

Р.Ф.Хамитов

Внебольничная пневмония: немедикаментозные факторы риска летального исхода

ГБОУ ВПО "Казанский государственный медицинский университет" Минздрава России: 420012, Казань, ул. Бултерова, 49

R.F.Khamitov

Community-acquired pneumonia: risk factors of death

Summary

The objective of this study was to analyze risk factors of death in patients with community-acquired pneumonia (CAP). This was a retrospective analysis of medical records of 62 patients dead from CAP within a year in hospitals at Kazan city. We described clinical course of CAP leading to a patient's death. Predictors of fatal outcome of CAP were social status, delayed admission to a hospital, smoking history, alcohol abuse, mental and nutritive disorders, bilateral lung injury, pleural effusion, respiratory failure and haemodynamic instability.

Key words: community-acquired pneumonia, fatal outcomes, risk factors.

Резюме

На основе ретроспективного изучения 62 медицинских карт пациентов, госпитализированных в течение 1 года в стационары Казани и впоследствии умерших от внебольничной пневмонии (ВП), проанализированы немедикаментозные факторы риска летального исхода при данном заболевании. При объективном осмотре были выделены особенности клинической картины ВП с летальным исходом. Отмечено, что социальный статус, позднее обращение, курение, коморбид алкогольной природы, нарушения ментального и нутритивного статуса, двусторонний характер пневмонии, плевральный выпот, признаки дыхательной недостаточности и нарушения гемодинамики следует признать немедикаментозными предикторами летального исхода.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, летальный исход, факторы риска.

Внебольничная пневмония (ВП) относится к важнейшим респираторным заболеваниям вследствие высокой распространенности в общей популяции, клинической гетерогенности и вариабельности тяжести течения. Как в США, так и в странах Европы ВП является наиболее частой причиной летальных исходов, обусловленных инфекционными причинами [1].

В Республике Татарстан заболеваемость ВП демонстрирует возрастающие тенденции: в 2005 г. – 3,0; 2006 г. – 3,4; 2007 г. – 3,7; 2008 г. – 3,8; 2009 г. – 4,3 случая на 1 тыс. взрослого населения. Аналогична динамика показателей смертности: в 2002 г. – 24,77; 2004 г. – 27,2; 2005 г. – 28,7 на 100 тыс. взрослого населения [2].

Данные литературы показывают, что уровень смертности от ВП не определяется только антибиотикорезистентностью, на частоту летальных исходов важное влияние оказывают и немедикаментозные факторы [3, 4].

Целью настоящего исследования явилось выявление факторов риска угрозы летального исхода, оценки возможных дефектов качества медицинской помощи и выработки соответствующих рекомендаций.

Материал и методы

Были проанализированы 62 истории болезни пациентов, умерших от ВП в 8 стационарах Казани в 2011 г.: 12 (19 %) женщин и 50 (81 %) мужчин от 30 до 88 лет (средний возраст – 56,00 ± 15,24 года).

Результаты и обсуждение

Постоянная работа имелась у 15 (24 %) больных, 47 (76 %) – не работали; I группа инвалидности отмечена у 5 (8 %) пациентов, II – у 6 (10 %), III – у 2 (3 %); 49 (79 %) человек не имели инвалидности.

Начало болезни варьировалось от 1 до 20 дней до госпитализации, в среднем составив 5,4 дня. Признаки острого респираторного вирусного заболевания (ОРВИ) в дебюте заболевания отмечены у 8 (13 %) пациентов. Сроки первого обращения за медицинской помощью колебались от 1 до 14 дней от начала болезни (в среднем – 3,9 дня). Таким образом, пациенты обращались за медицинской помощью лишь за 1 день до госпитализации.

