

## ПНЕВМОНИЯ: АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА МЕДИЦИНЫ

10 октября 1996 г. в НИИ пульмонологии МЗ РФ состоялся "Круглый стол" по теме "Пневмония: актуальная проблема медицины", организованный по инициативе журнала "Пульмонология". В заседании "Круглого стола" приняли участие: Байбарина Елена Николаевна (к.м.н., старший научный сотрудник Научного Центра акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ РФ), Дворецкий Леонид Иванович (д.м.н., профессор кафедры клинической гематологии с курсом гериатрии ММА им.И.М.Сеченова), Зубков Михаил Николаевич (д.м.н., профессор, заведующий лабораторией микробиологии ЦИТО), Клячкин Лев Михайлович (д.м.н., профессор кафедры медицинской реабилитации Военно-медицинского факультета при РМАПО), Котляров Петр Михайлович (д.м.н., профессор, заведующий кафедрой рентгенологии и ультразвуковой диагностики Института повышения квалификации врачей, зав. отделением ГKB 83), Сильвестров Владимир Петрович (д.м.н., профессор, зав. пульмонологическим отделением поликлиники ЦКБ Медицинского Центра при Президенте РФ), Таточенко Владимир Кириллович (д.м.н., профессор, зав. отделением острых респираторных заболеваний НИИ педиатрии РАМН), Черняев Андрей Львович (д.м.н., профессор, зав. лабораторией патологической анатомии НИИ пульмонологии МЗ РФ), Чучалин Александр Григорьевич (академик, профессор, директор НИИ пульмонологии МЗ РФ), Яковлев Сергей Владимирович (к.м.н., доцент кафедры гематологии и интенсивной терапии ММА им.И.М.Сеченова).

*Чучалин Александр Григорьевич:* Добрый день, уважаемые коллеги! Мы приветствуем вас в клинике. Тема, которая объединила практических врачей и ученых, связана с такой актуальной проблемой медицины, как пневмония. Я думаю, что в процессе дискуссии, она на это и направлена, удастся найти такие решения, которые позволили бы нам очень четко и ясно представить достаточно сложные вопросы, входящие в понятие пневмонии. Разрешите, открывая сегодняшнюю нашу встречу, с большим удовольствием представить участников дискуссии. Я хотел бы начать с Елены Николаевны Байбариной. Елена Николаевна работает в Институте акушерства и гинекологии Центра охраны матери и ребенка и является специалистом по пневмониям внутриутробного периода. Профессор, автор известной монографии по пневмониям Таточенко Владимир Кириллович работает в академическом институте педиатрии и является видным ученым, который на протяжении длительного периода времени разрабатывает эту проблему. Профессор Леонид Иванович Дворецкий работает в области пульмонологии, много занимается разработкой диагностических алгоритмов, его интерес как участника круглого стола связан с геронтологическими аспектами этой проблемы. Мне приятно сказать несколько слов о нашем большом друге, профессоре, который активно участвует в работе журнала "Пульмонология", Каганов Самуиле Юрьевиче. В 1995 году он выпустил объемный труд, который касался пневмонии детского возраста. Наш ведущий специалист в области реабилитации, профессор Клячкин Лев Михайлович. Он активно сотрудничает и с Обществом пульмонологов, и с журналом "Пульмонология", являясь специалистом по восстановительному периоду у больных с

пневмониями, а это очень важный раздел. Профессор Котляров Петр Михайлович активно работает на курсе повышения квалификации, читает цикл лекций по клинической рентгенологии.

Профессор Сильвестров Владимир Петрович, один из наших ведущих специалистов, один из первых авторов, который стал освещать проблему пневмонии, опубликовал монографии по пневмониям. Хотелось бы напомнить активную лекцию профессора Сильвестрова, которая завершала московский Конгресс по болезням органов дыхания. Лекция имела характер большого научного обобщения. Представляю ведущего специалиста в области клинической микробиологии Зубкова Михаила Николаевича.

Наконец, я хочу представить профессора Черняева Андрея Львовича, который вместе с аспирантами и определит всю интригу того обмена мнениями, который последует после моего выступления.

Итак, я хотел бы привлечь ваше внимание к тому, что пневмония действительно чрезвычайно актуальная проблема сегодняшней медицины и значимость ее не снижается. Современные эпидемиологические данные говорят о том, что на 1000 населения ежегодно 3—5 человек, а по некоторым данным еще больше — до 8 человек, болеют пневмонией. Можно посчитать, что в России — стране, население которой превышает 150 млн. чел., — это достаточно внушительная цифра. Обобщенные и усредненные данные говорят о том, что около 20% этих пациентов — тяжелые больные, поступающие в стационары. Как правило, в западных странах это стационары и блоки интенсивной пульмонологии и интенсивной терапии, интенсивной педиатрической помощи. В наших случаях больные поступают, как правило, в общие терапевтические ста-



ционары, где среди них отмечается очень высокая смертность. Я привлекаю ваше внимание к тому, что смертность при определенных формах пневмонии, особенно так называемых госпитальных, вторичных, достигает 50—60%. Данные, касающиеся смертности, лишний раз подчеркивают, насколько актуальна эта проблема. На это я хотел бы максимально привлечь внимание участников нашей сегодняшней встречи.

Итак, профессор Черняев Андрей Львович с аспирантами провел исследования в двух городах — Москве и Санкт-Петербурге. Целью этого исследования было выяснить ситуацию, связанную с расхождением клинического и патологоанатомического диагноза в терапевтических и специализированных стационарах двух городов.

*Никонова Е.В., аспирант:* Несмотря на значительное развитие пульмонологии как самостоятельной дисциплины, вопросы, которые касаются правильной постановки диагноза пневмонии, остаются актуальными на современном этапе. Пневмония относится к наиболее распространенным заболеваниям, возникает в любом возрасте, представляет собой комплекс патологических процессов, локализующихся в нижних дыхательных путях и респираторной ткани. Это заболевание вызывается различными микроорганизмами, подтверждается рентгенологически и доминирует в клинической картине. За последние десять лет возросло число пневмоний с атипичным и тяжелым течением. Среди всех госпитализированных больных доля больных с пневмонией составляет свыше 60%. Несмотря на то, что пульмонологи владеют эффективными методами диагностики и лечения, свести до минимума диагностические ошибки — очень сложная задача. Целью нашего исследования было установление частоты первичных и вторичных пневмоний в стационаре общего профиля, уровня их диагностики и выявление причины неправильной диагностики.

Был проведен анализ протоколов вскрытий. Выявлено, что общее число пневмоний за пять лет составило 14% от общего числа аутопсий. Наибольший процент пневмоний обнаружен у лиц старше 60 лет. Больные с пневмониями умирали через 3—10 суток от момента поступления в стационар.

На основании анализа 119 историй болезней умерших обнаружено, что в первый день госпитализации диагноз был поставлен в 29%, на второй—третий — в 9%, на четвертый — пятый день — в 2%, позже пяти дней — около 23%. Поздняя постановка диагноза, по нашему мнению, связана с тяжелым состоянием больного, с наличием двух или более конкурирующих заболеваний, с наличием вторичных нозокомиальных пневмоний.

В первые сутки госпитализации умерли 27% больных с пневмонией. Поздняя госпитализация пациентов (на 3-и — 6-е сутки) обнаружена в 29% наблюдений. Это связано с поздним обращением пациентов и недостатками работы поликлинической службы. Полное совпадение клинического и патологоанатомического диагнозов отмечалось в 63%.

Гиподиагностика пневмоний составила 37%. При этом субъективные причины неправильной диагнос-

тики преобладают над объективными. Среди субъективных причин выделяются неправильная трактовка рентгенологических изменений. В 19% наблюдений рентгенография грудной клетки вовсе не проводилась. В 13% наблюдений выявлено недостаточное обследование больных. Неправильная трактовка клинической картины составила 15%.

Среди всех видов пневмоний вторичные очаговые и очагово-сливные бронхопневмонии составили 86%, первичные — 14%. Односторонняя полисегментарная пневмония обнаружена в 60%, чаще правосторонняя нижнедолевая, двусторонняя — в 39%.

При установлении диагноза пневмонии антибиотики назначены в день поступления в 46%, не назначены в 32% случаев. Из них в 5% пневмония была диагностирована в клинике, но антибиотики не назначены.

