



Л. Ф. Кузнецова, Т. В. Богослав, Ю. И. Решетиллов

## Рациональная стратегия ведения пациентов с внебольничной пневмонией в пожилом и старческом возрасте

ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»

**Ключевые слова:** внебольничная пневмония, комбинированная антибактериальная терапия, ретроспективный анализ.

Цель исследования – ретроспективный анализ историй болезней с оценкой качества оказания медицинской помощи и практики назначения системной антибактериальной терапии в соответствии с современными критериями и индикаторами качества у пациентов старших возрастных групп с внебольничной пневмонией в терапевтическом отделении ЦРБ Коммунарского района г. Запорожья за период с сентября 2010 по май 2013 г. Для анализа отобраны 66 историй болезней пациентов с негоспитальной пневмонией в возрасте старше 60 лет. Стартовая антибактериальная терапия в большинстве случаев соответствовала национальным рекомендациям по лечению внебольничной пневмонии и в дальнейшем не требовала коррекции в 93% случаев. Ступенчатую антибактериальную терапию назначали в 15% случаев, в основном, больным с легким течением заболевания, а также при отсутствии осложнений. Комбинированную антибактериальную терапию, двух- и трехкомпонентную, получали 56 пациентов. Определили лучшую эффективность трехкомпонентной антибактериальной терапии. Антибактериальная терапия в 89,9% случаев соответствовала существующим национальным рекомендациям по ведению больных с внебольничной пневмонией.

## Рациональна стратегія ведення пацієнтів із негоспітальною пневмонією в похилому та старечому віці

Л. Ф. Кузнецова, Т. В. Богослав, Ю. І. Решетілов

Мета дослідження полягала в аналізі якості надання медичної допомоги та практики призначення системної антибактеріальної терапії згідно з сучасними критеріями й індикаторами якості у пацієнтів старших вікових груп із негоспітальною пневмонією в терапевтичному відділенні ЦРЛ Комунарського району м. Запоріжжя. Виконали ретроспективний аналіз історій хвороб за період з вересня 2010 до травня 2013 р. Для аналізу обрали 66 історій хвороби пацієнтів віком старше ніж 60 років із негоспітальною пневмонією. Стартова антибактеріальна терапія в більшості випадків відповідала національним рекомендаціям щодо ведення хворих на негоспітальну пневмонію та надалі не потребувала корекції в 93% випадків. Поступову антибактеріальну терапію призначали в 15% випадків, в основному, хворим із легким перебігом захворювання, а також якщо вони не мали ускладнень. Комбіновану антибактеріальну терапію, дво- і трикомпонентну, отримували 56 пацієнтів. Виявили більшу ефективність комбінованої трикомпонентної антибактеріальної терапії. Антибактеріальна терапія у 89,9% випадків відповідала чинним національним рекомендаціям щодо ведення хворих на негоспітальну пневмонію.

**Ключові слова:** негоспітальна пневмонія, комбінована антибактеріальна терапія, ретроспективний аналіз.

*Запорізький медичний журнал. – 2014. – №2 (83). – С. 36–38*

## Rational strategy of pharmacotherapy of patients with community-acquired pneumonia at elderly and senile age

L. F. Kuznetsova, T. V. Bogoslav, Yu. I. Reshetilov

Aim of the study was to analyze quality of the medical aid and system antibacterial therapy use in patients at advanced age with community-acquired pneumonia. Study was provided in therapeutic department of the central regional hospital of the Kommunarisky region in Zaporizhzhia. Retrospective analysis of the case histories since September 2010 till May 2013 was done. 66 case histories of patients at advanced age were taken into account.

