

evidence-based guidelines for radiotherapy infrastructure and staffing needs in Europe: the ESTRO QUARTS project // *Radiother. Oncol.* — 2005. — Vol. 75, N 3. — P. 355–365.

3. Budiharto T., Musat E., Poortmans P. et al. EORTC Radiation Oncology Group. Profile of European radiotherapy departments contributing to the EORTC Radiation Oncology Group (ROG) in the 21st century // *Radiother. Oncol.* — 2008. — Vol. 88, N 3. — P. 403–410.

4. Delaney G., Jacob S., Featherstone C. et al. The role of radiotherapy in cancer treatment: estimating optimal utilization from a review of evidence-based clinical guidelines // *Cancer.* — 2005. — Vol. 104, N 6. — P. 1129–1137.

5. Goksel F., Koc O., Ozgul N. et al. Radiation oncology facilities in Turkey: current status and future perspectives // *Asian Pac. J. Cancer Prev.* — 2011. — Vol. 12, N 9. — P. 2157–2162.

6. Jacob S., Wong K., Delaney G.P. Estimation of an optimal utilisation rate for palliative radiotherapy in newly diagnosed cancer patients // *Clin. Oncol. (R. Coll. Radiol.)*. — 2010. — Vol. 22, N 1. — P. 56–64.

7. Levin V., Tatsuzaki H. Radiotherapy services in countries in transition: gross national income per capita as a significant factor // *Radiother. Oncol.* — 2002. — Vol. 63, N 2. — P. 147–150.

8. Möller T.R., Einhorn N., Lindholm C. et al. SBU Survey Group. Radiotherapy and cancer care in Sweden // *Acta Oncol.* — 2003. — Vol. 42, N 5–6. — P. 366–375.

9. Morgan G., Barton M., Crossing S. et al. A «Catch Up» Plan for radiotherapy in New South Wales to 2012 // *J. Med. Imaging Radiat. Oncol.* — 2009. — Vol. 53, N 4. — P. 419–430.

10. Ploquin N.P., Dunscombe P.B. The cost of radiation therapy // *Radiother. Oncol.* — 2008. — Vol. 86, N 2. — P. 217–223.

11. Ruggieri-Pignon S., Pignon T., Marty M. Infrastructure of radiation oncology in France: a large survey of evolution of external beam radiotherapy practice // *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* — 2005. — Vol. 61, N 2. — P. 507–516.

12. Salminen E.K., Kiel K., Ibbott G.S. et al. International Conference on Advances in Radiation Oncology (ICARO): outcomes of an IAEA meeting // *Radiat. Oncol.* — 2011. — Vol. 6. — P. 11.

13. Slotman B.J., Cottier B., Bentzen S.M. et al. Overview of national guidelines for infrastructure and staffing of radiotherapy. ESTRO-QUARTS: work package 1 // *Radiother. Oncol.* — 2005. — Vol. 75, N 3. — P. 349–354.

14. Teshima T., Numasaki H., Nishio M. et al. Japanese society for therapeutic radiology and Oncology database committee. Japanese structure survey of radiation oncology in 2009 based on institutional stratification of the Patterns of care Study // *J. Radiat. Res.* — 2012. — Vol. 53, N 5. — P. 710–721.

15. Van Der Giessen P.H., Alert J., Badri C. et al. Multinational assessment of some operational costs of teletherapy // *Radiother. Oncol.* — 2004. — Vol. 71, N 3. — P. 347–355.

УДК 614.2: 616.24-002-022.371-07 (470.43)

Н05

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ПО ДАННЫМ СТАЦИОНАРОВ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Ольга Дмитриевна Сивакова*

Самарский государственный медицинский университет

Реферат

Цель. Выявить клинические проявления внебольничной пневмонии на территории Самарской области.

Методы. Была проведена ретроспективная оценка клинических данных 241 больного по материалам историй болезни и амбулаторных карт с 2007 по 2012 гг. Средний возраст исследуемых составил 41,8±0,8 года, в их числе 130 (53,9%) мужчин и 111 (46,1%) женщин. Для сбора данных использовали специально разработанные индивидуальные регистрационные карты.