При лечении пневмоний наиболее часто использовались антибиотики группы пенициллинового ряда, аминогликозиды, тетрациклины. Макролиды применялись лишь в 3% наблюдений.

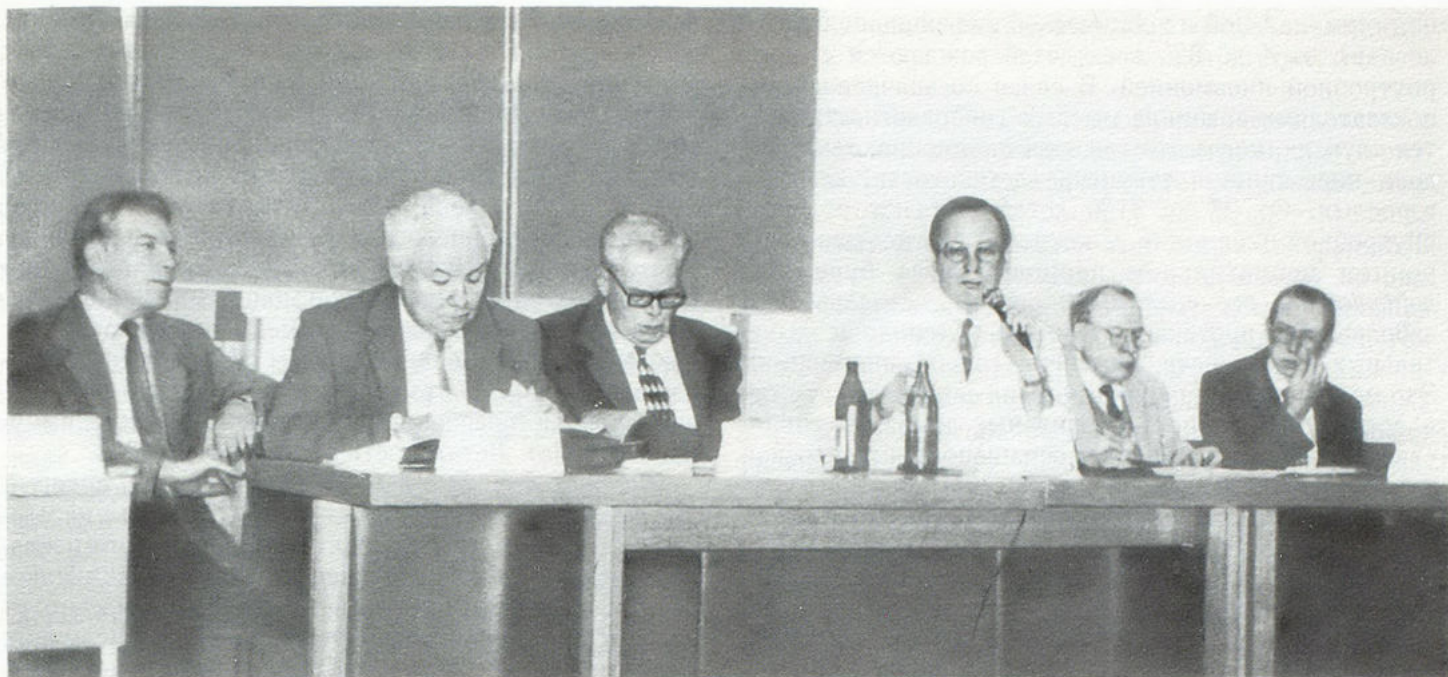
Таким образом, на современном этапе пневмонии продолжают занимать одно из главных мест среди всех видов легочной патологии в стационарах общего профиля, но уровень их диагностики продолжает оставаться низким.

*Черняев А.Л.:* Позвольте привести результаты анализа протоколов аутопсий, в которых была обнаружена пневмония по Москве и Санкт-Петербургу за период с 1993 по 1995 годы, проведенного совместно с И.А.Черемисиной.

По данным патологоанатомического бюро Санкт-Петербурга при анализе 37 455 аутопсий первичные и вторичные пневмонии в стационарах общего профиля обнаружены в 38% наблюдений, а умерших дома 25,2%. При этом в 15,2% пневмония явилась непосредственной причиной смерти. Учитывая данные Е.В.Никоновой видно, что в Санкт-Петербурге пневмония встречается почти в 3 раза чаще, чем в Москве. В какой-то мере это можно объяснить географическими и климатическими условиями Северной столицы. При этом в Санкт-Петербурге в стационарах чаще от пневмонии погибают в возрасте 40—45 лет, в то время как в Москве — старше 60 лет.

Вне стационаров в Санкт-Петербурге в возрасте 50—65 лет преобладали мужчины, а в возрасте 70—85 лет — женщины. 75,5% больных с пневмонией в Санкт-Петербурге умерли через 3 и более суток после поступления несмотря на проводимое лечение. Это скорее свидетельствует о поздней госпитализации больных и тяжелом течении заболевания. Уровень диагностики по Санкт-Петербургу несколько ниже, чем в Москве, и составил 25%. Хотелось бы обратить ваше внимание на уровень гипердиагностики пневмоний в стационарах, который колеблется, по нашим данным, от 51 до 60%. По меткому выражению академика Мясникова — “пневмонией клинический диагноз не испортишь”. При анализе историй болезни обнаружено, что диагноз пневмония чаще был поставлен посмертно и совершенно не подкреплён записями в документах, т.е. ничем не обоснован.





По нашим данным, гипо- и гипердиагностика пневмоний в связи с непроведением рентгенологического обследования достаточно высока. Возможно, П.М.Котляров поможет нам понять и низкий уровень рентгенологической диагностики пневмонии.

Позвольте остановиться и на вопросе о месте пневмонии в клиническом и патологоанатомическом диагнозе. Никто не спорит с тем, что плевропневмонии чаще вызваны пневмококками и являются основным заболеванием, т.е. первичной пневмонией. Однако такого согласия нет при пневмониях, когда они являются проявлением обострения хронического обструктивного бронхита. По тем наработкам, которые имеются в патологической анатомии, мы все-таки склонны считать, что пневмония должна находиться в основном диагнозе, вместе с хроническим бронхитом, и расцениваться она должна в клинике как проявление обострения хронического обструктивного бронхита с переходом на легочную ткань, то что во всех учебниках и раньше, и теперь называется бронхопневмонией.

Нозокомиальные (госпитальные) пневмонии следует считать вторичными пневмониями и они должны фигурировать в рубрике "осложнение".

Я полностью согласен со словами академика И.К.Пермякова при проведении "Круглого стола" по пневмониям в 1988 г., что диагноз пневмония должен быть этиологическим, как это принято в МКБ 9 и 10-го пересмотра. Это во многом бы разрешило споры о первичных и вторичных пневмониях, но нынешняя наша бедность бактериологических лабораторий в стационарах общего профиля не позволяет этого сделать.

Этих лабораторий мало, а оперативность имеющихся низка, что заставляет клиницистов назначать антибиотики эмпирически. Патологоанатомы вообще по существу лишены возможности ставить этиологический диагноз пневмонии. За 8 лет с прошлой дискуссии ситуация в этом вопросе практически не

изменилась. Следует приветствовать инициативу некоторых прозектур, использующих для этого цитобактериоскопию мазков-отпечатков во время аутопсии. Считаю, что на нынешнем этапе в поликлиниках и стационарах необходимо более широкое использование цитобактериоскопического исследования мокроты и трахеобронхиальных смывов. На 5-м Национальном конгрессе по болезням органов дыхания в консенсус по пневмониям было внесено предложение об использовании цитобактериоскопии для определения грам(+) или грам(-) флоры, что позволяет выбрать соответствующий антибиотик и тем самым уменьшить побочные эффекты и частоту осложнений в клинической практике. Таким образом, вопросы диагностики пневмоний и их место в клиническом диагнозе продолжают оставаться центральными в терапевтической практике.

