

Ю.М. Мостовой, д.м.н., профессор, А.В. Демчук, к.м.н., Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова

Ошибки, которых можно избежать

Разбор клинического случая больного с негоспитальной пневмонией

Инфекции верхних и нижних дыхательных путей относятся к одним из наиболее частых заболеваний человека.

Опасным патологическим состоянием в прогностическом плане является негоспитальная пневмония (НП), так как смертность при ней в Украине в среднем составляет 10,3 случая на 100 тыс. населения. В некоторых регионах страны, например в г. Севастополе, данный показатель существенно выше – 26,7 случая на 100 тыс. населения, в Кировоградской области – 14,0 на 100 тыс. [4].

Диагностика и лечение НП в Украине в настоящее время должны проводиться по алгоритму, изложенному в приказе Министерства здравоохранения от 19.03.2007 г. № 128 [3]. Однако, как показывают результаты наших исследований, лишь 52,6% врачей согласовывают свои действия с отечественным руководящим документом, остальные 47,4% на разных этапах курации пациентов не выполняют его положения, причиняя тем самым не только вред здоровью пациента, но социально-экономический ущерб [2].

Для подтверждения сказанного приводим клинический пример. Разбор и трактовка этого случая, надеемся, в дальнейшем позволят коллегам лучше ориентироваться в подобных клинических ситуациях.

Клинический случай

Больной К., 65 лет, обратился к семейному врачу с жалобами на кашель с выделением гнойной мокроты, слабость, повышение температуры тела до 37,5 °С, одышку.

Анамнез болезни и жизни. Заболел 2 дня назад после переохлаждения. Ранее заболеваний органов дыхания не было. У пациента также диагностированы гипертоническая болезнь II стадии, ишемическая болезнь сердца (ИБС), хронический холецистит. Курит в течение 45 лет.

Объективно. Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, активен. Кожа обычной окраски. Частота дыхания – 22 в мин, пульс – 82 уд/мин, артериальное давление (АД) – 140/90 мм рт. ст. Справа в подлопаточной области перкуторно – притупленный звук, аускультативно – на фоне ослабленного дыхания звучные мелкопузырчатые хрипы, крепитация. Тоны сердца ритмичные, акцент II тона над аортой. Со стороны других органов и систем нарушений не выявлено.

Лабораторные и инструментальные исследования. При рентгенологическом исследовании выявлена внутриальвеолярная инфильтрация в области Th₉₋₁₀. В общем анализе крови выявлены лейкоцитоз (11,8×10⁹/л), сдвиг лейкоцитарной формулы влево (10% палочкоядерных, 56% сегментоядерных нейтрофилов), СОЭ 34 мм/ч.

Врачом было сделано заключение о наличии НП нижней доли правого легкого и принято решение направить больного в стационар; в связи с отсутствием мест госпитализации в амбулаторных условиях был назначен цефтриаксон по 1,0 г внутримышечно 2 р/день, сироп амброксола по 1 столовой ложке 4 р/день. Антибактериальный препарат был введен в поликлинике в манипуляционном кабинете. Вечерняя доза была введена больному дома участковой медсестрой.

В стационаре пациенту продолжили лечение цефтриаксоном, изменив дозу: по 1,0 г внутримышечно 1 р/день и добавили кларитромицин замедленного высвобождения в дозе 500 мг 1 р/день. Кроме того, было назначено введение дезинтоксикационного раствора (200 мл внутривенно капельно). Через 2 сут от начала лечения в стационаре состояние больного улучшилось. Нормализовалась температура тела, уменьшился кашель, признаки интоксикационного синдрома.

Больной еще в течение 8 дней продолжал назначенное лечение и был выписан домой в удовлетворительном состоянии.

Анализ клинического случая

Последовательно разбирая данный случай, ответим на следующие вопросы.

1. Существовали ли показания к госпитализации больного?

2. Оправданным ли является назначение цефтриаксона в данной клинической ситуации?

3. Какой антибактериальный препарат нужно было назначить пациенту?

Для решения вопроса о госпитализации следовало бы прибегнуть к оценке состояния пациента по шкале CRB-65 (табл. 1) [3].