Результаты. При анализе сопутствующей патологии выявлено наличие гипертонической болезни у 10 (4,8%) человек, ишемической болезни сердца — у 10 (4,8%), хронического необструктивного бронхита — у 9 (4,3%), хронической обструктивной болезни лёгких — у 6 (2,9%), инфицирования вирусом иммунодефицита человека — у 5 (2,4%), злокачественных новообразований в лёгких — у 5 (2,4%), бронхиальной астмы — у 3 (1,4%) человек. Из анамнеза стало известно, что обращение за медицинской помощью следовало в среднем через 7,8±1,3 сут после начала заболевания, до обращения за медицинской помощью самостоятельно лечились 48 (26,7%) человек. Ведущими клиническими проявлениями заболевания были лихорадка (97 человек, 53,9%) и кашель (89 пациентов, 49,4%). Боли в грудной клетке зарегистрированы у 36 (20,0%) больных, одышка — у 55 (30,5%), образование мокроты — у 71 (39,4%) пациента. Изменения в рентгенологической картине встречались в 100% случаев.

Вывод. Основными клиническими проявлениями внебольничной пневмонии являются жалобы на кашель и лихорадку; выявлен факт позднего обращения за медицинской помощью и неконтролируемого применения лекарственных препаратов.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, клиническая картина, Самарская область.

CLINICAL MANIFESTATIONS OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA ACCORDING TO DATA OF SAMARA REGION HOSPITALS O.D. Sivakova. Samara State Medical University, Samara, Russia. **Aim.** To describe the clinical manifestations of community-acquired pneumonia in patients of the Samara region. **Methods.** The retrospective clinical data analysis of 241 patients' [130 (53.9%) males, 111 (46.1%) females, mean age 41.8±0.8 years] medical charts (case histories and out-patient cards) who were treated from 2007 to 2012, was performed. Specially developed individual registration cards were used for data collection. **Results.** Patients had the following concomitant diseases: hypertension — 10 (4.8%) patients, coronary heart disease — 10 (4.8%) patients, chronic non-obstructive bronchitis — 9 (4.3%) patients, chronic obstructive pulmonary disease — 6 (2.9%) patients, HIV infection — 5 (2.4%) patients, malignancies — 5 (2.4%) patients, bronchial asthma — 3 (1.4%) patients. Patients called for medical aid at 7.8±1.3 day after the disease onset, 48 (26.7%) were using self-administered

drugs before going to medical professional. The leading clinical signs were fever — in 97 (53.9%) patients and cough — in 89 (49.4%) patients. 36 (20.0%) patients reported a chest pain, 55 (30.5%) — shortness of breath, 71 (39.4%) — productive cough. Typical X-ray symptoms were present in all cases. **Conclusion.** The main clinical manifestations of community-acquired pneumonia were cough and fever, patients called for medical aid at the late stages of the disease and extensively used self-administered drugs. **Keywords:** community-acquired pneumonia, clinical picture, Samara region.

Внебольничная пневмония занимает четвертое-восьмое место в ряду ведущих причин смерти в мире и обуславливает наибольшее количество летальных исходов от инфекционных заболеваний в США [1]. А.Г. Чучалин приводит цифру 1,5 млн человек, болеющих пневмонией в России за год [5]. По данным Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, за период с января по октябрь 2011 г. заболеваемость внебольничной пневмонией в Российской Федерации составила 252,6 на 100 тыс. населения. В США ежегодно заболевают до 4 млн человек, из которых в 1 млн наблюдений необходима госпитализация. При первичных пневмониях, требующих госпитализации, смертность достигает 21,9% [2].

Частота ошибок в диагностике пневмоний составляет 20%, диагноз «пневмония» в первые 3 дня болезни ставят лишь 35% заболевших. В большинстве случаев антибактериальную терапию при пневмониях назначают эмпирически, только в 50% случаев возможна идентификация возбудителя [2].

Ошибки в диагностике пневмоний зачастую могут быть связаны со «стёртой» картиной заболевания на фоне сопутствующей патологии, самостоятельного и бесконтрольного употребления лекарственных средств, в том числе антимикробных препаратов.

К настоящему времени в России проведено небольшое количество фармакоэпидемиологических исследований, направленных на изучение тактики лечения больных с внебольничной пневмонией в амбулаторных условиях и в условиях стационара, соответствия выбранной терапии существующим стандартам и рекомендациям [3, 4].