Бригадами скорой медицинской помощи были доставлены в приемный покой стационара 53 (85 %) пациента, при этом в 6 (10 %) случаях больные первоначально были доставлены в неотложную хирургию с подозрением на "острый живот". После исключения острой хирургической патологии и рентгенологическом выявлении легочной инфильтрации пациенты были госпитализированы соответственно своему профилю. В 9 (14,5 %) случаях пневмония развивалась у пациентов, получающих стационарное лечение по другим заболеваниям (хирургическим, неврологическим). После верификации пневмонии пациенты переводились в терапевтические отделения. Следует отметить, что данные пневмонии, без сомнения внутрибольничные, во всех случаях трактовались лечащими врачами и, что значительно хуже, лечились

как ВП. Думается, что данный факт связан не только с попыткой завуалировать факт внутрибольничного инфицирования, но и с непониманием значимости различий этих 2 форм пневмонии.

Важна адекватность первичного осмотра пациентов, от которого во многом зависят корректная диагностическая концепция, оптимальный алгоритм лабораторно-инструментального обследования и рациональная программа лечения, в первую очередь, инициальной терапии, имеющей первостепенное значение для последующего прогноза течения и исходов пневмонии.

При госпитализации пациенты предъявляли целый спектр жалоб (рис. 1). Наиболее часто встречались жалобы на кашель (в 10 % случаев – с кровохарканьем), слабость и одышку. Следующую по частоте группу жалоб составляли боли в грудной клетке и головокружение.

Факт табакокурения был признан у 28 (45 %) пациентов, в 16 (26 %) случаях в истории болезни это не уточнялось. Употребление алкоголя не отрицали 11 (18 %) пациентов, помимо этого 31 (50 %) больной не скрывал факт злоупотребления алкоголем, в 25 (40 %) случаях госпитализации предшествовал алкогольный запой. Таким образом, алкоголизация является весьма значимым предиктором летального исхода при ВП.

Наркотическая зависимость установлена у 6 (10 %) больных, 3 (5 %) были инфицированы вирусом иммунодефицита человека, у 8 (13 %) пациентов имелся хронический вирусный гепатит В и С.

При анализе сопутствующей патологии, которая могла оказывать дополнительное отягщающее влияние на основное заболевание, выявлена ведущая роль сердечно-сосудистых заболеваний – у 41 (66 %) пациента и желудочно-кишечной патологии – у 40 (65 %) больных (рис. 2).

Исходя из данных патологоанатомических вскрытий, обращал на себя внимание алкогольный генез заболевания у большинства умерших (алкогольные кардиомиопатия, стеатогепатоз / гепатит, хронический панкреатит). При этом такие нозологии, как ишемическая болезнь сердца и артериальная гипертензия встречались значительно реже.

Различные степени нарушения сознания – от легкой заторможенности до комы – отмечены у 25 (40 %) больных, в связи с этим в 13 (21 %) случаях анамнез был собран со слов родственников и / или сопровождающих.

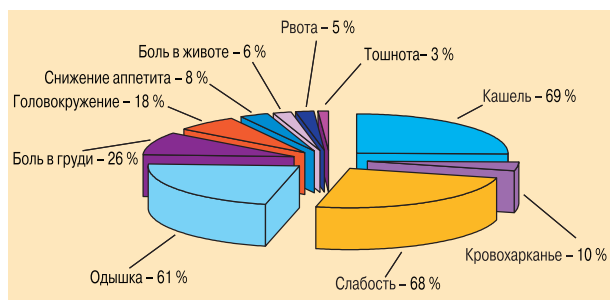


Рис. 1. Жалобы при первичном осмотре



Рис. 2. Частота сопутствующей патологии

Температура тела в среднем составляла 37,2 °С, в 9 (14,5 %) случаях – < 36,5 °С, в 15 (24 %) – > 37,9 °С.

У 43 (69 %) пациентов выявлялся цианоз кожных покровов и видимых слизистых.

При аускультации органов дыхания лидировали локальные влажные хрипы (40 %) и примерно с одинаковой частотой выслушивались сухие хрипы (27 %), крепитация (26 %) и локальное ослабление дыхания (29 %). Средняя частота дыхания составила 25 в минуту, превышая норму в 39 (63 %) случаях.

