

- community-acquired pneumonia // J.Infect.— 1985.— Vol.10.— P.204—210.
6. *Hope-Simpson R.E., Miller D.L.* The definition of acute respiratory illnesses in general practice // Postgrad.Med.J.— 1973.— Vol.49.— P.767—770.
 7. *Huchon G.J., Gialdroni-Grassi G., Leophonte P., Manresa F., Schaberg T., Woodhead M.A.* Initial antibiotic therapy for lower respiratory tract infection in the community: a European survey // Eur.Respir.J.— 1996.(in press).
 8. *Woodhead M.A., Gialdroni-Grassi G., Huchon G., Leophonte P., Manresa F., Schaberg T.* Investigations of lower respiratory tract infection in the community: A European survey // Eur. Respir. J.— 1996. (in press).
 9. *Niederman M.D., Low B.J., Campbell G.D., Fein A.M., Grossman R.F., Mandel I.T., Marrie T.J., Sarosi G.A., Torres A., Yu V.L.* Guidelines for the initial management of adults with community-acquired pneumonia: diagnosis, assessment of severity and initial antimicrobial therapy // Am. Rev. Respir. Dis.— 1993.— Vol.148.— P.1418—1426.
 10. *Dulake C., Selkon J.* The incidence of pneumonia in the UK-preliminary findings from Newcastle and London // R. Soc. Med. Int. Congr. Symp. Ser.— 1989.— Vol.27.— P.87—94.
 11. *Berntsson E., Lagergard T., Strannegard O., Trollfors B.* Etiology of community-acquired pneumonia in outpatients // Eur. J. Clin. Microbiol.— 1986.— Vol.5.— P.446—447.
 12. *Melbye H., Berdal B.P., Straume B., Russell H., Vorland L., Thacker W.L.* Pneumonia — a clinical or radiographic diagnosis // Scand.J.Infect.Dis.— 1992.— Vol.24.— P.647—655.
 13. *Almirall J., Morato I., Riera F., Verdaguer A., Priu R., Coll P., Vidal J., Murgui L., Valls F., Catalan F. et al.* Incidence of community-acquired pneumonia and Chlamydia pneumonia infection: a prospective multicentre study // Eur.Respir.J.— 1993.— Vol.6, № 1.— P.14—18.
 14. *Geslin P.* Beta-lactamines et pneumocoques multi-resistants isolés en France (1984—1994) // Med. et Hyg.— 1995.— Vol.53.— P.2111—2118.
 15. *Dabernat H., Seguy M., Delmas C.* Situation en 1993 de la résistance aux antibiotiques chez Haemophilus influenzae en France // Med. Mal. Infect.— 1994.— Vol.24.— P.1244—1247.
 16. *Sociedad Espanola de Neomologia y Cirugia Toracica.* National recommendation for diagnosis and treatment of community-acquired pneumonia. (None Specified) 1992.
 17. *British Thoracic Society.* Guidelines for the management of community-acquired pneumonia in adults admitted to hospital // Br. J. Hosp. Med.— 1993.— Vol.49.— P.346—350.
 18. *Gialdroni-Grassi G., Branchi L.* Guidelines for the management of community-acquired pneumonia in adults // Monaldi Arch. Chest Dis.— 1995.— Vol.50.— P.21—27.
 19. *Societe de Pathologie Infectieuse de Langue Francaise.* Conference de consensus en therapeutique anti-infectieuse // Rev. Med. Infect.— 1991.— Vol.21.— P.1s—8s.
 20. *Partriarca P.A., Weber J.A., Parker R.A.* Efficacy of influenza vaccine in nursing homes: reduction in illness and complications during influenza A (H3N2)-epidemic // J. Am. Med. Assoc.— 1985.— Vol.253.— P.1136—1139.
 21. *Saah A.J., Neufeld R., Rodstein M., La-Montagne J.R., Blackwelder W.C., Griss P., Quinnan G., Kaslow R.A.* Influenza vaccine and pneumonia mortality in a nursing home population // Arch.Intern.Med.— 1986.— Vol.146.— P.2353—2357.
 22. *Fedson D.S.* Influenza and pneumococcal vaccination of the elderly: newer vaccines and prospects for clinical benefits at the margin // Prev. Med.— 1994.— Vol.23.— P.751—755.
 23. *Gable C.B., Holzer S.S., Engelhart L., Friedman R.B., Smeltz F., Schroeder D., Baum K.* Pneumococcal vaccine: efficacy and associated cost savings // J. Am. Med. Assoc.— 1990.— Vol.264.— P.2910—2915.