Цель исследования — выявить клинические особенности внебольничной пневмонии на территории Самарской области. Были поставлены следующие задачи: определить преморбидный фон, клинические и рентгенологические особенности поражения лёгких при внебольничной пневмонии.

Ретроспективно проанализированы клинические данные 241 больного по материалам историй болезни и амбулаторных карт с 2007 по 2012 гг. Для сбора данных использовали специально разработанные индивидуальные регистрационные карты, включавшие инициалы пациента, демографические данные (пол, возраст), место жительства, место работы, название лечебного учреждения, диагноз (основной, осложнения, сопутствующий), анамнез основного заболевания (на какие сутки с момента начала заболевания следовало обращение за медицинской помощью, проводилось ли лечение до поступления в стационар и какими препаратами), медицинский анам-

нез (температура тела, кашель, наличие мокроты, одышка, боли в грудной клетке, их локализация), данные физикального исследования (локальная симптоматика поражения лёгочной ткани), рентгенограммы органов грудной клетки (сроки проведения, заключение первичного и контрольного исследований).

Средний возраст исследуемых составил $41,8 \pm 0,8$ года, в их числе были 130 (53,9%) мужчин, 111 (46,1%) женщин.

По степени тяжести все больные были разделены следующим образом: 34 человека — с лёгким, 192 — со среднетяжёлым, 15 — с тяжёлым течением воспалительного процесса в лёгких, 12 человек из которых находились в отделении реанимации и интенсивной терапии в среднем $4,0 \pm 1,6$ сут. Поскольку пневмонии лёгкого течения серьёзно отличаются от тяжёлой формы заболевания, в том числе по клиническим особенностям, случаи внебольничной пневмонии лёгкой степени тяжести были исключены из дальнейшего анализа.

Обзор сопутствующей патологии выявил, что у оставшихся 207 больных наиболее часто присутствовали гипертоническая болезнь — 10 (4,8%) пациентов, ишемическая болезнь сердца — 10 (4,8%), хронический необструктивный бронхит — 9 (4,3%), хроническая обструктивная болезнь лёгких — 6 (2,9%), инфицирование вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) — 5 (2,4%), злокачественные новообразования лёгких — 5 (2,4%), бронхиальная астма — 3 (1,4%) больных. Острые респираторные вирусные инфекции выявлены у 6 (2,9%) пациентов, сахарный диабет — у 3 (1,4%), хронический вирусный гепатит — у 4 (1,9%) больных.

Среди 4 больных с хроническими гепатитами в 2 случаях диагностирован хронический вирусный гепатит В, в 1 — хронический вирусный гепатит С, в 1 — хронический вирусный гепатит В и С. У всех больных установлена минимальная степень активности воспалительного процесса в печени, специфическую терапию хронических гепатитов не проводили.

Пациенты с ВИЧ-инфекцией были исключены из дальнейшего анализа, так как воспалительное заболевание лёгких могло у них протекать как «пневмония у пациентов с выраженными нарушениями иммунитета». Также исключены из исследования больные со злокачественными новообразованиями.

Необходимо отметить, что из 20 пациентов с гипертонической болезнью различной степени и 17 человек с ишемической болезнью сердца (8,6% оставшихся в исследовании 197 пациентов) принимали препараты из группы ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента, побочным действием которых может быть кашель, поэтому

они также исключены из исследования.

По территориальному признаку оставшиеся 180 больных разделились следующим образом: 128 человек (71,1%) — городские жители, 52 (28,9%) — жители сельских районов. Анализ анамнестических данных показал, что больные обращались за медицинской помощью в среднем через $7,8 \pm 1,3$ сут после начала заболевания: сельские жители — через $7,4 \pm 1,5$ сут, городские — спустя $8,3 \pm 1,4$ сут. Из них до обращения за медицинской помощью самостоятельно лечились 48 (26,7%) человек.

Лечение проводили препаратами следующих фармакологических групп: жаропонижающие — 27 (15,0%) человек, противовирусные, иммуномодулирующие средства — 11 (6,1%) человек, отхаркивающие — 19 (10,6%) пациентов, антибиотики — 27 (15,0%) больных. Следует отметить, что проанализированы амбулаторные карты пациентов, которые принимали одновременно препараты разных фармакологических групп. Таким образом, в Самарской области различия по терапии, предшествующей госпитализации, и срокам обращения за медицинской помощью больных внебольничной пневмонией оказались незначительными.

