

<https://doi.org/10.29296/25877305-2019-03-16>

## Оказание помощи больным внебольничной пневмонией в сельских стационарах Ставропольского края

**Н. Афанасьев**<sup>1</sup>, кандидат медицинских наук,  
**А. Байда**<sup>2</sup>, доктор медицинских наук, профессор,  
**В. Батурин**<sup>2</sup>, доктор медицинских наук, профессор

<sup>1</sup>Шпаковская районная больница, Михайловск

<sup>2</sup>Ставропольский государственный медицинский университет

**E-mail:** dvamedika03@yandex.ru

*Проведен ретроспективный анализ особенностей течения внебольничной пневмонии и лечения таких больных в стационарах круглосуточного пребывания в Шпаковском районе Ставропольского края за 2010–2017 гг.*

**Ключевые слова:** болезни органов дыхания, сельское население, внебольничная пневмония, тяжесть течения, антибиотикотерапия, эффективность фармакотерапии.

**Для цитирования:** Афанасьев Н., Байда А., Батурин В. Оказание помощи больным внебольничной пневмонией в сельских стационарах Ставропольского края // Врач. – 2019; 30 (3): 73–75. <https://doi.org/10.29296/25877305-2019-03-16>

**Б**олезни органов дыхания (БОД) занимают 1-е место в структуре заболеваемости населения России. С ними связано большое социальное бремя, обусловленное временной и стойкой утратой трудоспособности, снижением качества жизни и преждевременной смертью [1]. ВОЗ относит БОД к числу приоритетных видов патологии наряду с болезнями системы кровообращения, онкологическими заболеваниями и сахарным диабетом типа 2.

При лечении инфекционной патологии респираторного тракта в 80% случаев требуется применение антибактериальных препаратов (АБП). В докладе ВОЗ от 30.04.2014, посвященном проблеме устойчивости к противомикробным препаратам на глобальном уровне, отмечено, что эта серьезная опасность уже не является лишь прогнозом на будущее, она проявляется в каждом регионе мира и представляет собой реальную угрозу здоровью людей [2].

Авторами изучены особенности фармакотерапии пациентов с внебольничной пневмонией (ВП) в стационарах круглосуточного пребывания в одном из сельских районов Ставропольского края.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен анализ медицинских документов пациентов, находившихся на лечении в районной (РБ) и 3 участковых больницах (УБ) Шпаковского района Ставропольского края в 2010–2017 гг. Всем пациентам, включенным в исследование, выполнены стандартные клинико-лабораторные и инструментальные исследования. Лечение проводили в соответствии с действующими рекомендациями [3–5].

Всего изучены 1134 истории болезни пациентов с подтвержденным диагнозом ВП. Распределение пациентов по возрасту и полу представлено в таблице. Мужчины составили 57,5% пациентов, женщины – 42,5%. Чаще всего (в 43,6% случаев) ВП диагностировали у лиц 18–55 лет, несколько реже (в 34,9% случаев) – в возрасте 56–75 лет, у пациентов старше 75 лет – в 21,5% случаев. Доля лиц с ВП среди людей трудоспособного возраста составила 66,7%.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

По результатам рентгенографии грудной клетки очаговые поражения выявлены у 19,6% обследованных, долевые – у 63,1% и сегментарные – у 17,3%. Продолжительность пребывания в стационаре составляла от 10 до 14 дней. Тяжелое течение ВП с развитием осложнений в форме инфекционно-токсического шока или острой дыхательной недостаточности отмечено у 21,5% больных; такое состояние требовало более длительного стационарного лечения – сроком 20–25 дней.

После подтверждения диагноза ВП всем больным была назначена антибактериальная терапия (АБТ). В зависимости от тяжести течения заболевания и данных лабораторно-инструментальных методов исследования 59,2% пациентов получали монотерапию АБП, 40,8% – комбинацией АБП.