**Key words:** community-acquired pneumonia, combined antibacterial therapy, retrospective analysis.

*Zaporozhye medical journal 2014; №2 (83): 36–38*

Внебольничные пневмонии (ВП) относятся к числу наиболее распространенных острых инфекционных заболеваний нижних отделов дыхательных путей [10]. Заболеваемость ВП в Украине составляет 3–11 случаев на 1000 взрослых в год и является самой высокой среди пациентов пожилого и старческого возраста [1,4,5]. По данным зарубежных эпидемиологических исследований, заболеваемость ВП 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% [2]. В России, согласно расчетам, заболеваемость ВП достигает 14–15%, а общее количество больных ежегодно превышает 1,5 млн человек. Очевидно, что эти цифры не отражают истинной заболеваемости [7]. В США ежегодно диагностируют более 5 млн больных ВП, из которых более 1,2 млн нуждаются в госпитализации [2]. Летальность при ВП оказывается наи-

меньшей (1–3%) у лиц молодого и среднего возраста без сопутствующих заболеваний. У пациентов старше 60 лет при наличии серьезной сопутствующей патологии (сердечно-сосудистые заболевания, ХОЗЛ, сахарный диабет и др.), а также в случаях тяжелого течения ВП (мультилобарная инфильтрация, вторичная бактериемия, частота дыханий >30/мин и др.) этот показатель достигает 15–30% [6].

Заболевания легких (инфекционные и неинфекционные) часто являются причиной некардиальной смертности у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Острая декомпенсация ХСН по многим характеристикам отличается от стабильной ХСН и является частой причиной обращения за медицинской помощью и, во многих случаях, госпитализации. В клинической практике частыми причинами декомпенсации ХСН оказывается пневмония и другие воспалительные заболевания легких [9]. В свою очередь,



наличие ХСН повышает риск неблагоприятных исходов у больных ВП. Негативное влияние ХСН на прогноз у больных ВП нашло отражение во многих прогностических шкалах, многие из которых используются как для решения вопроса о месте лечения больного с ВП, так и для оценки риска неблагоприятных последствий [2].

Для улучшения исхода лечения ВП и оптимизации затрат в последние годы используется ряд международных и национальных рекомендаций, которые помогают врачу выбрать наиболее рациональную стратегию ведения пациентов в конкретной клинической ситуации [11].

Известны основные индикаторы качества медицинской помощи при лечении больных ВП, в том числе госпитализированных: рентгенологическое исследование органов грудной клетки при наличии клинических признаков ВП в течение 24 часов с момента госпитализации (если не выполнено на амбулаторном этапе), бактериологическое исследование мокроты (у пациентов с тяжелой ВП) до назначения антибиотиков, введение первой дозы системного антибиотика в первые 8 часов с момента госпитализации, соответствие стартового режима антибактериальной терапии (АБТ) национальным рекомендациям, использование ступенчатой АБТ для пациентов, нуждающихся в парентеральном назначении антибиотиков.

#### Цель работы

Ретроспективный анализ историй болезни пациентов старших возрастных групп с ВП, прошедших лечение в терапевтическом отделении ЦРБ Коммунарского района г. Запорожья с сентября 2010 по май 2013 г. с оценкой качества оказания медицинской помощи и практики назначения системной АБТ в соответствии с современными критериями и индикаторами качества.

#### Материалы и методы исследования

Качество оказания медицинской помощи при ВП определяется, в первую очередь, своевременно начатой и адекватной АБТ [1,3,8].

В соответствии с поставленной целью отобраны 66 историй болезни больных ВП в возрасте старше 60 лет, не имевших на момент госпитализации иных заболеваний и требующих назначения системных антимикробных препаратов (АМП).

В задачи исследования входило: оценить частоту назначения АБТ у больных ВП на амбулаторном этапе, исследовать особенности назначения АМП при стартовой терапии ВП и соответствие выбора АБТ национальным рекомендациям, оценить эффективность проведения ступенчатой АБТ и эффективность моно-АБТ в сравнении с комбинированной АБТ, а также соответствие проводимой АБТ существующим национальным рекомендациям.

Статистическая обработка данных проведена в системе ППП Statistica, версия 8.0.

