

Региональные особенности течения пневмоний на современном этапе

Ф. А. КУЧМЕЗОВА, М. Я. ШАБАТУКОВА, Р. М. АРАМИСОВА, *З. А. КАМБАЧОКОВА,
И. Х. БОРУКАЕВА, М. Ж. ЧОЧАЕВА, М. М. ГАБАЕВА, Х. А. САБАНЧИЕВА

ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х. М. Бербекова», Нальчик

Regional Features of the Course of Pneumonia at the Present Stage

F. A. KUCHMEZOVA, M. YA. SHABATUKOVA, R. M. ARAMISOVA, *Z. A. KAMBACHOKOVA,
I. KH. BORUKAEVA, M. ZH. CHOCHAEVA, M. M. GABAEVA, H. A. SABANCHIEVA

Kabardino-Balkarian State University named after H. M. Berbekov, Nalchik

В статье рассмотрены вопросы региональных особенностей диагностики, течения и лечения внебольничных пневмоний (ВП). В структуре больных ВП преобладали лица мужского пола в возрастной группе 70 и более лет, у которых имелось множество сопутствующих заболеваний. В качестве основного возбудителя обнаружена стафилококковая флора. Проводилась в основном эмпирическая антибактериальная терапия, не всегда соответствующая реальной картине микрофлоры пациента.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, региональные особенности, клинико-демографическая характеристика, коморбидный статус.

The article discusses the regional features of the diagnosis, course, and treatment of community-acquired pneumonia (CAP). The cohort of patients with CAP was dominated by males in the age group of 70 years or older, who had many concomitant diseases. Staphylococcal flora was found to be the main pathogen. Empirical antibacterial therapy was mainly carried out, which does not always correspond to the real picture of the microflora of the patient.

Keywords: community-acquired pneumonia, regional features, clinical and demographic characteristics, comorbid status.

Актуальность проблемы

Проблема диагностики пневмоний всё ещё остаётся одной из самых актуальной в клинической практике. В России ежегодно отмечается около 1,5 млн случаев пневмоний, из них 20% пациентов в связи с тяжестью состояния нуждаются в госпитализации. Заболеваемость ВП увеличивается по мере старения, составляя от 20 до 44 случаев на 1000 населения в год среди лиц старше 60 лет. Отмечаются и гендерные различия с преобладанием лиц мужского пола (52–56%) [1–3].

Несмотря на успехи фармакотерапии и разработку новых поколений антибактериальных препаратов (АБП), летальность от пневмонии не снижается и занимает 4-е место в структуре общей смертности (после сердечно-сосудистых, cerebrovasкулярных заболеваний и злокачественных новообразований). Наименьшая летальность (1–3%) отмечается у лиц молодого и среднего возраста без сопутствующих заболеваний. На-

против, у пациентов старше 60 лет при наличии коморбидных состояний этот показатель достигает 15–30%. Одним из типичных для нашей страны факторов риска летального исхода является позднее обращение пациентов за медицинской помощью [3–6].

Наличие сопутствующих заболеваний (сердечно-сосудистых, неврологических, иммунодефицитных, онкологических, сахарного диабета, заболеваний почек) является независимым фактором риска неблагоприятного течения и прогноза при ВП. Прогноз заболевания также зависит от наличия таких осложнений, как плевриты, эмпиема, миокардиты, перикардиты и эндокардиты, менингиты, инфекционно-токсический шок, сепсис. Наиболее опасными из осложнений являются абсцессы и гангрена лёгких [7, 8].

Актуальность ВП обусловлена и существующими проблемами ранней диагностики. Так, ошибки в диагностике ВП составляют 20%, а диагноз в первые 3 дня болезни устанавливается лишь у трети больных. Возможной тому причиной является изменение классической клинической картины ВП с острым началом, лихорадкой,

© Коллектив авторов, 2020

*Адрес для корреспонденции: e-mail: k.zareta.7@mail.ru

продуктивным кашлем, болями в грудной клетке, воспалительными стигмами в крови, синдромом инфильтрации лёгочной ткани при лучевом исследовании [9, 10].

Главным возбудителем ВП независимо от тяжести течения по-прежнему остаётся *Streptococcus pneumoniae*, на долю которого приходится до 30–35% всех случаев заболевания. Частота выявления того или иного возбудителя ВП варьирует в зависимости от региона проживания и соматического статуса больного, а также возможностей лечебного учреждения по лабораторному типированию патогенов [11–13].

