

А.Ф. Гуменюк¹, О.Р. Ліндюк²

¹ Вінницький національний
медичний університет
ім. М.І. Пирогова

² Центр первинної медико-
санітарної допомоги № 3
м. Вінниця

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ НА АМБУЛАТОРНОМУ ЕТАПІ В УМОВАХ РЕОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Резюме

У статті узагальнено досвід сімейних лікарів у спостереженні за хворими з негоспітальною пневмонією: проаналізовано варіанти перебігу захворювання, своєчасність діагностики та раціональність підбору антибактеріальної терапії. Результати аналізу свідчать як про покращення рівня діагностики, так і проблеми в лікуванні цих хворих на догоспітальному етапі. Основним реальним шляхом, який дозволить уникнути або принаймні мінімізувати помилки ведення хворих із негоспітальною пневмонією, залишається суворе дотримання клінічних настанов, що ґрунтуються на результатах доказових досліджень.

Ключові слова

Негоспітальна пневмонія, методи діагностики, помилки лікування.

Пневмонія є одним із найпоширеніших захворювань, що часто трапляється в практиці сімейного лікаря і дотепер залишається потенційно летальним. Високі показники захворюваності і смертності, велика частка госпіталізацій, тривалий койко-день і значний період зниженої активності пацієнтів, які перенесли пневмонію, становлять соціальну і медичну проблему, що пов'язана з діагностикою та лікуванням цього захворювання [12, 13].

Еволюція узгоджених рекомендацій із діагностики та лікування пневмонії, які є найкращим орієнтиром у повсякденній практиці лікаря, відбувається на основі принципів доказової медицини. Невиконання цих рекомендацій, зведених у ранг стандартів, само по собі вважається помилкою. Є переконливі дані про те, що, якщо лікар виконує клінічні рекомендації, частка неефективної терапії пневмонії зменшується на 35-40%, а ймовірність летального результату — на 45% [9]. Реальна практика показує, що

© А.Ф. Гуменюк, О.Р. Ліндюк

клінічні настанови з діагностики та лікування пневмонії, засновані на принципах доказової медицини, розроблені в нашій країні, часто залишаються нереалізованими, і лікарі припускаються чимало помилок як у діагностиці, так і в лікуванні даного захворювання [6].

Негоспітальна пневмонія (НП) — гостре захворювання, що виникає в позалікарняних умовах і супроводжується симптомами інфекції нижніх дихальних шляхів (лихоманка, кашель, виділення мокротиння, біль у грудях, задишка) і рентгенологічними ознаками нових вогнищево-інфільтративних змін у легенях за відсутності очевидної діагностичної альтернативи [4, 5]. Діагноз НП встановлюється за наявності у хворого рентгенологічно підтвердженої вогнищевої інфільтрації й не менше ніж двох клінічних проявів із перерахованих нижче:

- гострий початок захворювання з температурою тіла вище ніж 38 °С;
- кашель із виділенням мокротиння;

- фізикальні ознаки (притуплення перкуторного звуку, ослаблене або жорстке бронхіальне дихання, хрипи або крепітація);
- лейкоцитоз більше ніж 10×10^9 /л та/або паличкоядерний зсув більше ніж 10%.

За неможливості проведення рентгенологічного дослідження діагноз НП є неточним, але підтверджується рентгенологічно лише у 22% випадків [1]. Складності під час діагностики пневмонії часто виникають в осіб літнього віку. При об'єктивному обстеженні такі характерні ознаки, як притуплення перкуторного звуку, крепітація, не завжди чітко виражені, оскільки наявна в літніх хворих дегідратація, зумовлена різними причинами (вживання рідини в невеликих кількостях, лікування діуретиками), обмежує процеси ексудації в альвеоли, у зв'язку з чим порушується утворення легеневого інфільтрату. Слід враховувати, що притуплення перкуторного звуку та наявність хрипів у літніх людей може бути пов'язано із супутньою серцево-судинною патологією з ознаками серцевої недостатності [7, 14].

Літніх хворих часто супроводжують хронічні обструктивні захворювання легень, які також ускладнюють трактування ознак, виявлених при перкусії та аускультативній [3]. Перкуторно тупість при пневмонії важко відрізнити від ателектазу, бронхіальне дихання з наявністю хрипів може бути наслідком наявності пневмосклеротичної ділянки, вологі хрипи можуть вислуховуватися за наявності лівошлуночкової недостатності. У похилому віці помилкова інтерпретація аускультативних даних найчастіше призводить до гіпердіагностики пневмонії.