#### Результаты и их обсуждение

По данным анализа историй болезни, больных ВП мужчин – 41 (62,1%), женщин – 25 (37,9%). В возрасте 60–64 лет было 16 (39,0%) мужчин, 7 (30,0%) женщин; 65–70 лет – 9 (22%) и 6 (24%) соответственно; 71–75 лет – 10 (24,4%) и 9 (36%) соответственно; 76–80 лет – 6 (12,6%) и 3 (12,0%) соответственно. Средний возраст больных составил  $69,5 \pm 8,1$  лет; средний койко-день в отделении –  $13,1 \pm 1,7$ . Дыхательная недостаточность (ДН) I степени отмечена в 76,8%, случаев, II и III – в 21,2% случаев ( $p < 0,02$ ).

Все госпитализированные больные получали системную АБТ. Частота назначений АБТ больным на амбулаторном этапе составляла 21%, при этом не обнаружено достоверного улучшения как клинических показателей (нормализация температуры тела, средний койко-день), так и лабораторных показателей в этой группе (в сравнении с группой пациентов, не получавших амбулаторно антибиотиков). Данные, полученные при анализе АБТ на амбулаторном этапе, показали, что сумамед, амоксициллин и цефотаксим – наиболее часто назначаемые препараты.

Ступенчатая АБП в течение многих лет считается общепринятым стандартом лечения госпитализированных больных с ВП, т. к. без ущерба для эффективности позволяет сократить длительность пребывания больного в стационаре, уменьшить число постинъекционных осложнений и расходы на лечение. По данным анализа историй болезней, частота ступенчатой терапии составила 15,1% (10 случаев), преимущественно у больных от 60 до 68 лет, при более легком течении ВП и при отсутствии осложнений. Отмечена большая эффективность комбинированной АБТ в сравнении с моно-АБТ: обнаружили достоверные различия у пациентов сравниваемых групп по уровню температуры тела ( $p=0,449$ ), нейтрофилов ( $p=0,453$ ), лимфоцитов ( $p=0,447$ ). Среди пациентов, получавших комбинированную АБТ (56 больных (84,9%)), выделили 3 группы в зависимости от АМП, входящих в схему комплексной АБТ.

Первую группу составили пациенты (27 (48,2%)), получавшие комбинированную АБТ, состоящую из цефалоспоринового антибиотика 3-го поколения и макролидного АМП. Во вторую группу вошли 9 (16%) больных, получавших комбинацию АБТ, включая цефалоспориновый антибиотик 3-го поколения и фторхинолоновый АМП. Пациенты третьей группы (20 (35,8%)) получали трехкомпонентную АБТ, которая включала цефалоспориновый антибиотик 3-го поколения, фторхинолоновый и макролидный АМП.

Данные, полученные в результате анализа, позволили сделать вывод о большей эффективности АБТ в группе больных, которые получали комбинацию из цефалоспоринового антибиотика 3-го поколения и макролидного АМП, чем в группе пациентов, получавших комбинацию из цефалоспоринового антибиотика 3-го поколения и фторхинолонового АМП. Наиболее эффективным антибактериальным лечением ожидаемо оказалась трехкомпонентная комбинация: цефалоспорины 3-го поколения + фторхинолоны + макролиды (табл. 1).

Таблица 1

**Основные показатели ОАК больных ВП после лечения в зависимости от комбинации применяемой АБТ**

Показатели ОАК	1 группа (N=27)	2 группа (N=9)	3 группа (N=20)
Лейкоциты, $10^9/\text{л}$	$9,11 \pm 2,375$	$11,21 \pm 1,782^*$	$6,31 \pm 1,997^\wedge$
Нейтрофилы, %	$59,16 \pm 13,472$	$62,17 \pm 7,821^*$	$51,80 \pm 8,96^\wedge$
СОЭ, мм/час	$24,43 \pm 16,34^*$	$33,51 \pm 15,874^*$	$14,79 \pm 10,402^\wedge$

Примечание: \* – различия достоверны при сравнении 1 и 2 групп ( $p < 0,05$ );  $^\wedge$  – различия достоверны при сравнении 2 и 3 групп ( $p < 0,05$ );  $^\wedge$  – различия достоверны при сравнении 1 и 3 групп ( $p < 0,05$ ).