Поступила 20.08.96.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1997

УДК 616.24-002-07

Е.В.Никонова, А.Л.Черняев, А.Г.Чучалин

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПНЕВМОНИЙ

НИИ пульмонологии МЗ РФ, Москва

CLINIC AND DIAGNOSIS ASPECTS OF PNEUMONIA

Ye.V.Nikonova, A.L.Chernyaev, A.G.Chuchalin

Summary

The peculiarities of a pneumonia course were studied in a group of 66 patients in 1995. The diagnosis of pneumonia when a patient was admitted to a hospital coincided with that when he was discharged in 80.3% of cases. In 19.7% of cases the pneumonia was diagnosed in 2—3 days after admission to a hospital because of a misdiagnosis of the surgical abdomen, the acute myocardial infarction or the exacerbation of chronic obstructive bronchitis. The nosocomial pneumonia was diagnosed in 2 cases. The most part of the patients — 26 (39.4) — was treated at hospital for a period from 21 to 30 days.

The pneumonia was the most frequently localized in the lower lobe of right lung.

The delayed course of pneumonia (for more than 4 weeks for 30.3% of the patients) was caused by the belated hospitalization, misdiagnosis at the ambulatory stage, abscessing pneumonia development for patients suffering from the chronic alcoholism as well as the development of nosocomial pneumonia at a hospital.

Str.pneumoniae, *Neisseria* and *Str.viridans* were the most frequent etiologic agents. The pneumonia treatment was mainly based on the etiological study. The bactericidal broad-spectrum antibiotics were used for pneumonia treatment.

Проведенное исследование особенностей течения пневмоний у 66 больных за 1995 год выявило, что в 80,3% диагноз пневмонии совпал при поступлении и при выписке больных из стационара, в 19,7% диагноз выставлен более чем через 2—3 суток, что связано с постановкой таких диагнозов, как острый живот, острый инфаркт миокарда, обострение хронического обструктивного бронхита. У 2 больных выявлена нозокомиальная пневмония. Наибольшее число больных — 26 (39,4%) находились на лечении в стационаре от 21 до 30 дней.

Наиболее частая локализация пневмоний обнаружена в нижней доле правого легкого.

Затяжное течение пневмоний свыше 4 недель у 30,3% больных обусловлено прежде всего поздней госпитализацией, неправильной диагностикой на амбулаторном этапе, развитием абсцедирующей пневмонии у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, а также возникновением нозокомиальной пневмонии в стационаре.

Наиболее частым возбудителем пневмонии является *Str.pneumoniae*, а также *Neisseria* и *Str.viridans*. Лечение пневмонии в основном основывалось на этиологическом исследовании. При лечении больных с пневмонией использовались антибиотики широкого спектра действия бактерицидной активности.

Важное место в клинике внутренних болезней занимает проблема пневмоний. Несмотря на достигнутые успехи в изучении этиологии, патогенеза, в разработке современных методов диагностики и лечения пневмоний, сохраняется стойкая тенденция к росту заболеваемости среди всех возрастных групп. Особенно большое распространение имеют пневмонии среди детей и лиц пожилого возраста. По данным ВОЗ, более 10% всех госпитализаций с острой патологией связано с пневмониями [8].

За последние 10 лет зарегистрирован заметный рост частоты атипичных и тяжелых форм пневмоний, нередко протекающих с множеством осложнений, которые приводят к летальному исходу. Установлено, что за каждое пятилетие переболевают острым бронхитом и пневмонией при равных их соотношениях около 10% взрослого населения [10]. В структуре общей заболеваемости (по обращаемости) пневмонии составляют в среднем 0,33% [5].

Среди госпитализированных больных наиболее высока доля больных с пневмониями (64%), при этом длительность лечения в стационаре составляет 21—27 дней [8].

Следует отметить позднюю обращаемость больных за медицинской помощью: 25,6% обращаются на 1-е сутки, 20,8% — на 2—3-и, 41,3% — на 4—10-е, 12,3% — позже 10-х суток [3]. Среди возрастных групп преобладают лица от 40 до 59 лет, чаще мужчины [7,9,10].