Необходимо учитывать, что на современном этапе резко поменялся микробный пейзаж пневмонии. В целом с годами удельный вес пневмококка как основного возбудителя ВП уменьшается. Например, по данным многолетних наблюдений, частота выделения *S.pneumoniae* у пациентов с ВП в 60-х годах прошлого века составляла 62%, в 80-х — 42%, а с середины 90-х годов — 15,1%. Причём, возбудители ВП с каждым годом становятся более вирулентными, мутируя и становясь резистентными к большинству применяемых антибактериальных средств [8, 14, 15].

Нормальная микрофлора, колонизирующая верхние отделы дыхательных путей, может при определённых условиях, попадая в нижние отделы респираторного тракта, вызывать воспалительную реакцию [13].

Для подбора антибактериальной терапии (АБТ) важное значение имеет определение возбудителя у конкретного больного. Однако применяемые на сегодняшний день в клинической практике лабораторные тесты для обнаружения патогена у больных ВП не всегда имеют высокие степени чувствительности и специфичности [13].

Микробиологическая диагностика при ВП включает культуральное исследование мокроты и других респираторных образцов [8, 14].

Культуральное исследование крови при высокой специфичности отличается низкой чувствительностью — частота положительных результатов гемокультуры варьирует от 5 до 30%. Для выявления *S.pneumoniae* используются молекулярные и серологические методы исследования. В настоящее время получили распространение иммунохромато-

графические тесты с определением в моче антигенов к *S.pneumoniae*. Чувствительность теста варьирует от 70 до 90% и специфичность >90%. Ключевыми преимуществами экспресс-тестов являются быстрота получения результата, доступность клинического материала для исследования, возможность выполнения после начала АБТ без существенного снижения информативности [9, 13].

Необходимо отметить тот факт, что, несмотря на расширение возможностей микробиологической диагностики, примерно у половины пациентов с ВП этиологический диагноз остаётся неустановленным. В этой связи, выбор режима стартовой АБТ осуществляется эмпирически с учётом региональных эпидемиологических данных и индивидуальных особенностей пациента [7, 8, 12].

Цель работы — изучение клинико-демографической характеристики, структуры этиологических факторов и коморбидного статуса больных ВП.

Материал и методы

Проведён ретроспективный анализ историй болезни пациентов, госпитализированных в пульмонологическое отделение городской клинической больницы в 2019 г. с диагнозом ВП. Изучались такие параметры, как половозрастной состав, верифицированный этиологический фактор, локализация воспалительного очага, коморбидный статус.

Результаты и обсуждение

В 2019 г. в пульмонологическое отделение было госпитализировано 622 пациента с ВП. Из них, мужчин 63,5%, женщин — 47,5%. Жителей села было 13,3%, что можно объяснить тем, что в городскую больницу госпитализируются жители

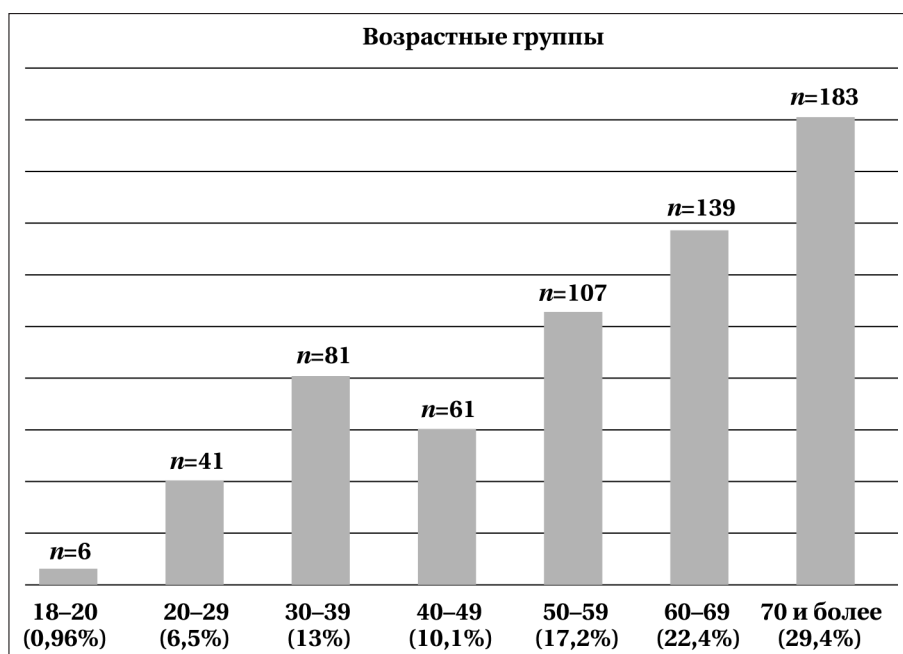


Рис. 1. Возрастная структура больных внебольничной пневмонией.