*Чучалин А.Г.:* Уважаемые коллеги! Давайте подведем итоги на основании анализа почти 35 000 аутопсий, проведенных в Санкт-Петербурге и Москве. Патологоанатомы находят очень высокий уровень врачебных ошибок в сторону гипер- и гиподиагностики пневмоний, что позволяет сделать общее заключение, суть которого сводится к следующему:

1. Пневмония является одной из острейших проблем современной медицины.
2. Врач при подходе к этой болезни часто бывает неряшлив, формален, что является одной из причин, которые резко усугубляют эту проблему.

Ну, а теперь давайте сделаем такой срез: пневмония от внутриутробного периода до пожилого возраста. Обменяемся мнениями в подходе к диагностике, построению и разработке алгоритмов лечения этих больных.

*Байбарина Е.Н.:* Внутриутробная пневмония — для нас это очень серьезная и сложная проблема. По материалам Перинатального центра (места, где концентрируются тяжелобольные женщины с выражен-



ной гормональной и хронической инфекционной патологией), от 4 до 8% всех детей рождаются с внутриутробной пневмонией. В связи со значительными показателями возникла мысль о гипердиагностике. В тех случаях, когда это тяжелая пневмония, такая же доля пневмоний в структуре летальности, как и у взрослых. От 27 до 31% детей умирают от внутриутробной пневмонии. Сложности диагностики: 1. В раннем неонатальном периоде, когда бурно задействованы все системы и органы, все серьезные заболевания протекают одинаково (синдром дыхательных расстройств, менингит, сепсис, пневмония). Это может звучать непривычно, на самом деле это так и есть; 2. Особенности родильных домов (большинство родильных домов не оснащено рентгеновской техникой, работают рентгенологи, занимающиеся взрослыми пациентами, трактовка рентгенограммы у детей, если даже их и делают, оставляет желать лучшего, часто с анализом крови большие проблемы, особенности менталитета). Понимаете, неонатологу, работающему в родильном доме, очень тяжело поставить диагноз пневмония вообще, потому что за этим следует ряд организационных мероприятий: в родильных домах запрещено держать детей с пневмонией и их должны выписать в больницу. Часто квалификация врачей в родильном доме выше, чем у врачей в больнице общего профиля, где лежат дети разных возрастов, потому что новорожденных там знают не очень хорошо. Поэтому ставят диагноз: синдром дыхательных расстройств. Детей с таким диагнозом лечат на месте и лечат правильно, потому что при синдроме дыхательных расстройств обычно для профилактики назначаются антибиотики, и ребенок выздоравливает. Это очень серьезная проблема. Мы разработали диагностические критерии. Может быть это

вам тоже покажется странным, но, учитывая все эти особенности, выделены основные и вспомогательные критерии. Когда независимые эксперты у нас провели анализ по этим критериям наших собственных историй болезней, то процент расхождения диагнозов составил 22%. В общем это много. Протекают пневмонии тяжело, 58% детей нуждаются в искусственной вентиляции легких. В лечении больших новшеств нет: комплексная антибактериальная терапия (доходим до очень серьезных и мощных антибиотиков, когда мы уже сомневаемся, имеем ли мы право их применять), реанимация в полном объеме (искусственная вентиляция, длительное парентеральное питание, инфузионная терапия, внутривенное применение иммуноглобулина). Летальность составляет 6—8%.

*Чучалин А.Г.:* Это единственный проект, который был поддержан в рамках программы "Здоровье населения России", действительно, мы придаем этим исследованиям такое приоритетное значение. Елена Николаевна, когда ваши коллеги выступают, в частности профессор Антонов, возникает вопрос: эта пневмония возникает у ребенка при прохождении родовых путей (инфицирование дыхательных путей вследствие высокой инфицированности женщины, высокого уровня колонизации хламидийной инфекцией). Или эта пневмония возникает у ребенка, который еще находится в утробе до контакта с родовыми путями. Если можно, прокомментируйте эту часть, потому что она, мне кажется, очень важна.

*Байбарина Е.Н.:* Александр Григорьевич, мне трудно ответить на Ваш вопрос однозначно, потому что бывают ситуации, когда ребенок рождается и через 5 минут после рождения он попадает на искусственную вентиляцию легких, а мы находим через час после рождения обширные инфильтративные очаговые тени





в легких. Надо полагать, что за час она бы не развилась, это пневмония, которая развилась внутриутробно. Чаще всего матери инфицированы при этом стрептококком группы Б. Хламидийные пневмонии обычно возникают несколько позже. Механизм — аспирация содержимого в процессе прохождения через родовые пути, чаще всего возникают в конце первых суток. Но если пневмония развилась после 3 суток жизни, хотя врачи любят поставить диагноз внутриутробная пневмония, мы считаем, что это очень сомнительно.

*Зубков М.Н.:* Какова же этиология пневмоний у новорожденных? Вы сказали, что применяете мощную антибактериальную терапию, какие антибиотики? Это комбинированная терапия? То есть, какова ваша тактика?

*Байбарина Е.Н.:* Мы находимся в привилегированном положении, поскольку у нас есть микробиологическая лаборатория, и мы не лечим после 3—4-го дня жизни вслепую, а в зависимости от выделенной флоры. Поэтому я однозначно ответить не могу. Стандартная тактика начинается с антибиотиков широкого спектра действия: ампициллин с гентамицином, цефалоспорины, дальше уже в зависимости от выделенной флоры.

Хочу отметить, что акушеры ставить внутриутробную инфекцию на данный момент не могут вообще. Когда мы начинаем их “пытать”, чтобы они дали нам какие-либо критерии внутриутробной инфекции (так как при рождении плода, на их взгляд, здоровым, плод оказывается с сепсисом или с другими серьезными изменениями), конкретного ответа мы не получаем. В отношении флоры, я должна с сожалением сказать, что мы довольно часто видим и госпитальную флору, в том случае, если женщины тяжело больны и длительно лежали в стационаре до рождения этого ребенка. Они уже успели инфицироваться госпитальной флорой, и сразу после рождения у детей мы выделяем коагулазоотрицательный стафилококк.

*Чучалин А.Г.:* Конечно, это большая тема и мы могли бы полностью сконцентрироваться на ней, но хотелось бы сегодня сделать некоторый срез проблемы. Заканчивая эту тему, я хотел бы выделить, может быть, наиболее важные два исследовательских аспекта.

Первый связан с нашим российским ученым академиком Луценко Михаилом Тимофеевичем. Он работает с контингентом женщин, страдающих хроническими неспецифическими легочными заболеваниями: хронические обструктивные бронхиты, хроническая пневмония, бронхоэктазы. Академик Луценко показал, что наличие этих заболеваний у матерей является очень высоким фактором риска возникновения внутриутробных пневмоний. Подчеркиваю значимость этих двух независимых исследований, то, о чем говорила Елена Николаевна, и данные, которые получил академик Луценко. Очень важно ориентировать правильно врачей всех специальностей — педиатров, терапевтов, акушеров, гинекологов — это междисциплинарная проблема, что в данном случае хронические болезни женщины могут являться высоким фактором риска

возникновения такой тяжелой сложной патологии, которую следует отнести, конечно, к внутриутробной пневмонии.

Второе. Мы с Сергеем Владимировичем Яковлевым участвовали в симпозиуме по рокситромицину (эритромицину) и там было подчеркнуто: когда такие высокие факторы риска пневмонии — предпочтительнее назначение эритромицинов этой новой генерации. В отличие от фторхинолонов, которые влияют на развитие опорно-двигательного аппарата детей. Основная задача — добиться санирования родовых путей, тем более что инфекция, которая чаще всего колонизируется в родовых путях, как правило, чувствительна к макролидам, особенно новой генерации, по опыту французских коллег. Если можно, Сергей Владимирович, прокомментируйте эту часть.

*Яковлев С.В.:* Действительно, в последние годы появились новые препараты из класса макролидных антибиотиков, которые, можно сказать, вдохнули новую жизнь в эту важную группу препаратов. Когда мы говорим о лечении пневмонии не только в раннем детском возрасте, но и у взрослых, мы должны прежде всего учитывать, что высока доля атипичных микроорганизмов, которые могут вызвать пневмонию. Это всегда необходимо учитывать, тем более что классические антибактериальные препараты даже широкого спектра действия, пенициллины и цефалоспорины, не проникают внутрь клетки и, соответственно, не действуют на эти атипичные возбудители. Современные макролидные антибиотики, которые по спектру действия похожи на эритромицин, очень хорошо проникают в ткани и отличаются высокой эффективностью при лечении пневмонии как у детей первых лет жизни, так и у взрослых. Здесь были представлены убедительные данные о том, что по частоте использования антибактериальных препаратов при лечении пневмонии в настоящее время первое место все-таки отводится именно бета-лактамам антибиотикам, а макролиды занимают только 4-е место. Эти тенденции в настоящее время должны изменяться с учетом особенностей возбудителей пневмонии как у детей, так и у взрослых.