В этиологии внебольничных пневмоний возросла роль ранее неизвестных возбудителей, а также условно-патогенной флоры. В то же время в развитии плевропневмонии ведущую роль продолжает играть пневмококк [1,2,4,8,12]. Нельзя не отметить и роль *H.influenzae*, *M.pneumoniae*, *L.pneumophila* и *Ch.pneumoniae* [8].

Большое значение в возникновении нозокомиальных пневмоний принадлежит *St. aureus*, *Kl.pneumoniae*, *E.coli*, *Proteus*, *Ps.aeruginosa*.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей течения пневмонии за 1995 г. по данным историй болезни пульмонологического отделения 57 ГКБ.

Проанализировано 66 историй болезни больных с пневмониями, которые были пролечены и выписаны из стационара.

Пневмония чаще всего встречалась у мужчин в возрасте от 40 до 59 лет (рис.1) В 1-е сутки от начала заболевания обратились 4 (6,1%) больных, на 2—3-и сутки — 14 (21,2%), а 4—10-е сутки — 30 (45,4%), позже 10-х суток — 18 (27,3%) больных.

Диагноз пневмония направившего учреждения при поступлении, клинический и заключительный был поставлен правильно у 53 (80,3%) больных в 1-е сутки госпитализации, на 2—10-е сутки пребывания в стационаре — у 13 (19,7%) больных. Из этих 13 больных в 3 наблюдениях при поступлении был поставлен диагноз острый живот, у 1 больного — острый инфаркт миокарда, у 7 больных — хронический бронхит. У 2 больных на 8—10-е сутки возникла нозокомиальная пневмония.

3 (4,5%) больных лечились в стационаре не более 10 суток, от 11 до 20 суток — 17 (25,8%) больных, от 21 до 30 — 26 (39,4%) больных, от 31 до 40 — 7 (10,6%) больных, от 41 до 50 — 7 (10,6%) больных, от 51 до 60 — 4 (6,1%) больных, от 61 до 70 — 2 (3%) больных.

Рентгенологический диагноз пневмонии амбулаторно был поставлен у 14 (21,2%) больных. Клинически и рентгенологически диагноз пневмонии подтвержден у всех 66 больных, при этом у 30 больных выявлена

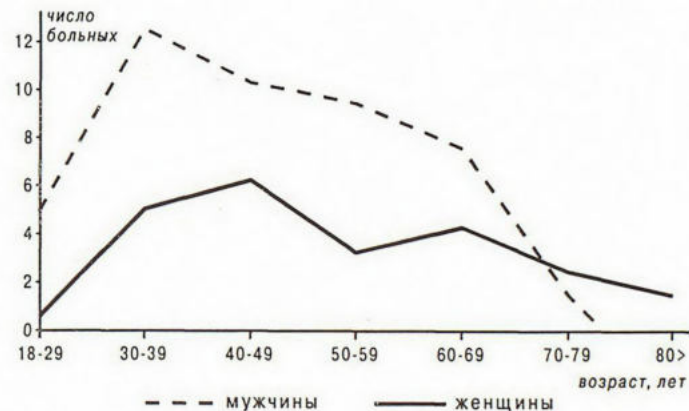


Рис.1. Частота встречаемости пневмоний в зависимости от возраста.



Рис.2. Локализация пневмоний по долям легких.

плевропневмония, у 25 — очаговая, у 11 — абсцедирующая пневмония.

Провоцирующим фактором явилось переохлаждение: при плевропневмонии — в 86,7%, при очаговой пневмонии — в 88%, при абсцедирующей пневмонии — во всех наблюдениях. В 13,3% при плевропневмонии и 12% при очаговой пневмонии провоцирующим фактором признана ОРВИ.

У 59 (89,4%) больных заболевание начиналось с повышения температуры. У 7 (10,6%) больных повышения температуры в начале заболевания не зарегистрировано. Кашель с мокротой отмечался у 53 (80,3%) больных. Боль в грудной клетке была у 33 (50%) больных, одышка в покое у 39 (59,1%), цианоз — у 18 (27,3%), боли в животе у 3 (4,5%) больных. При обследовании больных в стационаре укорочение перкуторного звука обнаружено у 62 (93,9%), хрипы в легких: влажные у 34 (51,5%), сухие у 33 (50%), крепитация у 21 (31,8%), шум трения плевры у 21 (31,8%), тахикардия у 38 (57,6%) больных.