города, а жители сельских населенных пунктов получают медицинскую помощь в районных больницах и лишь в случаях тяжёлого течения ВП госпитализируются в профильное отделение.

Анализ возрастного состава больных ВП показал преобладание лиц в возрасте 70 лет и старше, которые составили в структуре больных 29,4% (рис. 1). Больных в возрастном периоде от 60 до 69 лет было 22,4%. Наименьший удельный вес имели больные в возрасте 18–20 лет — около 1% и 20–29 лет — 6,5% случаев. Пациенты трудоспособного возраста составили 48%.

Таким образом, в возрастной структуре больных ВП преобладали лица пожилого и старческого возраста.

Анализ локализации воспалительного очага показал, что в 91,1% случаев процесс локализовался в нижних долях. Правосторонняя локализация отмечалась в 66,7%, двустороннее поражение — в 13,8% случаев. Обращает внимание и большой процент верхнедолевых локализаций (10,77%), при которых требуется исключения специфических заболеваний лёгких.

Для микробиологического мониторинга проводилось исследование мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам. Бактериальная флора была высеяна в 327 случаях (52,7%), в 47,3% случаев инфекционный патоген не был определен. Вирусологические исследования не проводились в связи с ограниченными техническими возможностями лечебного учреждения.

В структуре выявленных патогенов (рис. 2) преобладали: стафилококковая флора (29,4%), стрептококковая — 20,4%, удельный вес пневмококка составил всего 1,12%. Остальная микрофлора была представлена клебсиелой (2,6%), нейсерией (1,6%), кандидами (0,96%) и энтеробактериями (0,32%).

Необходимо отметить, что в большинстве случаев больные до поступления в стационар самостоятельно принимали АБП, что снижало достоверность полученных результатов, кроме того не у всех пациентов имелась возможность получения мокроты для исследования. Другие методы исследования (определение антител к пневмококкам и др.) в клинической практике отделения не применялись. В это связи в большинстве случаев стартовая АБТ носила эмпирический характер и подбиралась методом «проб и ошибок».

Таким образом, достоверность обнаружения этиологического инфекционного фактора ВП зависит от объёма доступных в клинической практике диагностических методов и тестов, которые потенциально могут быть использованы при обследовании больного.

При курации больных пожилого и старческого возраста, у которых отмечается высокий индекс коморбидности, важное значение имеет учёт

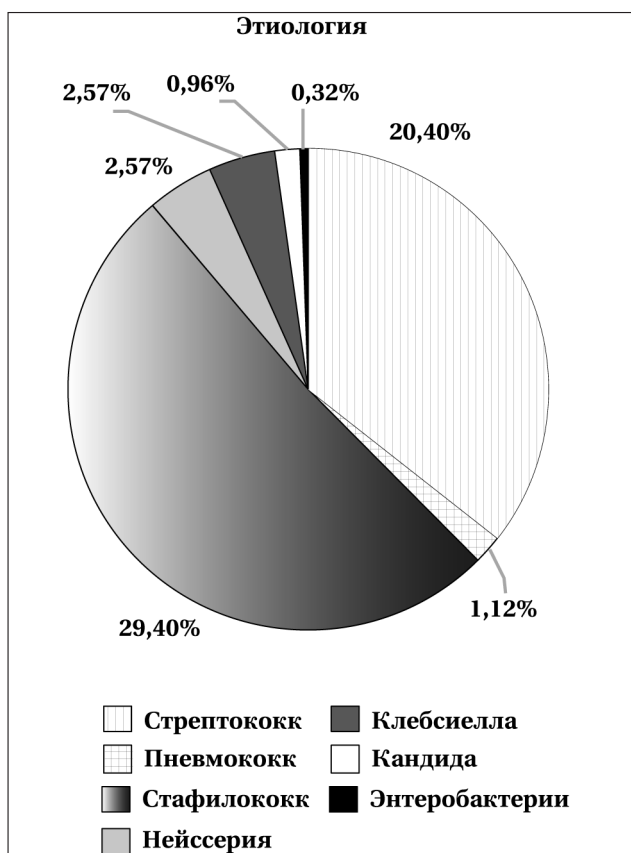


Рис. 2. Этиологическая структура ВП.