*Чучалин А.Г.:* Я хотел бы попросить профессора Таточенко Владимира Кириллович, который имеет очень большой опыт в области детской пульмонологии, продолжить эту тему.

*Таточенко В.К.:* В последние 10 лет мы изучали патологоанатомические данные по пневмониям. Осложнения в этой области связаны прежде всего с тем, что, во-первых, в число умерших от пневмоний включается огромное число детей, у которых пневмония была сопутствующим заболеванием. Менингит кончается летальным исходом, а перед смертью возникает терминальная пневмония, которая никак не может считаться причиной смерти. В этом отношении наши московские патологоанатомы, в частности, предложили очень хорошее деление: пневмония как основная причина смерти — единственная, пневмония как конкурирующая причина смерти, где одно без другого не привело бы к летальному исходу — это собственно



смерть от пневмонии и пневмония как сопутствующее заболевание. Когда мы взяли московский материал за целый год, то оказалось, что половину пневмоний можно отнести к сопутствующим заболеваниям. Осталась сравнительно небольшая смертность от пневмоний как от основной и конкурирующей причины смерти. Во-вторых, смущающее обстоятельство — это зачисление в летальные исходы от пневмонии детей, погибших от гипертоксических форм респираторных инфекций. Там, действительно, бывают пневмонии, но молниеносность наступления смерти (первые—вторые сутки) не позволяет трактовать эти случаи как пневмонии и обвинять врачей в том, что они не назначали детям антибиотики. Число таких детей примерно равно числу детей, умирающих от пневмонии. В-третьих, смущающее обстоятельство заключается в том, что много детей погибают от синдрома внезапной смерти. Им по ряду обстоятельств, чтобы не заводить уголовное дело, судебные медики ставят диагнозы пневмонии. Единственный способ доказать, что там не было пневмонии, — сопоставить патологоанатомическую картину у детей, которые действительно умерли от пневмонии, и там, где мы считали синдром внезапной смерти. Ни в одном последнем случае макроскопически пневмонии не было. Но мы поставили вопрос, можно ли умереть от пневмонии, когда на секции не видят макроскопической картины пневмонии. Это смутило патологоанатомов и судебных медиков. Не долгое время они ставили диагноз: синдром внезапной смерти, а потом вновь опубликовали статью, что никакого синдрома внезапной смерти у нас нет. Надо сказать, что у нас немного этих больных, но число внезапно умирающих детей сопоставимо с числом детей, умирающих от пневмонии. Так что эта проблема для педиатров не меньше, чем предыдущая. Мы это проверили не только в Москве, но и в нескольких других городах.

Если отбросить вот эти смущающие случаи, то заболеваемость пневмонией у нас по эпидемиологическим данным от 5 до 15 на 1000 детей в год, а смертность от пневмонии составляет небольшой процент от общей детской смертности, что не вызывает особой тревоги. Но в Москве среди умерших детей от пневмонии 50% умерли от внутрибольничной пневмонии. Случаи гиподиагностики, такой, которая окончилась летальным исходом, есть, но их немного — это дети с большими уродствами, родители которых просто не обращаются к врачу, или дети, которых усиленно лечат жаропонижающими, пропуская пневмонии, которые бывают часто немими. Снижая температуру, врач как бы успокаивается, пока не становится поздно. Это то, что касается патологоанатомических аспектов.

По диагностике: я с интересом прослушал, что делается у взрослых. Относительно ситуации у детей, я даже не могу сказать хуже или лучше, потому что диагноз пневмония служит пропуском для госпитализации. Поскольку госпитализация больного снимает ответственность и заботу с участкового врача, то можно себе представить, что есть значительное количество участковых врачей, которые просто при осмотре

больного кроме температуры ничего больше не определяют и направляют в стационар. Я не имею в виду здесь какие-то умышленные причины, но та система, которая у нас сохранилась с посещением больного на дому, которая не сохранилась больше нигде в мире, не эффективна, поскольку человек, вооруженный стетоскопом — не самая хорошая диагностическая единица. Стетоскоп — это не самый современный способ диагностики. Еще пример — наличие хрипов у ребенка с бронхитом. Как сказал один педиатр, когда я слышу хрипы, я не могу не поставить диагноз пневмонии. Отсюда колоссальная гипердиагностика. Даже не пишут диагноз пневмония, но лечат антибиотиками. В Москве — 65% всех детей с неосложненной вирусной инфекцией получают антибиотики, в других городах — еще больше. Вот такая ситуация с диагностикой.

Недавно мы приняли классификацию, которая соответствует консенсусу, она опубликована в журнале "Пульмонология". Там выделяют две основные группы — внебольничные и внутрибольничные пневмонии, поскольку подход к терапии, к выбору антибиотиков и составлению алгоритмов лечения совершенно различен. Еще имеются две группы: 1) перинатальные пневмонии, которые тянутся с перинатального периода и которые достаются педиатрам уже вне родильного дома; 2) пневмонии у детей с иммунодефицитными состояниями. Вторичные пневмонии у нас, конечно, встречаются в основном при муковисцидозе. Хронического бронхита у нас мало или вообще нет, поэтому это не является проблемой.

Что касается рентгенодиагностики, то мы уже 15—20 лет назад приняли "золотой стандарт", что пневмонией является заболевание, при котором имеются инфильтративные очаговые изменения. Это не значит, что диагноз пневмонии ставится только после рентгеновского исследования, но все-таки нужно ставить диагноз, рассчитывая на то, что если сделать ребенку рентгеновское исследование, то там будет видна пневмония. Рассматривать под микроскопом рентгеновский снимок не надо, пневмония видна достаточно хорошо в подавляющем большинстве случаев. Сейчас этот "золотой стандарт" принят и во Всемирной Организации Здравоохранения. Американцы тоже пересматривают свою точку зрения, когда считалось, что бронхиолит и пневмония — это одно и то же. У нас это заложено в классификации и проблем не вызывает.

Говоря об этиологии пневмонии отметим, что мы проводили в течение 15 лет мониторинг флоры, но сейчас наша клиника физически закрылась и мы не имеем возможности этого делать. За это время сложились совершенно четкие представления о возбудителях: пневмококк резко возрастает со второго полугодия жизни и после трех лет из бактериальных возбудителей практически является единственным. Стафилококк, если и играет роль, то при внутрибольничных инфекциях у детей первых месяцев жизни, но сейчас основная масса пневмоний у детей первого полугодия жизни — это хламидийная пневмония, афебрильная, с диссеминированной картиной на рентгенограмме. Диагноз можно диагностировать и клини-



чески, если удастся в институте им. Гамалеи платно сделать анализ на антитела к хламидиям. С определенного возраста (трудно сказать, с 3, 4 или 5 лет) нарастает количество микоплазменных пневмоний, но диагностика микоплазмоза очень сложна. При применении самых современных методов отмечено, что 65% всех детей с ОРЗ имеют антиген микоплазмы. Совершенно ясно, что она не во всех случаях является этиологическим агентом, а по нарастанию титра антител в стационаре идет очень интенсивный обмен возбудителями, поэтому это также не дает возможности ставить диагноз. Что касается бактериальных возбудителей, мы ставим диагноз по количественным высевам. Чаще из бронхиального аспирата либо по нахождению антигена в средах: в крови или в плевральной жидкости. Капсульной гемофильной инфекции у нас, почему то, очень мало. У нас в Москве регистрируются 3—4 случая в год. В то же самое время в Средней Азии 23% всех деструктивных пневмоний, там где есть плеврит, вызваны гемофилюсом Б. Мы обнаружили очень интересные данные по различным серотипам пневмококка и пришли к выводу, что тяжелые осложненные пневмонии с деструкцией возникают либо при заражении какими-то особо злыми типами, такими как третий и девятый, либо при заражении тем пневмококком, который не циркулирует среди носителей. То есть первый раз встреча ребенка с новым серотипом пневмококка, если ему не повезет и пневмококк попадет в легкие, кончается тяжелой пневмонией. Мы об этом судим потому, что эти дети обычно дают первичный типоспецифический ответ с нарастанием сначала IgE-антител. В то же время при обычных осложненных пневмониях имеется уже на первой неделе жизни высокий уровень IgG антител. Так, можно думать, что все-таки при вторичном ответе идет натуральная иммунизация к пневмококкам. Если с этим серотипом больной встречался и если ему не повезет, он заболит не самой тяжелой пневмонией.