Кашель у літніх людей може бути відсутній на тлі загальної слабкості, при цьому навіть за наявності вологих хрипів у легенях хворий може зовсім не кашляти. З іншого боку, кашель може супроводжувати супутню гостроезофагеальну рефлюксну хворобу або приймання ІАПФ. Достатньо чутливим симптомом пневмонії може виявитись наявність і посилення задишки. Якщо на тлі стандартного лікування ІХС і серцевої недостатності у хворого з підозрою на пневмонію зростають прояви задишки, слабкості, то слід схилитися до діагностики пневмонії [7, 14].

Рішення лікаря про лікування хворого амбулаторно або госпіталізацію до стаціонару базується на класифікації пневмоній за ступенем тяжкості [8, 11]. Виділяють пневмонії легкого, середньотяжкого й тяжкого перебігу. Про тяжкий перебіг пневмонії і високу ймовірність летального наслідку свідчить наявність у хворого не менше ніж двох «малих» або одного «великого» критерію. Важкий перебіг пневмонії — по-

казання до негайної госпіталізації у відділення інтенсивної терапії.

«Малі» критерії тяжкого перебігу:

- частота дихання ≥ 30 за 1 хв;
- порушення свідомості, сатурація кисню $< 92\%$ (за даними пульсоксиметрії), $pO_2 < 60$ мм рт. ст.;
- систолічний артеріальний тиск < 90 мм рт. ст.;
- двобічне або багаточасткове ураження легень, ознаки розпаду, плевральний випіт.

«Великі» критерії тяжкого перебігу пневмоній:

- потреба в штучній вентиляції легенів;
- швидке прогресування вогнищево-склеротичних змін у легенях: збільшення розмірів інфільтрації більше ніж на 50% за 2 дні;
- септичний шок або необхідність введення вазопресорних препаратів протягом 4 годин і більше;
- гостра ниркова недостатність (кількість сечі менше ніж 80 мл за 4 години або рівень креатиніну плазми вище ніж 180 мкмоль/л).

Спектр складнощів, які виникають у сімейного лікаря на поліклінічному етапі в разі підбору антибіотикотерапії пацієнту з НП, є надзвичайно великим [6, 9].

Оскільки пневмонія є інфекційним захворюванням, тому етіотропна терапія повинна базуватися на знанні збудника, його чутливості до різних груп антибіотиків, даних про антибіотикорезистентність [10, 15].

Для встановлення збудника використовують бактеріологічне дослідження мокротиння. Але в реальних клінічних умовах це надзвичайно складно втілювати в практику. Вірогідність мікробіологічного дослідження збільшується, якщо терміни від відділення мокротиння до його посіву на середовище не перевищують двох годин і попередньо прополоскана порожнина рота, що зменшує контамінацію мокротиння флорою верхніх дихальних шляхів [9]. Результати бактеріологічного дослідження можуть бути знівельовані попередньою антибактеріальною терапією, яку пацієнти нерідко починають самостійно в разі підвищення температури тіла й появи кашлю [7].

Цьому сприяє можливість вільного доступу до придбання антибіотиків в аптечній мережі. Згідно із сучасними вимогами, перша доза антибіотиків повинна бути введена в перші 4 години від моменту встановлення діагнозу, а результати бактеріологічного дослідження стають відомими не раніше ніж на 3-4-й день.

Варто пам'ятати й те, що навіть при використанні всіх бактеріологічних методів встановити етіологію пневмонії вдається лише в половини хворих, причому нерідко це відбувається ретро-

спективно, а не на ранніх стадіях хвороби. Всі ці складнощі зумовлюють емпіричний вибір антибіотика першого ряду [1, 16].

Критеріями ефективності антибактеріальної терапії пневмонії є нормалізація температури тіла на 2-4-й день, усунення респіраторної крепітації (або вологих хрипів) упродовж першого тижня, позитивна рентгенологічна динаміка (впродовж 4 тижнів), покращення загального стану хворого, зменшення задишки, контроль симптомів серцевої недостатності стандартною терапією [11, 17].