В клиническом анализе крови выявлен лейкоцитоз у 43 (65,2%) больных, сдвиг формулы влево у 46 (69,7%), эозинофилия у 11 (16,7%), СОЭ более 25 мм/ч у 52 (78,8%) больных.

У 28 (42,4%) обследованных больных пневмония являлась проявлением обострения хронического бронхита. Сопутствующая патология в виде сердечно-сосудистых заболеваний обнаружена у 9 (13,6%) больных, сахарный диабет у 4 (6,1%) больных. Пневмония, возникшая на фоне хронического алкоголизма, выявлена у 12 (18,2%) больных.

Плевропневмония локализовалась в правом легком — в 53,3%, в левом легком — в 30%, двусторонняя пневмония в 16,7%. Очаговая пневмония в правом легком наблюдалась в 48%, в левом легком — в 48%, двусторонняя — в 4%. Абсцедирующая пневмония в правом легком наблюдалась в 72,7%, левом легком — в 18,2%, двусторонняя — в 9,1%. Локализация пневмоний по долям легкого представлена на рис.2.

В этиологической структуре плевропневмонии и очаговой пневмонии преобладал *Str.pneumoniae*. При абсцедирующей пневмонии чаще встречался *Str.haemolyticus*, *Str.viridans*. При этом монокультура при плевропневмонии была представлена *Str.pneumoniae*, *Str.haemolyticus*, *Str.viridans*, *St.epidermidis* в 60% наблюдений, а ассоциация микроорганизмов составила 40%. При очаговой пневмонии монокультура представлена *Str.pneumoniae*, *Neisseria*, *Str.viridans* в 44,4%, а ассоциация микроорганизмов в 55,6%. При абсцедирующей пневмонии монокультура выявлена в 28,6% наблюдений и представлена *Serratia marcescens*, *Str.haemolyticus*, а ассоциация микроорганизмов составила 71,4%.

Результаты микробиологического исследования мокроты представлены в таблице.

При лечении применялись в основном бактерицидные антибактериальные препараты в 100%, бактериостатические в 41,8%. Частота использования антибиотиков как в виде одного препарата, так и в комбинации друг с другом в целях повышения эффективности терапии представлена группой пенициллинов в 56,3%, группой аминогликозидов в 66,4%, цефалоспоринов в 52,1%, макролидов в 9,4%, фторхинолонов в 17,6%, а также разными группами: группа линкосамидов в 38,7%, производные нитромидазола в 1,1%.

Обсуждая полученные данные, необходимо отметить, что в большинстве наблюдений провоцирующим фактором в возникновении пневмонии является переохлаждение.

Таблица

Результаты микробиологического исследования мокроты больных пневмонией

Возбудители	Плевропневмония, %	Очаговая пневмония, %	Абсцедирующая пневмония, %
<i>Str. pneumoniae</i>	33,3	33,3	16,7
<i>H.influenzae</i>	7,4	11,1	16,7
<i>Str.haemolyticus</i>	18,5	11,1	33,3
<i>St.aureus</i>	11,1	22,2	16,7
<i>Neisseria</i>	29,6	11,1	—
<i>Kl.pneumoniae</i>	3,7	—	—
<i>Str.viridans</i>	18,5	11,1	33,3
<i>Ps.aeruginosa</i>	3,7	—	—
<i>St.epidermidis</i>	11,1	—	—
<i>Serratia marcescens</i>	—	—	16,7
<i>Enterobacter agglomerans</i>	—	—	16,7
<i>E.faecalis</i>	—	—	16,7

лаждение, в несколько меньшей степени — ОРВИ. На сегодня часть пневмоний не диагностируют, их расценивают как простудные заболевания и поэтому лечат больных в домашних условиях [7]. По литературным данным обращаемость пациентов за медицинской помощью на 4—10-е сутки от начала заболевания составляет 41,3% [3]. Эти данные согласуются с нашими результатами. Длительность лечения в стационаре, по данным литературы, составляет 21—27 дней [8], по нашим данным — 21—30 дней. Среди возрастных групп, по литературным и собственным данным, преобладают мужчины от 40 до 59 лет [7,9,10].