Хотелось бы обратить внимание на очень высокую частоту иммунопатологических изменений у детей с пневмококковой, гораздо реже с гемофильной, пневмонией — это метапневмонические плевриты, которые часто служат поводом для слишком интенсивной терапии, приводящей иногда к летальному исходу. Обычно через несколько дней после начала лечения улучшается картина плеврального экссудата, но вдруг он нарастает, и мы видим серозный, серозно-фибринозный плеврит с малым числом клеток. Вот эти метапневмонические плевриты мы иногда даже называем безмикробные формы, безмикробные лихорадки, лихорадки иммунопатологические. Применение антибиотиков и противовоспалительных средств дает хорошие результаты. При этом преднизолон назначать рискованно, потому что у таких больных часто бывает деструкция и возникает опасение, что это связано со стероидами. По выбору антибиотиков: если установлена диффузная пневмония у ребенка первых месяцев жизни — это новые макролиды. Они удобные, так как выпускаются в детской форме. А также эритромицин,

хотя он и вызывает желудочную диспепсию, если это не пневмоцистная пневмония, которая, надо сказать, бывает крайне редко без СПИДа, но все-таки встречается. Если это ребенок с массивной пневмонией первого полугодия жизни, мы рекомендуем средства, которые действуют на стафилококк и кишечную флору (чаще встречаются у этих детей, но если вдруг выявится пневмококк, то он будет прикрыт) — оксациллин с ампициллином, ампиокс либо цефалоспорины с гентамицином. Для пневмоний с гомогенным видом на рентгенограмме у более старших детей рекомендуют пенициллины, при менее гомогенных и при наличии обильных хрипов, там где можно подозревать микоплазменную пневмонию, мы рекомендуем применять макролиды. Вообще макролиды действуют хорошо и на пневмококк, так что мы склоняемся к макролидам. Более того, мы обнаружили, что педиатры нещадно колют детей, у нас имеются данные, что при лечении пневмонии проводят до 75 разных инъекций. Это колоссальное количество. Мы сейчас довели число инъекций в среднем до 4, учитывая все тяжелые и легкие пневмонии. 85% детей мы рекомендуем лечить оральными препаратами — это пенициллин, может быть амоксициллин или длинный список макролидов, а также эритромицин и олеандомицин. Они вызывают меньший дискомфорт и дешевле. В более старшем возрасте нужно отдавать предпочтение макролидам, будь то микоплазма или хламидийная пневмония. Мы видели несколько случаев хламидийной пневмонии, протекающей с ангиной и лимфаденитом, где макролиды дали прекрасный результат. Либо назначать клотримазол, бисептол.

И последнее, об интенсивной терапии. Мы боремся, можно сказать не очень успешно, с представителями реанимационной службы и требуем от них резкого снижения внутривенных вливаний жидкости для больных с пневмониями, но они убеждены, что жидкость спасает. Мы имеем доказательства и провели различные исследования, что жидкость ребенок с пневмонией должен получать орально, а при необходимости применения антибиотиков либо сердечных средств ограничивать количество жидкости 15—20—30 мл на 1 кг веса за целые сутки, поскольку респираторный дистресс-синдром наступает, по-видимому, и в том числе от использования слишком большого количества жидкости, особенно кристаллоидов.

*Чучалин А.Г.:* Большое спасибо. Чтобы закончить педиатрическую тему попросим выступить профессора Каганова, для того чтобы у нас возникло объединяющее представление о детской пульмонологии и пневмонии.

*Каганов С.Ю.:* Открывая настоящий “Круглый стол”, Александр Григорьевич говорил, что пневмонии имеют очень большое значение для современной медицинской клинической практики. Я дополню выступление Владимира Кирилловича Таточенко тем, что, мне кажется, имеет существеннейшее значение в педиатрии. Мы все время говорим о том, что должны снижать младенческую смертность. Младенческая смертность (смертность детей до года) — это показатель уровня



медицинской организации в том или другом регионе, в той или другой стране. Надо сказать, что среди причин младенческой смертности болезни органов дыхания и пневмонии занимают 3-е место. Это очень существенно, это проблема управляемая, и если своевременно ставить диагноз и своевременно лечить этих больных, то смерть обычно не наступает. Между тем я хочу сказать, что смерть детей от пневмонии наступает, когда ребенок правильно лечится, в том случае, если имеют место родовые повреждения и болезни матери. По последним статистическим данным, только 36% матерей имеет нормальные роды, у остальных — те или другие патологические отклонения. Мне кажется, это весьма существенно, потому что большинство детей умирает не от пневмонии, а с пневмонией. Причиной смерти может быть непосредственно и пневмония, но основная причина смерти — это поражения центральной нервной системы, родовые травмы, врожденные пороки развития — это первое, что я хотел отметить. Во-вторых, существенно отметить, что среди детей, которых госпитализируют в педиатрические стационары, примерно 40% — это дети с болезнями органов дыхания. Ежегодно госпитализируются в стационары страны 5,5—5,7 млн. детей. Это очень большие показатели больных детей, связанные с болезнями органов дыхания, в том числе и пневмонией. Еще один очень важный аспект: несвоевременный, ошибочный диагноз приводит к тому, что дети нередко умирают в первые сутки поступления в больницу. Досуточная смерть для больных с болезнями органов дыхания очень часта. С пневмонией, например, умирают в первые сутки 36% детей. Это огромные цифры. И это свидетельствует о том, что или родители не обращаются в медицинские учреждения, или врач недооценивает состояние этих больных. Могут быть неадекватная терапия, запоздалая госпитализация. И все это имеет уже не только медицинское, но и огромное социальное значение.

Кроме того, я должен сказать, что даже когда дети попадают в стационар, то они тоже не всегда выходят здоровыми. Примерно 3,5% детей первого года жизни с пневмонией умирают, причем эти цифры больничной летальности за последние годы держатся все время на 3,5—4%. Если бы мы сумели уменьшить эти летальные исходы от пневмонии, то у нас снизилась бы и младенческая смертность, которая сейчас составляет 18,1 на 1000 родившихся детей. Мне кажется, что это очень важно. Возвращаясь к тому, о чем я уже говорил, хочу отметить, что в педиатрической практике в борьбе с пневмонией мы не достигнем успеха, если не будем работать вместе с акушерами, которые работают над оздоровлением женщин, для того чтобы обеспечить нормальное течение родового акта. Это весьма существенная деталь борьбы с бронхолегочными заболеваниями в раннем детском возрасте.

*Чучалин А.Г.:* Четыре года назад я участвовал в совместном съезде педиатров и акушеров-гинекологов, который проходил в Челябинске. Там было привлечено большое внимание к проблемам женщины, ожидающей ребенка, обсуждали, кто из врачей должен

ее наблюдать. Акушер — это узкий специалист, который фиксирует определенные изменения, физиологические или патологические. А беременная женщина может иметь целый ряд болезней, например пороки сердца, хронические легочные заболевания, диабет. Опыт наблюдения и специалисты, которые имеют профессиональную подготовку в ведении таких женщин, утеряны в стране. Это одна из серьезных проблем. Должен быть треугольник: акушер, педиатр и интернист-терапевт. Потому что, если терапевт не будет заниматься оздоровлением женщины, понимать эту проблему, то создается очень высокий риск возникновения травмы и рождения ребенка, который имеет серьезную легочную патологию, то о чем говорил профессор Каганов.

*Каганов С.Ю.:* Вы абсолютно правы. У меня есть статистические данные, что у женщин, которые закончили беременность, анемия была в 34% случаев, болезни почек — в 12%, болезни системы кровообращения — в 7%.