Тривалість терапії НП:

1. При пневмоніях із нетяжким перебігом антибактеріальна терапія може бути завершена на 3-5-й день після нормалізації температури. У таких випадках тривалість лікування становить 7-10 днів.
2. Якщо клінічні або епідеміологічні дані свідчать про «атипову» пневмонію (мікоплазменну або хламідійну), антибактеріальна терапія повинна тривати 10-14 днів.
3. У літніх людей при важкому перебігу захворювання на тлі супутньої патології тривалість антибіотикотерапії може бути подовжена до 21 дня.

Мета дослідження — проаналізувати варіанти перебігу НП, якість надання медичної допомоги та практики призначення системної антибактеріальної терапії згідно із сучасними вимогами у хворих на НП у ЦПМС м. Вінниці.

Матеріали та методи

Проведено ретроспективний аналіз 128 амбулаторних карток хворих, які спостерігались сімейними лікарями з приводу НП у ЦПМСД № 3 м. Вінниці (5 амбулаторій) за період із 2014 по 2016 рік, серед них — 82 чоловіки та 46 жінок. Вік дорослих хворих коливався від 18 до 73 років. Під спостереженням також перебувало троє дітей віком 3, 8 та 12 років. 65 хворих було включено до першої клінічної групи, 33 — до другої. 35 пацієнтів продовжили лікування в умовах стаціонару (2-а й 3-я клінічна група). Хворих із НП 2-ї клінічної групи було госпіталізовано в період епідемії грипу згідно з наказом обласного Департаменту охорони здоров'я. Правобічна локалізація мала місце в 75% випадків, лівобічна — відповідно в 16,6%. У 8,3% випадків діагностовано двобічну локалізацію процесу. У 9,5% хворих пневмонія ускладнилась ексудативним плевритом.

Госпіталізовано безпосередньо з прийому 13 осіб, 10 — госпіталізовано на 3-5-у добу через негативну динаміку процесу на тлі проведеного лікування, 8 — доставлено до стаціонару

каретами ШМД у неробочі дні. Госпіталізовані хворі переважно перебували в спеціалізованому пульмонологічному відділенні. Дев'ять пацієнтів із НП лікувались в умовах денного стаціонару. Усіх дітей із пневмонією 1-ї клінічної групи госпіталізовано до Центру матері та дитини. Троє хворих відмовились від госпіталізації.

Результати та їх обговорення

Аналіз клінічних симптомів на догоспітальному етапі дозволяє припустити, що в 35% хворих провокуючим чинником розвитку НП було ГРЗ. Діагноз НП у 87,5% випадків сформульовано згідно з вимогами Наказу № 128 МОЗ України від 2007 року: вказано локалізацію, клінічну групу, ускладнення. У 12,5% випадків не було вказано клінічну групу.

У 95% випадків діагноз НП було підтверджено рентгенологічно. У 42% випадків, які спостерігались амбулаторно, було здійснено контрольне рентгенологічне обстеження на 7-10-й день спостереження. Загальний аналіз крові та сечі проведено в 91% випадків. Аналіз мокротиння зроблено у 8% випадків амбулаторного спостереження. Спірографічне обстеження здійснювалось тільки в пацієнтів із супутньою бронхолегеневою патологією.

У хворих 2-ї клінічної групи НП розвинулась на тлі фонових захворювань: гіпертонічної хвороби — 22% випадків, ІХС — 18%, ХОЗЛ — 10%, цукрового діабету — 7%, інших захворювань — 5% відповідно.

Сімейними лікарями амбулаторій діагноз НП у перші три доби було встановлено в 75,4% випадків. Більш пізні терміни діагностики захворювання зумовлено насамперед відсутністю в початковому періоді його типових симптомів і несвоєчасним зверненням хворих по медичну допомогу, внаслідок чого рентгенологічне обстеження легень проведено в більш пізні терміни.

У 40% випадків в амбулаторних картках не було відображено антибактеріальний анамнез.

Стартова антибактеріальна терапія в 68,9% хворих відповідала чинним національним рекомендаціям щодо ведення хворих на НП та надалі не потребувала корекції. У деяких хворих вибір стартової антибактеріальної терапії формально був правильним, однак проводився без урахування тяжкості захворювання, наявності ускладнень і супутньої патології, у зв'язку з чим у 22,3% хворих виникла необхідність у зміні антибіотика.