его влияния на течение и прогноз ВП. Анализ коморбидности у больных с ВП (рис. 3) показал, что сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания имелись у 88% больных. Из них артериальная гипертензия отмечалась у 50%, ИБС — у 9,9%, хроническая сердечная недостаточность — у 22,1%, постинфарктный кардиосклероз — у 3%, различные аритмии сердца — у 2,6% больных. Достаточно высоким был и показатель сопутствующей хронической обструктивной болезни лёгких — ХОБЛ (29,4% больных).

Заболевания желудочно-кишечного тракта зарегистрированы у 7,2% больных ВП: язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки отмечалась у 2,4% больных, хронический холецистит — у 2,4%, хронический панкреатит — в 1,1% случаев. Заболевания почек в структуре коморбидных состояний составили 5,6%.

Удельный вес эндокринной патологии у больных ВП составил 15,4%, в том числе: СД 2 типа — у 13,6%, патология щитовидной железы — у 1,4% больных.

Наличие сопутствующей патологии с функциональными нарушениями со стороны сердца, почек и печени создаёт сложности в проведении АБТ, что может приводить к ошибкам в выборе АБП, его дозировки, длительности лечения. С учётом возрастного состава заболевших следует учитывать наличие состояний с функциональными нарушениями органов и систем у больных по-

жилого и старческого возраста. Наличие патологии со стороны желудочно-кишечного тракта (в частности, нарушения кишечного всасывания и печеночного клиренса) ограничивает возможности назначения АБП внутрь и проведение ступенчатой терапии. Трудности фармакотерапии у коморбидных пациентов могут возникать в связи с необходимостью приёма различных лекарственных препаратов, у которых не всегда имеется аддитивное взаимодействие с АБП.

Выводы

1. В структуре больных ВП преобладали лица мужского пола в возрастной группе 70 и более лет.
2. Анализ показал превалирование правосторонней ниже-долевой локализации ВП.
3. В качестве основного возбудителя у исследованной популяции обнаружена стафилококковая флора.
4. Проводилась в основном эмпирическая антибактериальная терапия, не всегда соответствующая реальной картине микрофлоры пациента.
5. Учитывая низкую достоверность применяемых методов определения микрофлоры в мокроте, необходимо расширить спектр более достоверных методов диагностических тестов: ПЦР-диагностика, экспресс-диагностика на наличие антигенов респираторных вирусов, серологическая диагностика, определение антигена *S.pneumoniae* в моче и т. д.
6. Фармакотерапию больных ВП необходимо проводить с учётом сопутствующих состояний, среди которых преобладает сердечно-сосудистая патология, оказывающая неблагоприятное влияние на течение и прогноз заболевания, особенно у лиц пожилого возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Быстрицкая Е.В., Биличенко Т.Н. Анализ заболеваемости пневмониями взрослого и детского населения Российской Федерации за 2010–2014 гг. Пульмонология. — 2017. — Т. 27. — № 2. — С. 173–178. / Bystritskaya E.V., Bilichenko T.N. Analiz zabolevaemosti pnevmoniyami vzroslogo i detskogo naseleniya Rossijskoj Federatsii za 2010–2014 gg. Pul'monologiya 2017; 27: 2: 173–178. [in Russian]
2. Бобылев А.А., Рачина С.А., Авдеев С.Н. и др. Внебольничная пневмония у пациентов пожилого и старческого возраста. Пульмонология. — 2015. — Т. 25. — № 3. — С. 261–276. / Bobylev A.A., Rachina S.A., Avdeev S.N. i dr. Vnebol'nichnaya pnevmoniya u patsientov pozhilogo i starcheskogo vozrasta. Pul'monologiya 2015; 25: 3: 261–276. [in Russian]
3. Фатуллаева Г.А., Богданова Т.М. Пневмония — актуальная проблема медицины. Международный студенческий научный вестник. — 2018. — № 5. URL: <http://eduherald.ru/ru/article/view?id=19158> / Fatullaeva G.A., Bogdanova T.M. Pnevmoniya — aktual'naya problema meditsiny. Mezhdunarodnyj studencheskij nauchnyj vestnik 2018; 5. URL: <http://eduherald.ru/ru/article/view?id=19158> [in Russian]
4. Биличенко Т.Н., Быстрицкая Е.В., Чучалин А.Г., Белевский А.С., Батын С.З. Смертность от болезней органов дыхания в 2014–2015 гг. и пути её снижения. Пульмонология. — 2016. — Т. 26. — № 4. — С. 389–397. / Bilichenko T.N., Bystritskaya E.V., Chuchalin A.G., Belevskij A.S., Batyn S.Z. Smertnost' ot boleznej organov dykhaniya v 2014–2015 gg. i puti ee snizheniya. Pul'monologiya 2016; 26: 4: 389–397. [in Russian]
5. Ежлова Е.Б., Демина Ю.В., Ефимов Е.И. и др. Внебольничные пневмонии: классификация, патогенез, этиология, эпидемиология, лабораторная диагностика на современном этапе. Аналитический обзор. М.: 2013. — 65 с. / Ezhlava E.B., Demina Yu.V., Efimov E.I. i dr. Vnebol'nichnye pnevmonii: klassifikatsiya, patogenez, eti-