*Чучалин А.Г.:* Уважаемые коллеги! Здесь собралась аудитория, которая в основном представлена терапевтами-интернистами. Они, конечно, с нетерпением ждут услышать, как наши лидеры в терапии видят сегодняшнюю проблему. Я уже сказал о большом вкладе, который сделал Владимир Петрович Сильвестров в изучение пневмонии.

*Сильвестров В.П.:* Проблемы, которые изложили педиатры, очень тревожны. И они в значительной степени повторяют то, что мы будем сегодня рассматривать у взрослого населения. Из предыдущих выступлений хочется отметить стремление уменьшить, хотя это суждение может быть и неверным, число умерших от пневмоний. При разделении смерти от пневмонии, как основного, конкурирующего и сопутствующего заболевания, оказывается не такая уж высокая смертность детей. Правильно ли это? Не знаю. Но это настораживает. Также настораживает то, что говорила Елена Николаевна о постановке диагноза пневмонии в перинатальном отделении, это ведет к выписке больного. Какие-то организационные выводы надо делать, потому что вопрос сложный, требующий участия специалистов. Доктор Черняев и его группа представили прекрасный патологоанатомический материал по двум городам. 10—15 лет назад такого подробного анализа, может быть, не делалось, но и тогда было 30% расхождения диагнозов и сейчас, в наши дни, примерно 30% неправильных диагнозов, которые настораживают. С чем это связано? Причин много. Может быть, это и низкая оснащенность лечебных учреждений, низкая подготовленность врачей по разделу пульмонологии. Здесь надо принимать какие-то меры для повышения уровня знаний. Ну и, конечно, вопросы лечения. С каждым годом появляются все новые и новые антибактериальные препараты. Новые самые мощные внедряются в нашу практику, а умирать продолжают. В чем же дело? Либо мы неправильно используем эти препараты, либо какие-то другие причины надо искать. Вопрос требует очень детального изучения. И то, что вы подняли его, это очень справедливо.



Чучалин А.Г.: Спасибо. Уважаемые коллеги! Я бы хотел привлечь ваше внимание к той дискуссии, которая сейчас активно ведется, особенно в Западной Европе. В частности, затрагивается такая проблема подготовки специалистов из области пульмонологии. Как должен сформироваться пульмонолог и какими навыками должен обладать врач общей практики? Задача современного медицинского образования состоит в том, чтобы врач максимально был подготовлен по ведению больных пневмонией. Этим обязан заниматься каждый врач общей практики, а к специалисту должны направлять очень тяжелых больных. Он также будет заниматься сложными диагностическими случаями и как специалист анализировать ситуацию, которая складывается на национальном уровне. Поэтому мы придаем большое значение сегодняшней встрече — это наше понимание проблемы на национальном уровне. И, конечно, беспокоит, что в стране нет этого стандарта, а тот, который сегодня обсуждается в Европе, до нас не доходит. Отсюда очень противоречивые данные о диагностике, о методах лечения. Создание таких стандартов — одна из задач, которую мы должны выполнить, а также постараться их внедрить. Очень важны геронтологические аспекты, так как терапевтические отделения городских больниц часто напоминают геронтологические. Профессор Дворецкий Леонид Иванович имеет публикации и выступления по этому поводу, свой конкретный врачебный опыт по ведению таких больных.

Дворецкий Л.И.: По-видимому, сегодня можно еще раз вспомнить слова Ослера, который сказал более 100 лет назад, что пневмония является другом стариков. Немножко образно и иронично, однако может иметь зловещее обозначение. На сегодняшний день пневмония является одной из серьезных проблем гериатрической практики. Диагностика ее у пожилых может иметь определенные трудности по ряду причин. Прежде всего она заключается в том, что пожилой человек, как правило, страдает двумя или более заболеваниями. Вот эта полиморбидность нивелирует симптоматику пневмонии, как клиническую, так и рентгенологическую. Достаточно сказать, что те признаки, на которые практический врач ориентируется в диагностике пневмонии, как, скажем, формирование легочного инфильтрата, определяемого с помощью физикальных и рентгенологических исследований, у пожилого больного не всегда могут быть выявлены. Хотя бы потому, что часть из этих пожилых больных страдает некоторой степенью алиментарного дефицита, дегидратацией; пропотевание в альвеолы нарушается, нарушается также миграция клеточных элементов и т.д. Второе — масса фоновых заболеваний. Здесь надо сказать, что, по-видимому, пневмонии у гериатрического контингента все вторичны в понимании патологоанатомов, хотя с точки зрения клиницистов кажется не очень правильным говорить о первичных и вторичных. А в гериатрической практике, наверно, эти пневмонии надо считать как пневмонии, развившиеся у больных с фоновой патологией. Интересно, что эта фоновая патология не только предрасполагает к разви-

тию пневмоний, не только нивелирует симптоматику пневмоний, но и в известной степени определяет этиологический характер возбудителя пневмонии. Знание его должно помогать при начальной терапии и при выборе первоначального антибиотика. Например, пневмония у больного сахарным диабетом. Хорошо известно, что наиболее частыми возбудителями пневмоний у этих пациентов являются клебсиелла и стафилококк. Пневмония, развившаяся у больных либо в период острого нарушения мозгового кровообращения, либо у пациентов, перенесших инсульт с соответствующими стволовыми расстройствами, то есть с риском аспирации. Аспирационные пневмонии — это прежде всего пневмонии, вызванные анаэробной инфекцией, попадаемой из ротоглотки, либо грамотрицательной флорой. Пневмония, развившаяся у больных после операции и находящихся в реанимационных отделениях, вызвана тоже, как правило, грамотрицательной флорой, в основном синегнойной палочкой. То есть здесь очень важен чисто ситуационный анализ, в какой клинической ситуации пневмония развилась, у какого пациента. Пневмония, которая развивается у больных с выраженными иммунодефицитными состояниями или, например, такая облигатная старческая патология, как хронический лимфолейкоз. Это тяжелое лимфопролиферативное заболевание, болеют в основном лица пожилого и старческого возраста. Тяжелый иммунодефицит у этих больных способствует развитию пневмонии, как и других инфекций. Она вызывается чаще грамотрицательной флорой.

Следующее, о чем я хотел сказать, это о роли госпитализма в развитии пневмонии. На прошедшей конференции "Пожилой больной и качество жизни" я несколько утрировал, говоря, что пожилых больных не нужно госпитализировать. Но речь идет вот о чем. Примерно у 6% больных, находящихся в домашних условиях, выявляется колонизация респираторных слизистых грамотрицательной флорой (гемофильная палочка и другие микроорганизмы). В интернатах для престарелых она достигает 20%, а у больных, находящихся в стационарах, 40%. Вот один из факторов развития госпитальных пневмоний или, как мы говорим, нозокомиальных пневмоний в широком смысле, потому что нозокомиальная инфекция — это инфекция, которая бывает не только в стационарах, но и в интернатах для престарелых. Поэтому совет и ориентировка практических врачей в отношении пожилого контингента: госпитализация должна быть строго обоснована, строго по показаниям. И уж если пожилой больной без особых показаний попал в стационар, то с учетом тех данных, о которых я говорил, он должен быть максимально быстро выписан на амбулаторное дообследование и лечение.

Очень важный вопрос классификации пневмоний. Как ставить диагноз пневмонии, как его формулировать в развернутом варианте, особенно у больных пожилого и старческого возраста? Общепринято разделение на группировки пневмоний. Скажем, пневмонии распространенные, или, как их называют, пневмонии в тесно общающихся коллективах, могут иметь меньший



удельный вес в пожилом возрасте. Конечно, следует выделять пневмонии на фоне тяжелых соматических заболеваний: обструктивные заболевания легких, сахарный диабет, хроническая почечная недостаточность, мозговые сосудистые расстройства и так далее. Обязательно следует выделять аспирационные пневмонии, а также, как я уже сказал, пневмонии госпитальные, нозокомиальные в широком смысле. И наконец, пневмонии, развившиеся на фоне тяжелых иммунодефицитных состояний. Эта ситуация врачам тоже хорошо известна: пациент, получающий длительную глюкокортикоидную терапию при бронхиальной астме, ревматоидном артрите; онкологические больные, получающие цитостатическую, лучевую терапию, где очевиден иммунодепрессивный эффект и иммунодефицитное состояние. Я повторяю, что подобная классификация с обязательным отражением фоновой патологии дает нам ориентировку в выборе антибиотиков.

