза, а нередко игнорируется и комплексный подход к обследованию пациентов. В связи с этим актуальность проблемы комплексной количественной оценки тяжести состояния больного с внебольничной пневмонией и прогнозирования течения заболевания на ранних сроках госпитализации возрастает [1].

В Российской Федерации за январь 2016 г. зарегистрировано на 26,1% случаев внебольничных пневмоний больше, чем в 2015 г. Показатель заболеваемости составил 44,25 на 100 тыс. населения против 35,09 в 2015 году. Самые высокие показатели заболеваемости (от 75,02 до 134,20 на 100 тыс. населения) зарегистрированы в республиках Мордовия, Адыгея, Карачаево-Черкесской Республике, Свердловской, Архангельской, Волгоградской областях. При этом за год летальность от пневмонии по Республике Мордовия выросла с 0,83 до 0,91 % [2].

**Цель работы** – изучить факторы риска неблагоприятного прогноза при внебольничной пневмонии в условиях городского стационара.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ медицинских карт пациентов пульмонологического отделения многопрофильного стационара, умерших от пневмонии.

**Результаты.** В период с января по февраль 2016 г. в отделении пульмонологии умерло от внебольничной пневмонии (ВП) 9 пациентов, из них 3 (33%) мужчины и 6 (67%) женщин в возрасте от 34 до 88 лет. Важным условием выборки была верификация диагноза на патологоанатомической секции.

Все пациенты поступили в приемное отделение многопрофильного стационара в дежурный день, из них после 16:00 (время работы дежурного (неосновного) персонала) – 55% больных: 8 (89%) пациентов доставлены были бригадами скорой медицинской помощи, 1 (11%) пациент обратился за медицинской помощью самостоятельно. В день поступления в приемное отделение 5 (60%) пациентов были госпитализированы в отделение пульмонологии, 4 (40%) пациента – в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ).

Изучая анамнез заболевания, нами выявлено, что первые симптомы заболевания появились у пациентов в среднем за 5 дней до госпитализации. Наши данные согласуются с результатами исследования Р. Ф. Хамитова [3], который отмечает, что поздняя госпитализация (5 дней спустя от начала заболевания) является неблагоприятным фактором угрозы летального исхода ВП.

Нами установлено, что к амбулаторно-поликлинической помощи на догоспитальном этапе прибегли лишь 2 (22%) пациента. Остальные – 7 (88%) пациентов – либо вообще не лечились, либо лечились самостоятельно, принимая преимущественно жаропонижающие средства. При анализе стартового режима антибактериальной терапии в амбулаторных условиях, выявлено, что оба пациента получали цефтриаксон внутримышечно в дозе 1 г в сутки, что соответствует федеральным клиническим рекомендациям по ведению пациентов с внебольничной пневмонией.

У всех пациентов в начале заболевания отмечали характерные для пневмонии симптомы: острое начало заболевания, высокая лихорадка, озноб, кашель – в первые дни сухой, на 2-3 день – с отхождением мокроты, перед вызовом бригады скорой помощи все пациенты отмечали жалобы на нарастающую одышку.

У 66% пациентов клинический диагноз пневмонии был выставлен в течение первых суток, у 34% – на второй день.

Структура клинического диагноза внебольничной пневмонии полностью соответствовал требованиям классификации лишь в 33% случаях. Пульсоксиметрия была проведена в условиях приемного покоя у 6 (66%) пациентов. При этом в 33% случаев на основании данных сатурации капиллярной крови у больных диагностирована дыхательная недостаточность (ДН) I степени, в 33% случаев – ДН II степени, а в 34% случаев мы не нашли в медицинских картах стационарных больных указаний на сатурацию кислорода.

Тем не менее, данные литературы свидетельствуют о необходимости оценки сатурации кислородом уже в условиях приемного покоя у всех пациентов с тяжелой и крайне тяжелой степенью пневмонии [4]. Наряду с более адекватной оценкой выраженности дыхательной недостаточности это позволяет объективировать показания к кислородотерапии, подключению к искусственной вентиляции легких (запоздалое подключение малоэффективно) и отлучению от аппарата, и вместе с адекватной оценкой тяжести состояния – к своевременному переводу в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ).

Для оценки прогноза при тяжелой ВП целесообразно использовать шкалу CURB/CRB-65 или индекс тяжести пневмонии PSI/шкалу PORT; прогноз является неблагоприятным при наличии  $\geq 3$  баллов по шкале CURB/CRB-65 или принадлежности к классу риска V по индексу тяжести пневмонии PSI/шкале PORT [5]. Однако ни в одной анализируемой нами медицинской карте не была отмечена тяжесть пневмонии ни по одной известной шкале тяжести пневмонии ни в условиях приемного отделения, ни в отделении пульмонологии, ни в ОРИТ.

В клиническом диагнозе правосторонний характер пневмонии имел место у 2 (22%) пациентов, в 78% случаев была диагностирована двусторонняя пневмония. На последнее обстоятельство как на немедикаментозный фактор риска летального исхода ВП, на которых необходимо акцентировать внимание и учитывать в лечебном плане уже в течение первых суток, указывает Л. В. Круглякова [6].