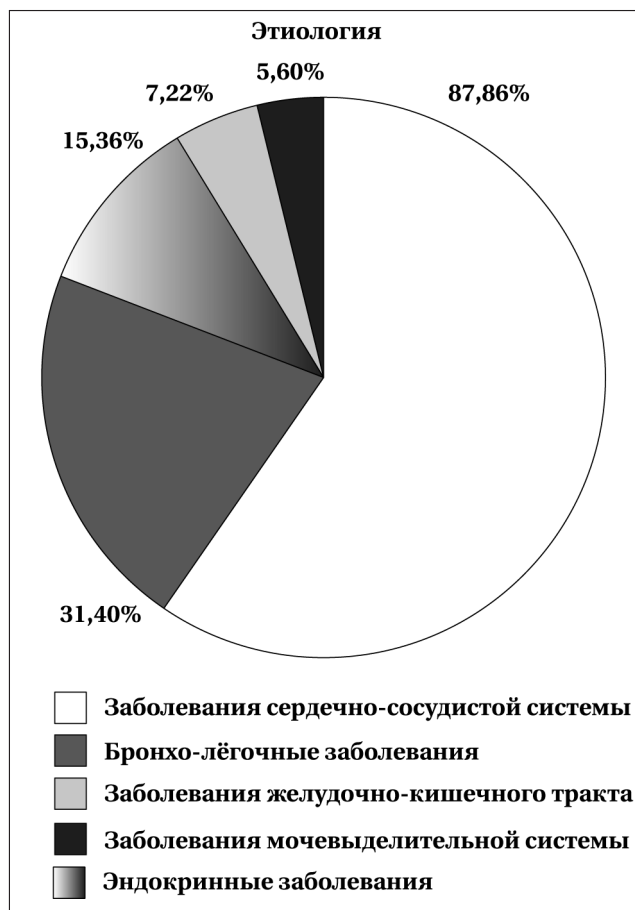


Рис. 3. Структура сопутствующих заболеваний.

7. При подборе АБТ необходимо учитывать взаимодействие с другими лекарственными средствами, применяемыми по поводу сопутствующих заболеваний.

- ologiiya, epidemiologiiya, laboratornaya diagnostika na sovremennom etape. Analiticheskij obzor. M.: 2013. — 65. [in Russian]
6. Иванова Е.В., Биличенко Т.Н., Чучалин А.Г. Заболеваемость и смертность населения трудоспособного возраста России по причине болезней органов дыхания в 2010–2012 гг. Пульмонология. — 2015. — Т. 25. — № 3. — С. 291–297. / Ivanova E.V., Bilichenko T.N., Chuchalin A.G. Zabolevaemost' i smertnost' naseleniya trudospobnogo vozrasta Rossii po prichine boleznej organov dykhaniya v 2010–2012 gg. Pul'monologiya 2015; 25: 3: 291–297. [in Russian]
7. Круглякова Л.В., Нарышкина С.В. Тяжёлая внебольничная пневмония: диагностика и лечение (обзор литературы). Бюллетень физиологии и патологии дыхания. — 2016. — Вып. 59. — С. 98–108. / Kruglyakova L.V., Naryshkina S.V. Tyazhelaya vnebol'nichnaya pnevmoniya: diagnostika i lechenie (obzor literatury). B'yulleten' fiziologii i patologii dykhaniya 2016; 59: 98–108. [in Russian]
8. Национальные клинические рекомендации «Определение чувствительности микроорганизмов к антимикробным препаратам», 2015. / Natsional'nye klinicheskie rekomendatsii «Opredelenie chuvstvitel'nosti mikroorganizmov k antimikrobnym preparatam», 2015. [in Russian]
9. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Козлов П.С. и др. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. Пособие для врачей. М.: 2010. — 106 с. / Chuchalin A.G., Sinopal'nikov A.I., Kozlov P.S. i dr. Vnebol'nichnaya pnevmoniya u vzroslykh: prakticheskie rekomendatsii po diagnostike, lecheniyu i profilaktike. Posobie dlya vrachej. M.: 2010; 106. [in Russian]
10. Чучалин А.Г. Пневмония: актуальная проблема медицины XXI века. Пульмонология. — 2015. — Т. 25. — № 2. — С. 133–142. / Chuchalin A.G. Pnevmoniya: aktual'naya problema meditsiny XXI veka. Pul'monologiya 2015; 25: 2: 133–142. [in Russian]
11. Биличенко Т.Н., Аргунова А.Н., Антонова О.А. и др. Частота пневмококковой пневмонии у взрослых больных терапевтических стаци-