Оценив клинические данные, а именно ясное сознание пациента, отсутствие тахипноэ, стабильность гемодинамики, становится очевидным, что госпитализировать пациента не следовало, так как оценка его состояния по шкале CRB-65 составляет всего 1 балл. В данной ситуации решающим оказался эмоциональный фактор: возраст 65 лет, наличие сочетанной патологии, диагноз пневмонии. Подобные «эмоции» врача и несоблюдение положений отечественного протокола довольно часто приводят к таким ошибкам.

Проанализировав в первом полугодии текущего года истории болезней 100 пациентов с НП, лечившихся в стационарах городской клинической больницы (n=47) и центральной районной больницы (n=53), мы установили, что неоправданная

Показатель		Оценка, баллы
Нарушение сознания		1
Частота дыхания ≥30 в мин		1
Систолическое АД <90 мм рт. ст. или диастолическое АД ≤60 мм рт. ст.		1
Возраст ≥65 лет		1
Оценка риска смерти и выбор места лечения		
0-1 балл	1 группа риска (летальность 1,2%)	Амбулаторное лечение
2 балла	2 группа риска (летальность 8,15%)	Кратковременная госпитализация или амбулаторное лечение под наблюдением
≥3 балла	3 группа риска (летальность 31%)	Неотложная госпитализация



Ю.М. Мостовой

А.В. Демчук

госпитализация имела место у 30 (63,8%) больных в городской больнице и у 29 (54,7%) в центральной районной. Экономический ущерб от такой гиперопеки составил более 32 тыс. грн.

Таким образом, неправильная «адресация» лечения причиняет пациенту не только морально-психологический ущерб, но и экономический, причем в последнем случае финансовые потери несет и государство. Ошибочные решения принимаются почти с одинаковой частотой как врачами районного центра, так и специалистами, работающими в городских больницах, хотя массив информации, получаемой врачами последних (в ходе конференций, круглых столов и др.), значительно больше, чем у их коллег из населенных пунктов областного подчинения.

Для ответа на второй вопрос снова обратимся к согласительному документу – приказу МЗ Украины от 19.03.2007 г. № 128 (табл. 2) [3].

При подозрении на *P. aeruginosa* в/в: цефалоспорины III-IV поколения, активный против *P. aeruginosa*, + аминогликозид + ципрофлоксацин (левофлоксацин)

В/в: цефалоспорины III-IV поколения, активный против *P. aeruginosa*, + аминогликозид + макролид

В/в: меропенем + аминогликозид + ципрофлоксацин (левофлоксацин)

По всем клиническим признакам пациент относится ко II клинической группе больных НП. Кстати, врачом поликлиники в диагнозе не была указана принадлежность пациента к той или иной клинической группе, что тоже является довольно частой ошибкой отечественных медиков. Следовательно, препаратами для лечения НП в этой клинической ситуации могут быть защищенные аминопенициллины, цефалоспорины II-III поколения.

В данном конкретном случае хочу вместе с вами, уважаемые коллеги, порассуждать о цефалоспорины и их месте в лечении инфекций нижних дыхательных путей. Это объясняется тем, что публикаций, касающихся роли аминопенициллинов при этом патологическом состоянии, более чем достаточно, и они убедительно свидетельствуют о высокой эффективности данной группы препаратов. Вместе с тем наметилась тенденция преобладания назначений цефалоспоринов III поколения по сравнению с применением цефалоспоринов II поколения при лечении НП в амбулаторных условиях.

Почему цефалоспорины II поколения, а не III поколения могут иметь приоритет?

Аргументация первая, микробиологическая (табл. 3)

С одной стороны, цефалоспорины II поколения, в частности цефуроксима аксетил (Зиннат™), имеют более сбалансированный в сравнении с цефалоспорины III поколения спектр действия. Их активность против основного возбудителя инфекций нижних дыхательных путей *S. pneumoniae* и других стрептококков не уступает таковой цефалоспоринов III поколения, которые более эффективны в отношении грамотрицательных микроорганизмов. При этом следует акцентировать внимание на том, что цефуроксим – единственный цефалоспорины II поколения, устойчивый к β-лактамазам.