Анализируя эмпирический режим антибактериальной терапии как на догоспитальном этапе, так и в стационаре, нами установлено, что неадекватные режимы начальной антибактериальной терапии (АБТ) имели место в 44% случаев. Актуальными ошибками

начальной АБТ умерших пациентов явились нерациональность путей введения препаратов (49%), неадекватность режима монотерапии (27%), недостаточные суточные дозы (25%) и частота введения препаратов (9%). Таким образом, нами отмечена низкая приверженность врачей существующим стандартам АБТ.

Структура сопутствующей патологии, верифицированной патологоанатомическим вскрытием, выглядела в нашем исследовании следующим образом: лидировали заболевания сердечно-сосудистой системы (превалировала ишемическая болезнь сердца – 55%), второе место занимали заболевания желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь желудка и цирроз печени – 33%). Аналогичные данные приводят Д. А. Самсонова и соавт. [7].

Обзор литературы свидетельствует несколько об ином спектре коморбидной патологии у пациентов, умерших от ВП. Так, в исследовании Б. Е. Бородулина [8] наиболее распространенной сопутствующей патологией умерших пациентов являлись желудочно-кишечная (80%), кардиоваскулярная (52%) и почечная (27%) патологии, в первую очередь алиментарно-токсического происхождения (86%); половина пациентов хронически злоупотребляли алкоголем, 23% страдали наркозависимостью, 12,5% были ВИЧ-инфицированы.

При анализе медицинских карт стационарных больных, нами установлено, что в анамнезе жизни пациентов не было указаний на злоупотребление алкоголем или прием наркотических средств или психотропных веществ, в то время как по результатам патологоанатомического исследования диагностирован цирроз печени. Подобные данные приводят Т.А. Куняева и соавт. [9].

**Заключение.** Проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы.

1. Неблагоприятными факторами угрозы летального исхода ВП являются: поздняя госпитализация (5 дней спустя от начала заболевания); недооценка тяжести состояния пациента при первичном осмотре; сопутствующая соматическая патология и двусторонний характер пневмонии.

2. Актуальными ошибками начальной АБТ умерших пациентов явились нерациональность путей введения препаратов (49%), неадекватность режима монотерапии (27%), недостаточные суточные дозы (25%) и частота введения препаратов (9%).

3. Первичная недооценка тяжести госпитализированных пациентов определила неправильное формирование клинического диагноза без указания тяжести течения пневмонии (33%) и степени дыхательной недостаточности (37%) с последующим отражением на лечебных подходах.

4. Наиболее распространенной сопутствующей патологией умерших пациентов являлась кардиоваскулярная (55%) и желудочно-кишечная (33%).

5. Проведение первичного осмотра пациентов, поступивших на госпитализацию после 16.00 дежурным врачом сопряжено с повышенным риском последующего развития летального исхода.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Блюменталь И. Я. Внебольничная пневмония: актуальная проблема или рутинная патология? // Вестник современной клинической медицины. – 2011. – № 1. – С. 52–55.
2. Инфекционная заболеваемость в Российской Федерации за январь-декабрь 2016 (по данным формы № 1 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях») [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.rospotrebnadzor.ru/activities/statisticalmaterials/statistic\\_details.php?ELEMENT\\_ID=7804](http://www.rospotrebnadzor.ru/activities/statisticalmaterials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=7804).
3. Хамитов Р. Ф., Якупова З. Н. Летальные исходы внебольничных пневмоний у госпитализированных лиц // Вестник современной клинической медицины. – 2009. – Т. 2, вып. 4. – С. 46–60.
4. Хамитов Р. Ф. Внебольничная пневмония: немедикаментозные факторы риска летального исхода // Пульмонология. – 2014. – № 1. – С. 23–26.
5. Чучалин А. Г. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике тяжелой внебольничной пневмонии у взрослых // Consilium medicum. – 2015. – № 3. – С. 8–37.
6. Круглякова Л. В., Нарышкина С. В., Налимова Г. С. Динамика исходов внебольничной пневмонии в свете соблюдения рекомендаций Российского респираторного общества // Материалы II съезда врачей-пульмонологов Сибири и Дальнего Востока. – Благовещенск, 2007. – С. 72–74.
7. Самсонова Д. А., Неяскина О. А., Селезнева Н. М. Факторы риска летального исхода при внебольничной пневмонии // Инфекционно-воспалительные заболевания как междисциплинарная проблема: материалы научно-практической конференции, посвященной 50-летию Медицинского института ФГБОУ ВО «МГУ им. Н. П. Огарёва». – Саранск: Изд-во Мордов. ун-та, 2017. – С. 200–204.
8. Бородулин Б. Е., Черногаева Г. Ю., Бородулина Е. А., Поваляева Л. В., Виктор Н. В. Летальность от внебольничной пневмонии в условиях многопрофильной больницы за 10 лет // Медицинский альманах. – 2012. – № 2(21). – С. 34–36.
9. Куняева Т. А., Смирнова О. А., Селезнева Н. М. Анализ факторов, влияющих на развитие и прогноз внебольничной пневмонии в Республике Мордовия // Терапия. – 2017. – № 3, приложение. – С. 32–35.