При монотерапии АБП чаще всего (в 74,1% случаев) врачи назначали цефалоспорины III поколения (цефтриаксон, цефотаксим), в 25,91% случаев применяли фторхинолоны, аминогликозиды и макролиды, что соответствовало стандарту первичной медико-санитарной помощи при пневмонии [6]. При комбинированной АБТ наиболее часто (у 33,1% больных) назначали комбинации цефалоспорины III поколения

(цефтриаксон) и фторхинолона (циплокс или лефлорбакт). Несколько реже (у 21,8% больных) использовали сочетание β-лактаминового АБП (амоксиклав) и макролида (азитромицин). Сочетание цефалоспорины III поколения (цефтриаксон) и макролида (азитромицин) назначали 15,7% больных, а сочетание β-лактаминового АБП (амоксиклав) и фторхинолона (циплокс) – 12,9%.

Госпитализированным пациентам с тяжелой ВП при наличии скудной или вязкой мокроты назначали мукоактивные препараты разного механизма действия (ацетилцистеин, карбоцистеин, эрдостеин) внутрь, инъекционно или в виде ингаляций через небулайзер.

При явлениях бронхиальной обструкции и гиперреактивности дыхательных путей применялись бронходилататоры (короткодействующие β<sub>2</sub>-агонисты – сальбутамол, фенотерол; холинолитики – ипратропия бромид). В случае невозможности применения ингаляционных бронходилататоров использовали производные метилксантинов (пероральные пролонгированные формы).

При выраженном интоксикационном синдроме или невозможности оральной гидратации все пациенты получали дезинтоксикационную инфузионную терапию с использованием солевых, коллоидных растворов под контролем АД, диуреза, в более тяжелых ситуациях – под контролем центрального венозного давления.

Первоначальную оценку эффективности АБТ осуществляли через 48–72 ч после начала лечения. Основными критериями эффективности в этот период являлись снижение интоксикации и температуры тела, уменьшение одышки и других проявлений дыхательной недостаточности. Курс лечения определялся периодом восстановления клинических и инструментальных показателей и в среднем составлял 12 дней. При необходимости проводили лечение осложнений и сопутствующей патологии, что приводило к увеличению сроков госпитализации тяжелых больных до 20–25 дней.

Отсутствие положительной динамики лабораторных показателей и клинической картины в целом, а также развитие осложнений приводило к однократно изменению стартовой АБТ у 115 (10,14%) больных. При получении бактериологического анализа у 205 пациентов коррекция терапии с учетом

результатов чувствительности к АБП и резистентности потребовалась в 29 (14,6%) случаях. Смена стартовой терапии положительно сказывалась на динамике течения заболевания, приводила к компенсации состояния и полному выздоровлению.

Основным исходом лечения ВП в названных лечебных учреждениях являлось выздоровление, которое устанавливалось по действующим клинико-инструментальным крите-

Возрастно-половой состав пациентов

Стационар	Возраст, годы						Итого	
	18-55		56-75		>75			
	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.
РБ	213	148	179	127	106	86	498	361
Пелагиадская УБ	41	38	14	21	3	11	58	70
Надеждинская РБ	26	12	21	24	10	8	57	44
Сенгилеевская УБ	11	7	11	10	2	5	24	22
Всего	291	205	225	182	121	110	637	497

риям и наступило в 977 (86,2%) случаях. Осложненное течение ВП с развитием плеврита наблюдалось у 92 (8,1%) больных, пневмофиброза – у 37 (3,3%), абсцедирование – у 28 (2,5%), что определяло тяжесть течения заболевания, трудности лечения и прогноза. После лечения все пациенты были выписаны с положительной динамикой, в удовлетворительном состоянии, с рекомендациями, под наблюдение и дальнейший диспансерный учет участкового врача-терапевта по месту жительства.