С другой стороны, цефуроксима аксетил подавляет рост и таких частых возбудителей НП, как *M. catarrhalis*, *Haemophilus spp.*, *Staphylococcus spp.*, благодаря устойчивости к гидролизу их β-лактамазами, минимально влияя на нормальную микрофлору

Таблица 2. Антибактериальная терапия НП в амбулаторных условиях

Группы больных	Антибиотик 1-го ряда		Антибиотик 2-го ряда
	антибиотик выбора	альтернативный антибиотик	
В амбулаторных условиях			
I группа Нетяжелое течение пневмонии без сопутствующей патологии, других модифицирующих факторов	Пероральный прием: амоксициллин или макролид	Пероральный прием: фторхинолон III-IV поколения	Пероральный прием: доксициклин или макролид при неэффективности аминопенициллина аминопенициллин или фторхинолон при неэффективности макролида
II группа Нетяжелое течение НП при наличии сопутствующей патологии и/или других модифицирующих факторов	Пероральный прием: амоксициллин/клавулат или цефуроксима аксетил	Пероральный прием: фторхинолон III-IV поколения или цефтриаксон (в/м, в/в)	Пероральный прием: добавить к β-лактаму макролид или монотерапия фторхинолоном III-IV поколения
В условиях стационара			
III группа Госпитализированные в терапевтическое отделение с нетяжелым течением НП	В/в или в/м: защищенный аминопенициллин или цефалоспорины II-III поколения + макролид per os	В/в: фторхинолон III-IV поколения	В/в: Фторхинолон III-IV поколения или карбапенем
IV группа Госпитализированные в ОРИТ с тяжелым течением НП	В/в: Защищенный аминопенициллин или цефалоспорины III поколения + макролид	В/в: фторхинолон III-IV поколения + β-лактам	В/в: карбапенем + фторхинолон III-IV поколения или карбапенем + макролид
	При подозрении на <i>P. aeruginosa</i> в/в: цефалоспорины III-IV поколения, активный против <i>P. aeruginosa</i> , + аминогликозид + ципрофлоксацин (левофлоксацин)	В/в: цефалоспорины III-IV поколения, активный против <i>P. aeruginosa</i> , + аминогликозид + макролид	В/в: меропенем + аминогликозид + ципрофлоксацин (левофлоксацин)

Продолжение на стр. 58.

Ю.М. Мостовой, д.м.н., профессор, А.В. Демчук, к.м.н., Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова

Ошибки, которых можно избежать

Разбор клинического случая больного с негоспитальной пневмонией

Продолжение. Начало на стр. 56.

Таблица 3. Сравнительная антимикробная активность цефалоспориновых антибиотиков (P. Periti, 1996)

Поколение цефалоспоринов	Грамположительные микроорганизмы	Грамотрицательные микроорганизмы
1-е поколение	+++	+
2-е поколение	+++	++
3-е поколение	+	+++
4-е поколение	++	+++

кишечника. Именно поэтому цефуроксима аксетил может быть препаратом выбора для лечения НП у пациентов II клинической группы (приказ МЗ Украины от 19.03.2007 г. № 128).

Аргументация вторая — безопасность препарата

В группе не только II поколения, но и всего семейства цефалоспоринов с цефуроксимом связано наименьшее количество побочных эффектов [1], в то время как активное, не всегда оправданное применение представителей цефалоспоринов III поколения, в частности цефтриаксона, привело к ряду негативных явлений, не считаясь с которыми по меньшей мере непредусмотрительно.

На сегодня известно большое количество генериков цефтриаксона — 21 наименование. Можно предположить, что не всегда качество продуктов в аптечной сети нашей страны является высоким. По данным А.П. Викторова (2010), в структуре побочных явлений, вызванных цефалоспорином, на долю цефтриаксона приходится 57,1%, то есть более половины, всех негативных реакций [1].

Говоря о побочных эффектах цефалоспоринов III поколения, следует учитывать их способность повышать активность трансаминаз, а высокие дозы цефтриаксона могут вызвать холестаз и псевдохолелитиаз. У пациента с хроническим холециститом назначение данного препарата может быть связано с определенными рисками, тем более что высокие дозы этого антибиотика показаны лишь в случаях тяжелого течения бактериальных инфекций.

Цефтриаксон, цефотаксим подавляют кишечную микрофлору, в результате чего нарушаются выработка и всасывание витамина К, что может вызывать нарушение свертывания крови; поэтому пациентам, принимающим ацетилсалициловую кислоту, антикоагулянты, следует это учитывать. А пациент с ИБС скорее всего (это не было указано в анамнезе) принимает препараты этих групп.