Анализ особенностей АБТ в зависимости от пути введения АМП не показал значимых отличий в лабораторных показателях, показателях температуры тела, сатурации и продолжительности среднего койко-дня. Наиболее ча-



сто – в 62,8% случаев – использовался комбинированный (внутривенный+внутримышечный) способ введения АМП, пероральный – в 11,3%, внутримышечный – в 17,5%, внутривенный – в 8,4% случаев.

Отмечено высокое соответствие проводимой АБТ существующим национальным рекомендациям по ведению больных с ВП (89,9%), что сопоставимо с приверженностью к соблюдению рекомендаций в клиниках Европы и США.

### Выводы

Результаты ретроспективного анализа историй болезней с оценкой качества оказания медицинской помощи и практики назначения системной АБТ, в соответствии с современными критериями и индикаторами качества по ведению больных старше 60 лет с негоспитальной пневмонией, позволили сделать заключение:

### Список литературы

1. Березняков И.Г. Антибактериальная пневмония у пациентов с внебольничной пневмонией в условиях стационара / И.Г. Березняков // Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология. – 2008. – № 5. – С. 22–26.
  2. Внебольничная пневмония у взрослых. Практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике: пособие для врачей / [А.Г. Чучалин, А.И. Синопальников, Р.С. Козлов и др.]. – М., 2010. – 106 с.
  3. Лукашенко Е.П. Ретроспективный анализ ведения больных внебольничной пневмонией в стационаре / Е.П. Лукашенко, С.Ю. Чикина, А.Л. Черняев // Проблемы клинической медицины. – 2008. – Т. 16. – № 4. – С. 35–40.
  4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія» від 19.03.2007 р. №128. – К., 2007. – 146 с.
  5. Негоспітальна пневмонія: стандарти діагностики, сучасна антибактеріальна терапія / Р.С. Козлов, Т.О. Перцева, В.В. Дмитриченко [та ін.] // Український медичний часопис. – 2011. – № 6(85). – С. 59–63.
  6. Официальный сайт Организации Объединенных Наций / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.un.org/Russian>.
  7. Рачина С.А. Фармакоэпидемиологические исследования антибактериальных препаратов при внебольничных инфекциях дыхательных путей / С.А. Рачина, А.А. Зайцев // Внебольничные инфекции дыхательных путей: диагностика и лечение: руководство для врачей / [под ред. А.И. Синопальникова, Р.С. Козлова]. – М., 2008. – С. 254–271.
  8. Рачина С.А. Анализ антибактериальной терапии госпитализированных пациентов с внебольничной пневмонией в различных регионах РФ: уроки многоцентрового фармакоэпидемиологического исследования / [С.А. Рачина, Р.С. Козлов, Е.П. Шаль и др.] // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2009. – Т. 11. – № 1. – С. 66–78.
  9. Романова Н.Е. Внебольничная пневмония у больных с хронической сердечной недостаточностью: частота и факторы риска / Н.Е. Романова, Б.А. Сидоренко, В.Е. Ноников, И.А. Шарошина, Д.В. Преображенский // Клиническая геронтология. – 2006. – № 8. – С. 30–35.
  10. Частота назначений АБТ на амбулаторном этапе не высока, в частности, а проведенном исследовании она составила 21%. При этом не получили данных о достоверном улучшении клинических и лабораторных показателей в сравнении с больными, не получавшими АБТ в амбулаторных условиях.
  11. Стартовая АБТ в большинстве случаев соответствовала национальным рекомендациям по лечению ВП и в дальнейшем в 93% случаев не требовала коррекции.
  12. Ступенчатая АБТ в 15% случаев была назначена больным, в основном, в возрасте 60–68 лет с легким течением заболевания и при отсутствии осложнений.