Итак, исследование выявило следующее:

- актуальность проблемы ВП для сельского населения: заболеваемость ВП составила в районе 0,8 и 40% от общего числа зарегистрированных случаев БОД (n=2833) за 2010–2017 гг.
- распространенность острых ВП выше на 15% у мужчин, чем у женщин; максимальная заболеваемость регистрировалась у лиц от 18 до 55 лет, достигая 66,7% у трудоспособных пациентов стационаров;
- в структуре поражений легких при осложненной пневмонии у жителей Шпаковского района Ставропольского края преобладали долевые, субдолевые, сегментарные, полисегментарные (55,8%) и очаговые (44,2%) процессы;
- на стационарное лечение направляли больных с пневмонией средней тяжести и тяжелого течения; средние сроки госпитализации составляли 12–14 дней;
- у госпитализированных пациентов в зависимости от тяжести течения ВП при стартовой монотерапии превалировали цефалоспорины III поколения; при комбинированной фармакотерапии препаратами выбора являлись различные сочетания β-лактамов АБП, а также комбинация цефалоспоринов с β-лактамами в средних дозировках парентерально по общепринятой схеме, что соответствовало стандарту первичной медико-санитарной помощи при пневмонии.

\*\*\*

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.*

## Литература/Reference

1. Чучалин А.Г. Пневмония: актуальная проблема медицины XXI века // Тер. арх. – 2016; 88 (3): 4–12 [Chuchalin A.G. Pneumonia: The urgent problem of 21st century medicine // Terapevticheskij arkhiv. – 2016; 88 (3): 4–12 (in Russ.)] DOI: 10.17116/terarkh20168834-12
2. Новый доклад: устойчивость к антибиотикам – глобальная угроза здоровью. Доклад ВОЗ от 30.04.2014 г. [New report: antibiotic resistance a global health threat. Report WHO 30.04.2014 (in Russ.)] URL: <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/antimicrobial-resistance/news/news/2014/04/new-report-antibiotic-resistance-a-global-health-threat>
3. Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при пневмонии средней тяжести: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29.12.2012 №1658 Н. [Ob utverzhdenii standarta spetsializirovannoy meditsinskoj pomoshchi pri pnevmonii sredney tyazhesti: Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya RF ot 29.12.2012. №1658 N. (in Russ.)].

4. Об утверждении стандартов первичной медико-санитарной помощи больным пневмонией: Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.11.2004 №263. [Ob utverzhdenii standartov pervichnoy mediko-sanitarnoy pomoshchi bol'nym pnevmoniyey: Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya i sotsial'nogo razvitiya RF ot 23.11.2004. №263 (in Russ.)].

5. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Козлов Р.С. и др. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике // Клини. микробиол. антимикроб. химиотер. – 2010; 3: 186–225 [Chuchalin A.G., Sinopal'nikov A.I., Kozlov R.S. et al. Vnebol'nichnaya pnevmoniya u vzroslykh: prakticheskiye rekomendatsii po diagnostike, lecheniyu i profilaktike // Klin. mikrobiol. antimikrob. khimioter. – 2010; 3: 186–225 (in Russ.)].

6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012 №1213н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при пневмонии» [Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya Rossiyskoy Federatsii ot 20.12.2012. №1213n «Ob utverzhdenii standarta pervichnoy mediko-sanitarnoy pomoshchi pri pnevmonii» (in Russ.)].

## CARE FOR PATIENTS WITH COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA AT THE RURAL HOSPITALS OF THE STAVROPOL TERRITORY

*N. Afanasyev<sup>1</sup>, Candidate of Medical Sciences<sup>1</sup>; Professor A. Baida<sup>2</sup>, MD; Professor V. Baturin<sup>2</sup>, MD*

*<sup>1</sup>Shpakovsky District Hospital, Mikhailovsk, Stavropol Territory*

*<sup>2</sup>Stavropol State Medical University*

*The authors carried out a retrospective analysis of the features of the course of community-acquired pneumonia and its treatment of patients with this condition at the round-the-clock hospitals of the Shpakovsky District, Stavropol Territory, over 2010–2017.*

**Key words:** respiratory diseases; rural population; community-acquired pneumonia; severity of course; antibiotic therapy; efficiency of pharmacotherapy.

**For citation:** Afanasyev N., Baida A., Baturin V. Care for patients with community-acquired pneumonia at the rural hospitals of the Stavropol Territory // *Vrach.* – 2019; 30 (3): 73–75. <https://doi.org/10.29296/25877305-2019-03-16>