Средняя частота сердечных сокращений составила 104 в минуту, систолическое АД (САД) – 100,8 ± 26,8 мм рт. ст., диастолическое (ДАД) – 61,6 ± 20,2 мм рт. ст.; САД < 100 мм рт. ст. отмечено у 33 (53 %) пациентов, а ДАД < 60 мм рт. ст. – у 34 (55 %). Таким образом, тяжесть первично выявляемых гемодинамических нарушений имела важное значение в прогнозе летального исхода пневмонии.

Пастозность / отеки нижних конечностей выявлялись в 14 (23 %) случаях, увеличение печени – в 24 (39 %).

С целью оценки значимости нутритивного статуса в прогнозе исхода пневмонии оценивался также индекс массы тела (ИМТ) пациентов. Средний показатель составил 21,7 кг / м², однако при детальном анализе оказалось, что 35 % пациентов имели дефицит массы тела, а 22 % – избыток, что позволяет считать отклонение ИМТ (в первую очередь в сторону снижения) значимым фактором неблагоприятного исхода пневмонии.

Двусторонний воспалительный процесс отмечен у 39 (63 %) больных, что позволяет считать двустороннее поражение значимым предиктором летального исхода. В 17 (27 %) случаях диагностировалась правосторонняя пневмония, в 6 (10 %) – левосторонняя.

В 20 (33 %) случаях пневмония осложнялась плевральным выпотом.

У 52 (84 %) больных было отмечено тяжелое течение заболевания, у 2 (3 %) – крайне тяжелое [4]. Следует признать негативным отсутствие в клиническом диагнозе указания на тяжесть течения у 8 (13 %)

пациентов. Данный факт, а также неправильная оценка (или вообще ее отсутствие) степени дыхательной недостаточности в диагнозе в 16 (26 %) случаях в последующем явились решающими в общей первичной недооценке тяжести состояния госпитализированных пациентов – в 13 (21 %) случаях и, как следствие, в последующих дефектах исследовательских и лечебных программ.

Клинический диагноз, поставленный в стационаре, совпадал по нозологии с направительным лишь в 43 (69 %) случаях. Если не учитывать пациентов, переведенных в профильные отделения из других отделений и стационаров, 8 (13 %) пациентов направлялись на госпитализацию с подозрением на иное заболевание, нежели пневмония. Кроме того, 11 % пациентов направлялись на госпитализацию с диагнозом "острая пневмония", неверным в силу отсутствия у взрослых пациентов понятия "хроническая пневмония". У 6 % пациентов был существенно скорректирован заключительный клинический диагноз.

Патологоанатомическому исследованию были подвергнуты 85 % умерших. В 3 (5 %) случаях следует признать отсутствие вскрытия клинически значимым: клиническая ситуация так и осталась невыясненной. Расхождения с данными секции имели место в 3 случаях: в 1 – пациент был направлен на секцию с диагнозом "отравление суррогатами алкоголя, токсическая энцефалопатия", на вскрытии оказалась недиагностированной пневмония, в 2 дру-

гих – вместо предполагаемой пневмонии были выявлены идиопатический фиброзирующий альвеолит и туберкулез легких.

Была проанализирована связь времени, дня и месяца госпитализации и летального исхода. Показано, что 41 (66 %) пациент был госпитализирован и 45 (73 %) больных умерли во время работы не основного, а дежурного персонала клиник (после 16.00, в выходные и праздничные дни). Данный факт следует признать весьма тревожным и уделить внимание соответствующей подготовке дежурного персонала.

Распределение госпитализации и летальных исходов пациентов в соответствии с днями недели и календарными месяцами представлено на рис. 3, 4.

Частота госпитализации несколько увеличивалась в середине недели, тогда как частота летальных исходов была выше в начале и конце недели.

По месяцам отмечалось 3 пика госпитализации и смертей: февраль, июль и октябрь. Можно предположить, что в феврале это было связано с завершением длительных новогодних праздников и ростом интенсивности общения на работе, в июле – с жарой, использованием кондиционеров, меньшей настроенностью в плане простуды, а в октябре – с осенним межсезоньем, постепенным увеличением частоты ОРВИ.