- онеров на трёх территориях Российской Федерации. Пульмонология. — 2013. — № 4. — С. 29–36. / *Bilichenko T.N., Argunova A.N., Antonova O.A. i dr.* Chastota pnevmokokkovoj pnevmonii u vzroslykh bol'nykh terapevtycheskikh stacionarov na trekh territoriyakh Rossijskoj Federatsii. Pul'monologiya 2013; 4: 29–36. [in Russian]
12. Клинические рекомендации: внебольничная пневмония (проект). Российское респираторное общество; Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии. 2018. — 88 с. / *Klinicheskie rekomendatsii: vnebol'nichnaya pnevmoniya (proekt). Rossijskoe respiratornoe obshchestvo; Mezhhregional'naya assotsiatsiya po klinicheskoj mikrobiologii i antimikrobnoj khimioterapii.* 2018; 88. [in Russian]
 13. *Рачина С.А., Иванчик Н.В., Козлов Р.С.* Особенности микробиологической диагностики при внебольничной пневмонии у взрослых. Практическая пульмонология. — 2016. — № 4. — С. 40–47. / *Rachina S.A., Ivanchik N.V., Kozlov R.S.* Osobennosti mikrobiologicheskoy diagnostiki pri vnebol'nichnoj pnevmonii u vzroslykh. Prakticheskaya pul'monologiya 2016; 4: 40–47. [in Russian]
 14. *Козлов Р.С.* Держим оборону: антимикробные препараты и резистентность микроорганизмов. проАнтибиотик. — 2011. — № 1. — С. 11–14. / *Kozlov R.S.* Derzhim oboronu: antimikrobnye preparaty i rezistentnost' mikroorganizmov. proAntibiotik 2011; 1: 11–14. [in Russian]
 15. Программа SKAT (Стратегия Контроля Антимикробной Терапии) при оказании стационарной медицинской помощи. Российские клинические рекомендации. М.: 2017. — 312 с. / *Programma SKAT (Strategiya Kontrolya Antimikrobnoj Terapii) pri okazanii stacionarnoj meditsinskoj pomoshchi. Rossijskie klinicheskie rekomendatsii.* М.: 2017; 312. [in Russian]

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Кучмезова Фатимат Алимовна — студентка 6 курса Медицинского факультета ФГБОУ Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х. М. Бербекова, Нальчик

Шабатукова Марина Якубовна — студентка 6 курса Медицинского факультета ФГБОУ Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х. М. Бербекова, Нальчик

Арамисова Рина Мухамедовна — д. м. н., профессор, заведующая кафедрой госпитальной терапии ФГБОУ ВО Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х. М. Бербекова, Нальчик

Камбачокова Зарета Анатольевна — д. м. н., профессор кафедры госпитальной терапии ФГБОУ Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х. М. Бербекова, Нальчик

Борукаева Ирина Хасанбиевна — профессор кафедры нормальной и патологической физиологии Медицинского факультета ФГБОУ Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х. М. Бербекова, Нальчик

Чочаева Марина Жагофаровна — доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней Медицинского факультета ФГБОУ Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х. М. Бербекова, Нальчик

Габаева Мадина Магомедовна — к. м. н., доцент кафедры детских болезней, акушерства и гинекологии медицинского факультета ФГБОУ ВО Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х. М. Бербекова, Нальчик

Сабанчиева Хаишат Алшагировна — доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней Медицинского факультета ФГБОУ Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х. М. Бербекова, Нальчик