  13. Отмечена большая эффективность комбинированной АБТ в сравнении с моно-АБТ.
  14. АБТ в 89,9% случаев соответствовала существующим национальным рекомендациям по ведению больных ВП.
2. Chuchalin, A. G., Sinopalnikov, A. I., Kozlov, R. S., et al. (2010) *Vnebol'nichnaya pnevmoniya u vzroslykh. Prakticheskie rekomendacii po diagnostike, lecheniyu i profilaktike [Community-acquired pneumonia in adults. Practical guidelines for the diagnosis, treatment and prevention]*. Moscow. [in Russian].
  3. Lukashenko, E. P., Chikina, S. Yu. & Chernyaev, A. L. (2008) *Retrospektivnyj analiz vedenija bol'nykh vnebol'nicnoj pnevmoniej v stacionare [Retrospective analysis of the management of patients in hospital CAP]. Problemy klinicheskoj mediciny*, 16(4), 35–40.
  4. Nakaz Ministerstva ohorony zdorovia Ukrainy *Pro zatverdzhennia klinichnykh protokoliv nasannia medychnoi sopoohy za spetsialnistiu Pulmolohiia: vid 19.03.2007 p. №128*. Kyiv. [in Ukrainian].
  5. Kozlov, R. S., Pertseva, T. O., Dmitrichenko, V. V. & [et.al.] (2011) *Nehospitalna pnevmonii: standarty diahnozyky, suchasna antibakterialna terapiia [Community-acquired pneumonia: diagnosis standards, modern antibiotic therapy]. Ukrainskyi medychnyi chasopys*, 6(85), 59–62.
  6. Oficialnyj sajt Organizacii Obiedynonnykh Nacij [Official site of the United Nations] Retrieved from <http://www.un.org/Russian>.
  7. Rachina, S. A., Zajcev, A. A., Sinopalnikova, A. I. & Kozlov, R. S. (2008) *Farmakoe'pidemiologicheskie issledovaniya antibakterial'nykh preparatov pri vnebol'nicnykh infekcijakh dykhatel'nykh putej [Pharmacoepidemiological study of antimicrobials in community-acquired respiratory tract infections. Community-acquired respiratory tract infections: diagnosis and treatment. Guide for Physicians]. Vnebol'nichnye infekcii dykhatel'nykh putiej: diagnostika i iechenie*. A. I. Sinopalnikov & Kozlov R. S. (Eds.). Moscow. [in Russian].
  8. Rachina, S. A., Kozlov, R. S., Shal, E. P., Nedorozenyuk, I. V., Leshchenko, I. V., Bochanova, E. N., et al. (2009) *Analiz antibakterial'noj terapii hospitalizirovannykh pacientov s vnebol'nicnoj pnevmoniej v razlichnykh regionakh RF: uroki mnogocentrovogo farmakoe'pidemiologicheskogo issledovaniya [Patterns of Antibacterial Therapy of CommunityAcquired Pneumonia in Hospitalized Adults in Different Regions of Russia: Lessons from Multicentre Pharmacoepidemiology Study]. Klinicheskaya mikrobiologiya i antimikrobnaya химиотерапия*, 11(1), 66–78. [in Russian].
  9. Romanova, N. E., Sidorenko, B. A., Nonikov, V. E., Sharoshina, I. A. & Preobrazhensky, D. V. (2006) *Vnebol'nicnaya pnevmoniya u bol'nykh s khronicheskoj serdechnoj nedostatochnost'yu: chastota i faktory riska [Non-Hospital Pneumonia of chronic heart insufficiency patients: frequency and risk factors]. Klinicheskaya gerontologiya*, 8, 30–35. [in Russian].

### Сведения об авторах:

Кузнецова Л.Ф., д. мед. н., профессор каф. семейной медицины и гастроэнтерологии, ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины», E-mail: [kuznecova3838@mail.ru](mailto:kuznecova3838@mail.ru).

Богослав Т.В., к. мед. н., ассистент каф. семейной медицины и гастроэнтерологии, ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины».

Рештилов Ю.И., д. мед. н., профессор, зав. каф. семейной медицины и гастроэнтерологии, ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины».

Поступила в редакцию 24.01.2014 г.