В условиях специализированных пульмонологических отделений лечение получали 20 (32 %) пациентов, 42 (68 %) – в отделениях терапии. Продолжительность госпитализации колебалась от 1 до 21 дня (в среднем 4,3 койко-дня), при этом в 26 (42 %) случаях этот показатель был равен 1. В пульмонологических отделениях пациенты находились в среднем на 1 день дольше, чем в терапевтических ($p > 0,05$).

В условиях отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) лечение получали 57 (92 %) пациентов, причем 41 (66 %) больной был госпитализирован в ОРИТ непосредственно из приемного покоя стационара; 16 (26 %) больных какое-то время получали лечение в условиях профильного отделения и лишь затем переводились в ОРИТ: для пациентов пульмонологических отделений этот показатель был в 7 раз выше, чем у терапевтических; 54 (87 %) пациента умерли в условиях ОРИТ. Данный показатель следует признать высоким, однако следует

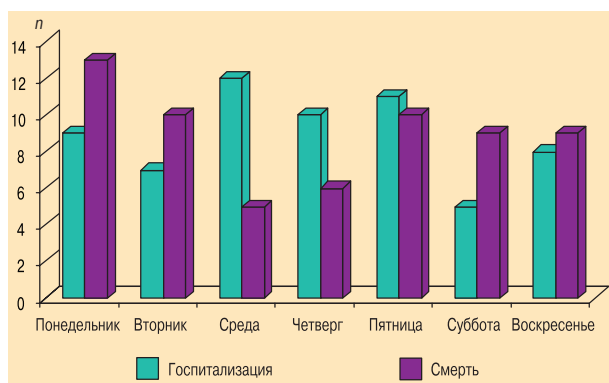


Рис. 3. Распределение госпитализации и летальных исходов в соответствии с днями недели

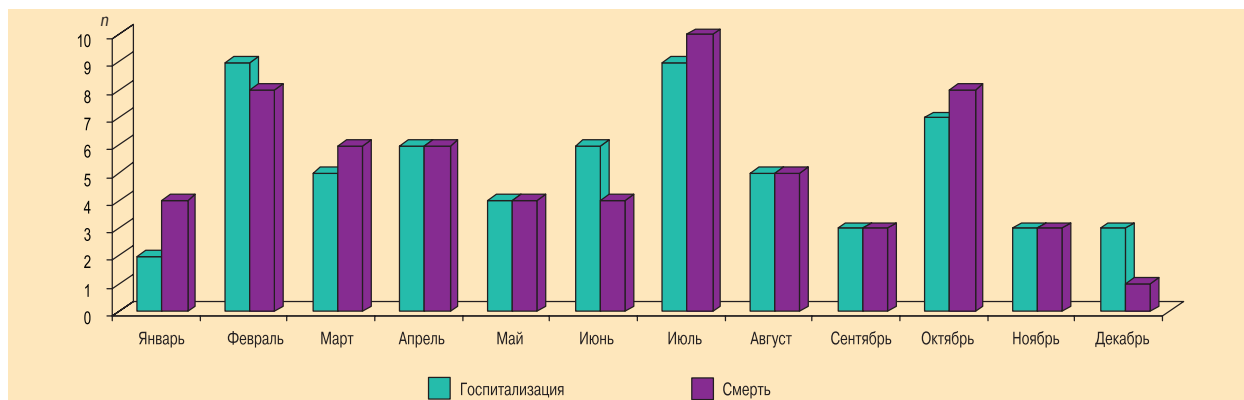


Рис. 4. Распределение госпитализации и летальных исходов в соответствии с календарными месяцами

стремиться к его дальнейшему повышению, т. к. именно в условиях ОРИТ пациенты имеют больше шансов получить наиболее адекватную интенсивную терапию до стабилизации состояния. Не исключено, что негативную роль в данном случае сыграла недооценка тяжести состояния уже в процессе лечения госпитализированного пациента, не позволившая своевременно перевести его в ОРИТ или из ОРИТ в отделение.