Следует отметить, что основными иммуномодулирующими препаратами, применявшимися на догоспитальном этапе, были арбидол, анаферон, меглюмина акридонатацетат (циклоферон). В качестве антимикробных препаратов из 27 человек, их принимавших, 4 не указали, какие именно препараты использовали. Остальные употребляли препараты группы β -лактамов (пенициллины — 6,4%, защищённые пенициллины — 18,8%, цефалоспорины I поколения — 3,1%, III поколения — 34,3%), макролидов (34,3%), фторхинолонов (3,1%). Длительность применения составила в среднем $5,0 \pm 1,1$ сут. Антимикробные препараты использовали в недостаточных дозах, что не обеспечивает необходимой концентрации в очаге инфекции [5].

При проведении анализа клинических данных у больных с внебольничной пневмонией было выявлено, что ведущими проявлениями заболевания были лихорадка (97 человек, 53,9%) и кашель (89 пациентов, 49,4%). Боли в грудной клетке зарегистрированы у 36 (20,0%) больных, одышка — у 55 (30,5%), отхождение мокроты — у 71 (39,4%) пациента.

По данным физикального обследования приглушение перкуторного звука отмечено у 44 (24,4%) больных. Основными показателями аускультации были ослабление дыхания — у 93 (51,7%) пациентов, наличие влажных мелкопузырчатых хрипов — у 61 (33,9%), крепитация — у 19 (10,6%), наличие сухих хрипов — у 31 (17,2%), жёсткое дыхание — у 13 (7,2%) человек. Усиление бронхофонии выявлено у 15 (8,3%), тахикардия — у 12 (6,7%)

больных

При анализе данных рентгенографии следует отметить, что сроки проведения первого исследования варьировали от 1 до 10 дней, в среднем рентгенографию органов грудной клетки выполняли через $1,8 \pm 0,015$ сут после начала заболевания, изменения зарегистрированы в 100% случаев. Чаще всего поражение лёгочной ткани было односторонним — у 156 (86,7%) больных, двусторонняя инфильтрация выявлена в 24 (13,3%) случаях.

Контрольная рентгенография была проведена в 83 (46,1%) случаях. Средние сроки выполнения данного исследования составили $14,6 \pm 0,57$ сут после начала заболевания. У 57 (68,7%) пациентов отмечена положительная динамика по сравнению с первичной рентгенологической картиной.

ВЫВОДЫ

1. Основные клинические проявления воспалительного процесса в лёгких у больных внебольничной пневмонией в Самарской области — кашель и лихорадка, наличие на рентгенограмме органов грудной клетки инфильтративных изменений.

2. Следует отметить факт позднего обращения за медицинской помощью. В среднем пациенты обращаются через $7,8 \pm 1,3$ сут с момента появления первых симптомов заболевания.

3. Выявлено неконтролируемое употребление лекарственных препаратов на догоспитальном этапе: 26,7% обследованных лечились самостоятельно, не обращаясь к врачам, в том числе 15,0% пациентов принимали антимикробные препараты, 6,1% — противовирусные, иммуномодулирующие лекарственные средства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гучев И.А., Синопальников А.И. Современные руководства по ведению внебольничной пневмонии у взрослых: путь к единому стандарту // Клин. микробиол. и антимикроб. химиотерап. — 2008. — Т. 10, №4. — С. 305–321.
2. Новиков Ю.К. Значимость антибактериальной терапии в общем аспекте лечения внебольничных пневмоний // Рус. мед. ж. — 2010. — №2. — С. 65.
3. Рачина С.А., Козлов Р.С., Шаль Е.П. и др. Анализ антибактериальной терапии госпитализированных пациентов с внебольничной пневмонией в различных регионах РФ: уроки многоцентрового фармакоэпидемиологического исследования // Клин. микробиол. и антимикроб. химиотерап. — 2009. — Т. 11, №1. — С. 66–78.
4. Рачина С.А., Козлов Р.С., Шаль Е.П. и др. Структура бактериальных возбудителей внебольничной пневмонии в многопрофильных стационарах г. Смоленска // Пульмонология. — 2010. — №2. — С. 21–25.
5. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Страчунский Л.С. и др. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике // Клин. микробиол. и антимикроб. химиотерап. — 2010. — Т. 12, №3. — С. 186–226.