И последнее. Конечно, очень важный этап ведения больного пневмонией, в особенности пожилого и старческого возраста, — антимикробная терапия. Самым существенным моментом здесь является выбор первоначального антибиотика. К сожалению, первоначальный антибиотик сейчас, как показывает наш опыт, назначается без четкой аргументации и четкой логики выбора этого антибиотика. Чаще всего ориентируются на то, что есть в наличии, во всяком случае отсутствует определенный подход. Возвращаясь к вышеизложенному, хочу сказать, что выбор первоначального антибиотика должен исходить из той клинической ситуации, в которой возникла пневмония у пожилого больного. При этом он носит уже не такой эмпирический характер, он имеет свою четкую логику выбора и в дальнейшем может оказывать определенное значение. Первоначальный выбор антибиотиков — это не только эффективность и дальнейший успех или неуспех лечения, он подразумевает совершенно очевидные экономические аспекты, которые, конечно, в наше время имеют значение, особенно для лечения гериатрического контингента больных пневмонией.

*Чучалин А.Г.:* Уважаемые коллеги! Когда выступал Леонид Иванович, я вспомнил статью, которую я сейчас готовлю. Это история болезни и смерти Ивана Петровича Павлова. Я позволю себе напомнить некоторые данные в качестве продолжения темы, которую развивает Леонид Иванович. Итак, 26 февраля 1936 года Иван Петрович Павлов приехал в Колтуши и почувствовал общее недомогание, у него повысилась температура до 38°C, была "тяжелая голова". Он уехал в Ленинград. К вечеру температура у него упала, появился сухой кашель. Его наблюдал профессор Бохк из ленинградского медицинского университета, который очень встревожился и быстро вызвал Дмитрия Дмитриевича Плетнева из Москвы. Плетнев в то время являлся одним из ведущих специалистов в терапии, кардиологии, пульмонологии. Так было предуготовлено судьбой, что чуть больше, чем через год, он столкнется приблизительно с такой же историей болезни, но уже у Горького. Как вы знаете, он потом будет репрессирован и ему инкри-

минировалось, что Павлов умер по его вине. 27 февраля состояние Павлова было тяжелым, температура не падала, появилось кровохарканье и врачи и профессора, которые его наблюдали, отметили появление хрипов в легких, что расценивали как диффузный двусторонний бронхит. 28 февраля состояние Ивана Петровича Павлова продолжало оставаться тяжелым, температура падала на непродолжительное время после приема салицилатов, но вновь повышалась. У него появился бред. И тогда, во время бреда, ему ввели пантопон, больной заснул, а ночью развился токсический отек легких. Смерть наступила в 2 часа 45 минут в ночь с 28 на 29 февраля.

Я хотел бы отметить, что иногда пожилые люди настойчиво обращаются к своим врачам — не лечите. С такой просьбой обратился Василенко. Умирая от пневмонии, он просил врачей не вводить ему лекарство. С такой же просьбой к врачам обратился академик Тареев Евгений Михайлович — не лечите, не вводите мне лекарственных препаратов. При пневмониях, как известно, бывают определенные состояния, связанные с гипоксией головного мозга, которые проявляются агрессивным поведением пациентов. Но в таких просьбах есть и очень большая правда, потому что, действительно, та агрессия, которая идет от медикаментозного лечения, конечно, может резко ухудшить состояние больных. В своем выступлении Владимир Кириллович приводит примеры некоторых форм течения пневмоний у детей, которые также встречаются и у взрослых. Скажем, появление метапневмонического плеврита и некоторые другие. При этом надо усиливать антибактериальную терапию или применять более сдержанные режимы терапии антибиотиков? Это колоссальнейшая проблема, которая обсуждается абсолютно на всех уровнях. Проблему можно поставить так. Скажем, если бы это произошло сейчас, и мы имели бы дело с таким пациентом, как Иван Петрович Павлов, наши усилия были бы успешны? Потому что тогда не было антибиотиков, ввели салицилат, много ввели камфоры и в ночь, когда он умер, ввели пантопон. Тогда еще было увлечение клизмами. Вот все лечение.

Мы попытаемся ответить на все эти вопросы. Может быть дальше всех ушел профессор Лойд. Он работает в берлинской клинике и является одним из лидеров программы построения лечения при пневмонии. Я думаю, что он более правильно ориентирует врачебную среду не только в выборе антибактериальных препаратов, но и в оценке эффективности ее практически по дням. Эта оценка не значит быстрой смены терапии, назначенной эмпирически, вторые сутки являются критическим днем в определении лечения этих больных. Я думаю, что для пожилых это имеет колоссальнейшее значение. Эта оценка должна быть проведена очень быстро, в первую очередь клинически. Основной вопрос: насколько эффективна антибактериальная терапия?

Второе правило, которое исходит от этого евростандарта: антибактериальное лечение пневмонии должно укладываться в очень короткий период времени, то



есть сейчас это трехдневные, пятидневные курсы лечения и так далее. Поэтому я прошу Вас быть максимально внимательными к вопросам, которые обсуждаются.

Мы не будем сейчас говорить и давать какое-то определение классификации, но та классификация, которая циркулирует в рамках Европейского респираторного общества и Американского торакального общества, и есть согласительный документ, который готовил профессор Лианфонт. Я думаю, по-русски более адекватный термин — пневмония, опуская слово "острая", потому что в данном случае пневмония является острым заболеванием. Пневмонии, которые возникают в условиях медицинских стационаров, как поликлиник, так и больниц, — это так называемые госпитальные пневмонии. Многие пытаются выделить пневмонии амбулаторно-поликлинические и пневмонии, которые возникают в условиях стационара. Они гетерогенные. Скажем, пневмонии блоков интенсивной терапии, пневмонии, которые возникают у неонатологов, пневмонии, которые возникают при нахождении большого количества больных в стационарах, например, таких как городские больницы. Некоторые пульмонологические отделения усердствуют, стараясь содержать большее количество больных, не понимая, что создают условия для того, чтобы больной обязательно заболел пневмонией, находясь в таких скученных условиях. Пневмония у лиц, которые имеют изменения со стороны иммунного статуса, иммунокомпromетированные больные — это новое, что появилось. Опять вернулись к необходимости выделить аспирационную пневмонию. Для России это имеет, я считаю, огромное значение, потому что проблема отравления и употребления алкоголя как причина смерти в условиях России вышла на одно из первых мест. Ориентировать врачей на пневмонию алкоголиков при отравлениях, мне кажется, очень важно. Велик удельный вес пневмоний, которые возникают вследствие изначальной вирусной инфекции дыхательных путей и присоединении в последующем бактериальной флоры. Владимир Кириллович тоже поднимал эту тему и приводил примеры возникновения пневмоний, особенно при таких молниеносных формах течения некоторых вирусных заболеваний, когда бактериальное начало не успевает разыгрываться. Я приводил вам пример заболевания и смерти Ивана Петровича Павлова и Горького и др., где болезни начались как гриппозное состояние и где бактериальная инфекция не смогла разыграться. Так что это актуально для педиатрии, взрослой клиники и геронтологических клиник. Я думаю, что если мы сравним дискуссию 1988 г. с этой, то выделяем аспирационные пневмонии и вновь возвращаемся к вирусно-бактериальным пневмониям. Но это не значит, что в классификациях нужно опустить этиологию пневмоний, это отдельная глава. Скажем, хламидийные пневмонии, пневмонии, которые вызываются легионеллами, пневмонии микоплазменные, пневмонии, вызванные различными формами *Haemophilus influenzae* и так далее. То есть этиология должна быть указана обя-

зательно. Также обязательно должна быть топоческая диагностика, определение тяжести, течения заболевания — это все старые принципы, они должны войти в ту прагматическую классификацию, которая как согласительный документ между двумя большими обществами является единой. Я еще раз обращаю ваше внимание, что можно проводить новые научные дискуссии, но если не учитывать евростандарт, не ориентироваться на международные мнения специалистов — все остальное будет признано неправильным. В данном случае нужно выполнять международные требования в постановке диагноза. Далее мы приступаем к следующей теме, которая имеет очень большое значение в пульмонологии, — это клиническая микробиология.