Относительно курации больного в стационаре: по формальным признакам все выполнено правильно. Если пациент госпитализирован, он относится к III клинической группе, следовательно, должен получать комбинацию амоксициллина/клавуланата или цефалоспорины III поколения с макролидом (табл. 2), что и было назначено.

Врачу стационара не хватило то ли мужества, то ли профессионализма высказать свое мнение: «Больной не нуждается в стационарном лечении! Это амбулаторный пациент!». Он сделал следующий неправильный стереотипный шаг и назначил пациенту дезинтоксикационную терапию. Никакой необходимости в этом не было, но, по сложившейся в нашей стране традиции, если пациент в стационаре, его нужно «прокапать». И очень часто больных «занимают» неоправданным назначением дезинтоксикационных смесей, что в большинстве случаев абсолютно неоправданно, а экономически безразлично.

Был еще ряд неправильных, но очень типичных для наших стационарных больных решений. Пациент 10 дней получал внутримышечно цефтриаксон. Согласно принятым стандартам через 48–72 ч после нормализации температуры тела антибактериальную терапию можно продолжить, перейдя с парентеральных препаратов на пероральные и больной после правильно подобранного лечения, индикаторами которого являются нормализация температуры тела и снижение интоксикационного синдрома, может быть выписан домой и продолжить лечение амбулаторно. Тем самым к минимуму сводится риск возникновения внутрибольничного инфицирования, к чему особенно склонны лица пожилого возраста с коморбидными состояниями.

P. S.

Проведенный анализ демонстрирует несколько серьезных ошибок, которые были совершены на разных этапах курации пациента. На первый взгляд, они не критичны и не имели трагических последствий. Однако налицо ряд неоправданных с морально-этической и социально-экономической точек зрения негативных факторов, которые были бы мгновенно выявлены и учтены, работай мы в формате страховой медицины. Авторы и соавторы случившихся «погрешностей» (!) ощутили бы немалый груз штрафных санкций, который, мы уверены, в дальнейшем удержал бы их от подобных безответственных решений.

Литература

1. Викторова О.П. Цефалоспорины и фторхинолоны? Проблемы безпеки при медичному застосуванні залишаються // Український хімотерапевтичний журнал. — 2010; № 1-2 (23). — С. 11-18.
2. Демчук А.В. Проблемные вопросы эмпирической антибиотикотерапии стационарных больных с негоспитальной пневмонией // Семейная медицина. — 2009.- № 4. — С. 101-105.
3. Наказ МОЗ України від 19.03.2007 р. № 128 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Ппульмонологія» / Міністерство охорони здоров'я України. — Київ, 2007. — 20 с.
4. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2009-2010 роки / Міністерство охорони здоров'я України. — Київ, 2011. — 334 с.

Статья публикуется при содействии компании «ГлаксоСмитКляйн».
ZNNT/10/UA/17.10.2012/6718

ПРЕСС-РЕЛИЗ

Конгресс «INSPIRATION 2012: внимание лечению инфекций»

В конце сентября в г. Киеве состоялся международный Конгресс по рациональной антибиотикотерапии стран СНГ «INSPIRATION 2012: внимание лечению инфекций». В мероприятии приняли участие ведущие отечественные и международные эксперты, которые представили современный взгляд на проблему рациональной терапии инфекций дыхательных путей.

Международный конгресс INSPIRATION состоялся в Украине уже во второй раз, его посетили пульмонологи, педиатры, оториноларингологи, семейные врачи, микробиологи из 8 стран СНГ и Грузии.

В рамках симпозиума доклады о достижениях в области диагностики инфекций дыхательных путей, принципах рациональной антибиотикотерапии, данных последних исследований особенностей резистентности основных патогенных микроорганизмов к антибиотикам, а также о возможностях для профилактики респираторных заболеваний представили международные эксперты из Испании, США, Канады, Бельгии, Турции, России.

«Консенсусные принципы (лечение, оптимизация, максимизация, распознавание, использование, интегрирование), которым необходимо следовать при рациональном лечении внебольничных инфекций дыхательных путей, были сформулированы 10 лет назад. Время показало, что эти принципы остаются актуальными и сегодня, — подчеркнул Хавьер Гарра, доцент Университета г. Барселона, старший консультант медицинского отделения, руководитель по вопросам инфекционных заболеваний Hospital Universitari Mutua de Terrassa (Испания), сопредседатель конгресса. — Первый и наиболее важный этап — это своевременная и адекватная диагностика заболевания. Если патология вызвана бактериями, следует рассмотреть вопрос о лечении антибиотиками».