У 31,1% випадків мало місце хибне призначення антибактеріальних препаратів, а при їх зміні — у 29,8%. У 25% зафіксовано поліпрагмацію.

Поступову антибактеріальну терапію призначали в 15% випадків, переважно хворим із легким перебігом захворювання без ускладнень. Комбіновану антибактеріальну терапію, двох-і трьохкомпонентну, отримували 56 пацієнтів.

Серед допущених помилок у лікуванні слід вказати, що у 24 хворих 1-2-ї клінічної групи стартову терапію розпочинали з парентерального введення бета-лактамічного антибактеріального препарату (цефтріаксон). У 10 пацієнтів на початковому етапі застосовувались фторхінолони, в тому числі в комбінації з іншими антибактеріальними препаратами (5 пацієнтів). Така комбінація вважається надмірною і не є раціональною, тому що макроліди та респіраторні фторхінолони однаковою мірою діють на атипичну флору, а ефективність бета-лактамів і респіраторних фторхінолонів щодо «типових» етіопатогенів порівнянна [10].

Спостерігались стартові комбінації: амоксицилін+макролід (кларитроміцин), цефотоксим+макролід (азитроміцин), сульбактам+макролід (кларитроміцин) за відсутності необхідності в комбінованій терапії.

Серед зафіксованих побічних дій антибактеріальної терапії в 10% хворих мала місце антибіотик-асоційована діарея, у 12% хворих зафіксовано прояви прокінетичної дії макролідів. На тлі приймання фторхінолонів у 15% випадків зафіксовано явища шлункової диспепсії, в 5% — прояви з боку ЦНС (безсоння, внутрішнє занепокоєння, збудження), в 1 хворого — явища геморагічного васкуліту.

Слід зазначити, що серед лікарів вкоренилася помилкова думка про необхідність призначення хворим із НП поряд з антибіотиками різних лікарських засобів (нестероїдні протизапальні засоби, імуномодулятори, антигістамінні, вітаміни, протигрибкові препарати тощо). Подібна поліпрагмація не має достатньої доказової бази, а тільки здорожчує лікування

і підвищує ризик розвитку побічних ефектів препаратів [2].

Проведений ретроспективний аналіз показав, що в первинній медичній документації недостатньо відображалась динаміка стану хворих у результаті лікування. Рекомендації щодо подальшого лікування, реабілітації, стилю життя в амбулаторних картках були відсутні або надані не в повному обсязі.

Висновки

На підставі наведеного вище можна зробити такі висновки:

1. Діагноз НП у перші три доби встановлюється сімейними лікарями в 75,4% випадків, що свідчить про високий рівень правильної діагностики захворювання на початковому етапі. Несвоєчасні терміни діагностики НП та рентгенологічного обстеження легень пов'язано з відсутністю характерних симптомів на початку захворювання й пізнім зверненням хворих по медичну допомогу.
2. Частою помилкою при амбулаторному лікуванні НП був неадекватний вибір препарату як для стартової антибактеріальної терапії (31,1%), так і після його зміни (29,8%). У деяких випадках вибір стартової антибактеріальної терапії проводився без урахування тяжкості захворювання, наявності ускладнень і супутньої патології, у зв'язку з чим у 22,3% хворих виникла необхідність у заміні антибіотика.
3. Інші помилки на догоспітальному етапі лікування НП (необґрунтовано тривала антибактеріальна терапія, помилки дозування) траплялися рідко.
4. Основним реальним шляхом, який дозволить уникнути або принаймні мінімізувати помилки ведення хворих із НП на амбулаторному етапі, залишається суворе дотримання клінічних рекомендацій, що ґрунтуються на результатах доказових досліджень.

Список використаної літератури

1. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. Пособие для врачей / А.Г. Чучалин, А.И. Синопальников, Р.С. Козлов та ін. — М., 2010. — 106 с.
2. Дворецкий Л.И. Ошибки ведения больных внебольничной пневмонией. Можно ли их избежать? // Газета «Новини медицини та фармації». Антимікробна терапія (тематический номер). — 2010. — № 343.
3. Мостовой Ю.М. Диалог лікаря загальної практики і пацієнта з ХОЗЛ / Ю.М. Мостовой та ін. // Український пульмонологічний журнал. — 2016. — № 2. — С. 54-55.
4. Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія». — К.: ТОВ «Велес», 2007. — 148 с.