Ведущая роль в развитии пневмонии (в монокультуре и ассоциации микроорганизмов) до начала антибактериальной терапии принадлежит *Str.pneumoniae* и составляет от 80 до 95% [1,2,6,9,11,12]. По нашим данным, пневмония, вызванная *Str.pneumoniae* в монокультуре, составила 33,3%. Ассоциация микроорганизмов при плевропневмонии наблюдалась в 40%, при очаговой пневмонии в 55,6%, при абсцедирующей пневмонии в 71,4%.

Заключение

Проведенное исследование выявило определенные трудности в постановке диагноза пневмонии. В 80,3% наблюдений диагноз пневмония был поставлен в первые сутки госпитализации, в более поздние сроки — в 19,7%, что связано с постановкой другого диагноза, не подтвержденного при дальнейшем обследовании в стационаре. Нозокомиальная пневмония обнаружена лишь у 2 из 66 пациентов.

Наиболее частая локализация пневмонии наблюдалась в правом легком. Затяжное течение свыше 4 недель обусловлено поздней госпитализацией, неправильной диагностикой на догоспитальном этапе, а также развитием абсцедирующей пневмонии у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом.

Наиболее частым возбудителем в монокультуре при разных видах пневмоний является *Str.pneumoniae* — 33,3%, *Neisseria* — 30%, *Str.viridans* — 23,3%, ассоциация микроорганизмов, состоящая из *Neisseria*

и *Str.viridans*, *St.aureus*, *Str.pneumoniae*, была обнаружена у 40—71,4% больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вишнякова Л.А., Путов Н.В. Этиология острой пневмонии // Тер. арх. 1990.— № 3.— С.15—18.
2. Гогин Е.Е., Тихомиров Е.С. // Болезни органов дыхания, почек, эндокринной системы: Руководство для врачей / Под ред. Е.В.Гембицкого. — М.: Медицина, 1991.— Т.2.— С.30—90.
3. Голиков А.П., Баюрова Н.В., Таранова З.В. и др. Анализ лечебно-диагностических мероприятий при крупозной пневмонии с летальным исходом // Сов. мед.— 1988.— № 12.— С.67—70.
4. Кондратенко Г.П., Гриценко Л.З., Гнилицкая В.Б. и др. Значение ассоциации микроорганизмов в развитии острой пневмонии // Микробиол., эпидемиол. и иммунол. 1989.— № 6.— С.8—11.
5. Коровин А.А., Кривченкова А.Д. Заболеваемость, клиническая характеристика и непосредственные результаты лечения острой пневмонии в Молдавии // Диагностика и лечение бронхолегочной системы.— Кишинев: Штиинца, 1985.— С.3—13.
6. Ноников В.Е., Зубков Е.Н., Гугицдзе Е.Н. Этиология острой пневмонии у лиц пожилого возраста // Тер. арх.— 1990.— № 3.— С.30—34.
7. Замотаев И.П. // Болезни органов дыхания: Руководство для врачей / Под ред. Н.Р.Палеева.— М.: Медицина, 1989.— Т.2.— С.17—16.
8. Покровский В.И., Прозоровский С.В., Малеев В.В. и др. // Этиологическая диагностика и этиотропная терапия острых пневмоний.— М.: Медицина, 1995.— С.3—14.
9. Спивак М.Я., Зако Н.Ф., Сердечная А.Г. и др. Характеристика острой пневмонии в Архангельске за 1981—83 гг. // Патология легких и сердца у жителей Европейского Севера.— Л.: Медицина, 1984.— С.59—62.
10. Тыщевский В.И., Кондрашова М.Я., Рязанцева Е.М. и др. Особенности распространенности острых бронхитов и острых пневмоний у взрослых и некоторые факторы их генеза // Проблемы пульмонологии.— Л.: ВНИИП, 1985.— Вып.9.— С.26—29.
11. Ухин А.В. Принципы антибактериальной терапии в пульмонологии // Антибиотики и химиотер.— 1992.— № 5.— С.40—51.
12. Vigla M., Finkelston R., Hashman N., Merzbach D., Creen P., Cohn L. Epidemiology and clinical spectrum of pneumococcal infections: an Israel viewpoint // J. Hosp. Infect.— 1995.— Vol.29, № 1.— P.57—64.

Поступила 08.10.96.