Специалисты акцентировали внимание на ряде заболеваний дыхательных путей, в лечении которых рационально применять антибиотикотерапию. Среди таких заболеваний — бактериальные респираторные инфекции (включая острый средний отит, риносинусит и внебольничную пневмонию), обострение хронического обструктивного заболевания легких.

Владимир Таточенко, ведущий исследователь НИИ педиатрии Российской академии медицинских наук (г. Москва), рассказал о роли пневмококковой инфекции в структуре

респираторной патологии, значении вакцинации для профилактики инфекций дыхательных путей и устойчивости к антибиотикам препаратов: «Пневмококк представляет собой значимую проблему для здравоохранения, поскольку является ведущей причиной инвазивных и неинвазивных форм бактериальных инфекций и ассоциируется приблизительно с 1,2 млн летальных случаев ежегодно. Возрастающая устойчивость S. pneumoniae к известным антимикробным средствам создает предпосылки к более широкому использованию современных вакцин. Так, массовая вакцинация населения в США семивалентной конъюгированной пневмококковой вакциной позволила сократить общую заболеваемость инвазивной пневмококковой инфекцией в 4 раза».

На конгрессе также были рассмотрены вопросы рациональной терапии госпитальных инфекций дыхательных путей и оптимизации применения антибактериальных препаратов с позиций фармакодинамики и фармакокинетики.

Ведущие украинские и российские эксперты рассказали об особенностях терапии негоспитальных инфекций дыхательных путей и рекомендациях по применению антибиотиков в Украине и Российской Федерации.

Заведующий кафедрой пропедевтики внутренней медицины Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова, доктор медицинских наук, профессор Юрий Мостовой сообщил: «Уровень использования антибиотиков в Украине ниже, чем в европейских странах. К наиболее часто назначаемым относятся пенициллины, что созвучно с тенденцией в других странах Европы».

На двух параллельных интерактивных сессиях участники конгресса имели возможность услышать мнение ведущих мировых специалистов о современных методах лечения и профилактики заболеваний дыхательных путей у детей и взрослых, а также принять участие в дискуссии.

В заключение делегаты обсудили взаимодействие и сотрудничество в рамках медицинского сообщества и фармацевтической индустрии для преодоления существующих проблем в борьбе с респираторными и другими инфекциями, в частности антибиотикорезистентности и недостаточной оперативности изменения подходов к антимикробной терапии.

«Респираторные инфекции лидируют в структуре причин смерти в мире, поэтому существует глобальная потребность

в разработке новых антибактериальных препаратов, которая также обусловлена возрастающей резистентностью бактерий к уже существующим лекарственным средствам, — отметил Дани дю Плесси, вице-президент по медицинским вопросам Региона развивающихся рынков, Азиатско-Тихоокеанского региона и Японии компании ГлаксоСмитКляйн (Великобритания). — Проблемы законодательного регулирования, условия конкуренции и сложность научных разработок новых препаратов приводят к тому, что многие фармацевтические компании прекращают исследования по созданию новых антибактериальных средств. В то же время исследовательское подразделение ГлаксоСмитКляйн сегодня сфокусировано на разработке новых молекул для преодоления существующих тенденций к росту антибиотикорезистентности. Для достижения этой цели компания инвестирует в новые технологии производства и инновационные подходы, сотрудничает с другими представителями фармацевтического рынка, государственными и общественными организациями».

Инициатива INSPIRATION в Украине, как и во многих других странах мира, была реализована при поддержке международной фармацевтической компании ГлаксоСмитКляйн.

Контакты:

Марина Куземко, e-mail: Maryna.Kuzemko@180prpa.com.ua

Справка

ГлаксоСмитКляйн — один из мировых лидеров фармацевтической индустрии, занимающийся научными исследованиями в области фармацевтики и здравоохранения, посвящает свою деятельность улучшению качества жизни людей, помогая им делать больше, чувствовать себя лучше и жить дольше.

Информация о ГлаксоСмитКляйн в Украине и в мире, о продуктах и разработках компании, а также о различных акциях и инициативах доступна на сайте: www.gsk.ua

Пресс-релиз предоставлен компанией
«ГлаксоСмитКляйн Фармасьютикалс Украина»
GNRL/12/09.10.2012/6690