5. Негоспітальна пневмонія у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія та профілактика. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. Уніфікований протокол надання медичної допомоги дорослим хворим на негоспітальну пневмонію / Ю.І. Фещенко, К.О. Белослудцева, О.А. Голубовська та ін. — К., 2016. — С. 111.
6. Ноников В.Е. Ошибки в диагностике и антибактериальной терапии внебольничных пневмоний / В.Е. Ноников // Медицина невідкладних станів. — 2011. — № 5 (36). — С. 95-98.
7. Приходько В.Ю. Негоспітальна пневмонія в літніх людей у практиці сімейного лікаря / В.Ю. Приходько // Практикуючий лікар. — 2016. — № 1. — С. 45-54.
8. Рачина С.А. Оценка адекватности медицинской помощи при внебольничной пневмонии в стационарах различных регионов РФ: опыт использования индикаторов качества / С.А. Рачина, Р.С. Козлов, Е.П. Шаль и др. // Пульмонология. — 2009. — № 3. — С. 5-13.
9. Синопальников А.И. Барьеры на пути внедрения клинических рекомендаций по лечению внебольничной пневмонии: незнание, упрямство или беспечность? / А.И. Синопальников // Здоровье Украины. — 2007. — № 7. — С. 49.
10. Страчунский Л.С. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии / Л.С. Страчунский, Ю.Б. Белоусов, С.Н. Козлов / Под ред. Л.С. Страчунского. — Смоленск: МАКМАН, 2007. — 464 с.
11. Фещенко Ю.І. Пневмонія у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія: навч. посібник / Ю.І. Фещенко. — К., 2013. — 171 с.
12. Фуштей И.М. Ошибки диагностики и лечения внебольничной пневмонии в стационарных условиях / И.М. Фуштей, О.А. Савченко, С.Л. Подсевахина, О.В. Ткаченко // Світ медицини та біології. — 2015. — № 1 (48). — С. 85-88.
13. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Козлов Р.С., Тюрин И.Е., Рачина С.А. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике (Пособие для врачей) // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. — 2010. — Т. 12, № 3. — С. 186-226.
14. Юдина Л.В. Антибактериальная пневмония при внебольничной пневмонии у пациентов пожилого и старческого возраста: акцент на главном / Л.В. Юдина // Therapia. — 2012. — № 2 (66). — С. 69-72.
15. Ikegame S.A. Retrospective Analysis of 111 Cases of Pneumococcal Pneumonia: Clinical Features and Prognostic Factors / Satoshi Ikegame, Kentaro Wakamatsu, Hiroyuki Kumazoe // Intern. Med. — 2012. — № 51. — P. 37-43.
16. Woodhead M. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections — Summary / M. Woodhead, F. Blasi, S. Wig et al. // Clin. Microbiol. Infect. — 2011. — № 17 (6). — P. 1-24.
17. Yealy D.M. Effect of increasing the intensity of implementing pneumonia guidelines: a randomized, controlled trial / D.M. Yealy, T.E. Auble, R.A. Stone et al. // Ann. Intern. Med. — 2005. — Vol. 143 (12). — P. 881-894.

Надійшла до редакції 17.11.2017

RETROSPECTIVE ANALYSIS OF THE QUALITY OF MEDICAL CARE PROVIDED TO PATIENTS WITH COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA AT THE OUTPATIENT STAGE IN CONDITIONS OF REORGANIZATION OF PRIMARY HEALTH CARE WORK

A. Gumeniuk, O. Lyndiuk

Abstract

The work summarizes the experience of family doctors in observing patients with community-acquired pneumonia: analyzed the course of the disease, the timeliness of diagnosis and the rationality of the selection of antibiotic therapy. The results of the analysis indicate both the improvement of the diagnostic level and the problems in the treatment of data in the patients at the prehospital stage. The main real way that will avoid or at least minimize mistakes in the management of patients with community-acquired pneumonia remains strict adherence to clinical recommendations based on the results of evidence-based studies.

Keywords: community-acquired pneumonia, diagnostic methods, treatment errors.