Заключение

Желательно использование во всех стационарах единого выверенного шаблона первичного осмотра. Это позволит, в первую очередь, дежурному персоналу не пропустить оценку частоты дыхания, наличия цианоза, отказаться от использования неверных терминов (крепитирующие хрипы и т. д.), указывать день болезни на момент госпитализации, наличие и выраженность вредных привычек (особенно злоупотребление алкоголем), объем и адекватность амбулаторного лечения, предшествовавшего госпитализации и многое другое, имеющее значение для последующего назначения оптимального диагностического и лечебного комплекса.

Необходима максимальная объективизация оценки степени тяжести заболевания с использованием уже разработанных и официально рекомендованных критериев и последующим указанием тяжести течения пневмонии в диагнозе.

У всех пациентов с тяжелой и крайне тяжелой степенью пневмонии необходима оценка сатурации кислородом уже в условиях приемного покоя. Наряду с более адекватной оценкой выраженности дыхательной недостаточности это позволит объективизировать показания к кислородотерапии, подключению искусственной вентиляции легких (запоздалое подключение малоэффективно) и отлучению от аппарата, и вместе с адекватной оценкой тяжести состояния — к своевременному переводу в ОРИТ.

Показания к переводу в ОРИТ и при первой же возможности — из ОРИТ должны быть совершенно четкими, необходимо помнить, что сам факт нахождения пациента в ОРИТ следует признать угрожающим по внутрибольничному инфицированию резистентной микрофлорой и последующему утяжелению течения заболевания.

Исходя из результатов настоящего анализа, необходимо четко выделять как внутрибольничную пневмонию, возникшую у госпитализированных по ка-

кому-либо поводу пациентов, особенно в ОРИТ или в палате интенсивной терапии спустя 48 ч после госпитализации. При этом необходимо учитывать различия в спектре актуальных возбудителей, большую вероятность резистентной микрофлоры и частоту тяжелого, осложненного течения и, соответственно, худший прогноз.

Немедикаментозными факторами риска неблагоприятного (летального) исхода ВП, на которых необходимо акцентировать внимание и учитывать в лечебном плане уже в течение первых суток, являются:

- мужской пол, возраст старше 50 лет, отсутствие постоянной работы, алкоголизм, особенно алкогольный запой непосредственно перед госпитализацией, сниженный ИМТ, сопутствующая сердечно-сосудистая и желудочно-кишечная патология алкогольного генеза, отсутствие амбулаторного лечения; поздние госпитализация (> 5 дней) и первичное обращение за медицинской помощью (> 4 дней);
- двусторонний характер пневмонии, особенно в сочетании с плевральным выпотом, тяжесть состояния, определяющая потребность госпитализации в ОРИТ непосредственно из приемного покоя (артериальная гипотензия, тахикардия, изменения сознания, цианоз, тахипноэ, сатурация кислородом < 90 %), госпитализация в выходные и праздничные дни, а также в иное время работы дежурного (неосновного) персонала.

Литература

1. Woodhead M. Pneumonia. In: Palange P., Simonds A.K., eds. ERS Handbook: Respiratory Medicine. 2nd ed. Sheffield: 2013. 199–202.
2. Шаймуратов Р.И., Лысенко Г.В., Визель А.А. Структурный анализ состояния пациентов, поступивших в стационары Республики Татарстан, со смертельным исходом от внебольничной пневмонии за 2012 год. Вестн. соврем. клин. мед. 2013; 6 (4): 25–29.
3. Blasi P., Barnes P., Rabe K., ed. The European Lung White Book. Sheffield: Charlesworth Press; 2013.
4. Хамитов Р.Ф. Анализ летальных исходов внебольничных пневмоний у лиц трудоспособного возраста. Казан. мед. журн. 2008; 5: 729–733.

Информация об авторе

Хамитов Рустэм Фидагиевич – д. м. н., профессор, зав. кафедрой внутренних болезней № 2 ГБОУ ВПО "Казанский ГМУ" Минздрава России; тел.: (843) 224-51-31; e-mail: rhamitov@mail.ru

Поступила 10.01.14
© Хамитов Р.Ф., 2014
УДК 616.24-002-036.88