Зубков М.Н.: Вспоминая дискуссию 1988 г., где мы также поднимали вопрос этиологии пневмоний, я хочу просто напомнить об этиологических агентах, которые мы у больных бактериальными пневмониями выделяли на первое место. Это пневмококки, причем у лиц пожилого возраста и в детской группе 8—14 лет пневмококки значительно преобладали и выделялись у 70—90% пациентов. Далее следовали гемофильные палочки, причем у детей выделялись чаще, чем у взрослых, соответственно 36 и 15%. Также мы отмечали значительную колонизацию ротоглотки у пожилых людей грамотрицательными бактериями, причем этот процент у нас достигал 60, то есть 60% пациентов имели в ротоглотке в субдиагностических титрах энтеробактерии, которые являлись потенциальными возбудителями суперинфекций. Что же изменилось сейчас, за эти 8 лет? Несколько изменились наши представления об этиологии пневмонии. Во-первых; сформировались хламидийные пневмонии. Мы все время говорим "хламидийные пневмонии", однако здесь очень четко нужно отличать виды хламидий. Когда мы говорим о хламидийных пневмониях, возникающих у новорожденных, имеем в виду прежде всего *Chlamidia trachomatis* — те хламидии, которые передаются половым путем, а если мать была инфицирована (сейчас очень высокий удельный вес инфицированных женщин), то с большой вероятностью у ребенка возникнет эта пневмония. Мы в свое время проводили обследование 10 новорожденных в возрасте до 3 месяцев из Филатовской больницы с пневмонией неясной этиологии. В пяти случаях нами была диагностирована пневмония, вызванная *Chlamidia trachomatis*. Когда параллельно стали обследовать матерей, то в трех случаях у матерей также был выделен из вагины тот же микроорганизм. Когда мы говорим о хламидийных пневмониях у взрослых, мы имеем в виду уже другой вид пневмонии, вызванный *Chlamidia pneumoniae*, раньше это был штамм-2. И фактическое открытие произошло в 1986 г. Мы, говоря об атипичных пневмониях, в первую очередь имели в виду микоплазмы и легионеллы, с хламидиями у нас даже как то не возникал этот вопрос. Сейчас считают, что эти хламидии составляют 10% от всех пневмоний — это одни данные, вторые данные — они занимают 4-е место по этиологической структуре пневмоний; все это зарубежные данные.



Что еще изменилось? Сейчас совершенствуются методы диагностики так называемых сапрофитных нейссерий. Мы так и писали — сапрофитные нейссерии и не определяли чувствительность, не проводили идентификацию. Сейчас, по зарубежным данным, второе—третье место в качестве этиологического фактора, правда всех бронхолегочных инфекции, а сюда входят пневмонии и обострения хронического бронхита, занимает так называемая *Moraxella* или раньше ее называли *Branhamella catarrhalis*. Роль этого возбудителя практически не освещена в отечественной литературе. Почему? Да потому, что просто его не умеют идентифицировать. Сейчас появляются новые подходы, в частности это новый метод PSR, основанный на определении нуклеиновых кислот. С выходом этих диагностикумов возможности наших микробиологов резко возрастают. Сейчас возникает проблема пневмококков. Мало того, что у них растет резистентность к пенициллину, но они резко изменяют свои свойства. Их трудно стало идентифицировать. Мы считаем, что разработка новых подходов, пересмотр схемы диагностики помогут все-таки в идентификации этих возбудителей.

Еще мне очень хотелось бы затронуть следующую тему. Андрей Львович говорил о том, что действительно этиология важна, но уровень лабораторий часто бывает низким и не везде удовлетворяет необходимым требованиям. А мне хотелось бы сказать, что имеет место и другая ситуация. А именно, когда великолепная и хорошая лаборатория не востребуется клиницистами. Пример есть — это больница в Москве на Открытом шоссе, когда фактически пульмонологи считают, что они могут обойтись без бактериологической лаборатории.

И еще один, мне думается, очень важный вопрос. Для того, чтобы бактериолога сделать полноправным, полноценным участником лечебно-диагностического процесса, клиницисты в первую очередь должны с ними разделить ответственность по установке этиологического диагноза. Мне очень понравилось, что здесь говорил Леонид Иванович в отношении классификации пневмоний, где мы уже предполагаем возможный этиологический возбудитель. Так вот, если в направлении на исследование будут указаны: возраст больного, диагноз (чего кстати часто не бывает) и, допустим, предположение — атипичная пневмония или госпитальная пневмония, тогда поиск возбудителя или направление, генеральная линия проведения анализа, будет более логичная. Потому что, если подходить всем комплексом, всем арсеналом средств, которые имеются у бактериолога, — дорого, трудоемко и занимает время. И еще один момент. Все-таки, по всей видимости, между клиницистом и лабораторией должно быть какое-то связующее звено. Одним из таких специалистов может явиться химиотерапевт. Кто это будет? Или это клиницист с хорошим уровнем знаний микробиологии, основ классификации, возможностей, либо бактериолог, но лучше с медицинским образованием, потому что чаще работают биологи. Учитывая такое разнообразие пневмоний, разнообразие этио-

логических агентов, надо суммировать накопленный опыт и создать алгоритмы обследования при пневмонии.

*Чучалин А.Г.:* В прошлый раз в нашей дискуссии принимал участие академик Навашин Сергей Михайлович. Я позволю себе процитировать начало его речи: “Я выступаю здесь как представитель несуществующей у нас в стране науки — клинической химиотерапии”. Прошло 8 лет, но, к сожалению, эта наука у нас так и не состоялась. И тем более обидно, что во всем мире лечение пневмоний — это работа обязательно клинициста и бактериолога, и тогда, конечно, можно добиваться высоких результатов. Итак, мы приступаем к следующему этапу — это лечение, и я прошу Сергея Владимировича Яковлева, чтобы он раскрыл эту тему.

*Яковлев С.В.:* Вопрос о лечении пневмонии действительно актуальный и, как сказал Александр Григорьевич, к сожалению, у нас не разработаны такие стандарты. Как происходит выбор антибактериального препарата практическими врачами? На основании каких критериев? Мне это до сих пор непонятно. То есть на что ориентируется врач, когда выбирает первый препарат для назначения больному, страдающему пневмонией? А ведь это действительно очень важно. И поэтому, когда мы говорим о проблеме лечения пневмонии, мы должны, с учетом того, что у нас нет стандарта, выработать некоторые основополагающие моменты, обсудить моменты, которые легли бы в основу этого стандарта. Такой стандарт, безусловно, должен быть принят. Первый момент, на котором я хотел бы остановить внимание, что лечение пневмонии в настоящее время основано только на эмпирическом подходе. К сожалению, в ближайшие годы каких-либо других перспектив я не вижу. И при пневмонии это имеет реальное обоснование. Прежде всего оно связано с объективными трудностями проведения качественного микробиологического исследования, особенно в амбулаторных условиях. Мы проводили исследования в нашем стационаре. Так, практически у 100% больных, которые поступали в стационар с пневмонией, лечение в амбулаторных условиях назначалось без проведения бактериологического исследования, а самое ужасное заключается в том, что в стационаре примерно в 99% случаев первый препарат назначается тоже без проведения бактериологического исследования. Это данные по нашим больницам, может быть в других больницах дела обстоят несколько лучше. Вторая объективная сложность заключается в том, что даже при качественно проведенном микробиологическом исследовании примерно в 30—50% случаев не удается выявить этиологический фактор. И следующая объективная сложность заключается в том, что очень большие трудности возникают при интерпретации полученных результатов: выделенный микроорганизм действительно является возбудителем данного инфекционного процесса или это микроорганизм, случайно попавший в мокроту, допустим, из верхних отделов дыхательных путей. Поэтому еще раз подчеркиваю, что лечение пневмонии будет основываться на эмпирическом подходе. Значит, нужно учитывать прежде всего изменение



характера возбудителей, которое произошло в современных условиях за последние годы. Михаил Николаевич уже назвал классические микроорганизмы — это пневмококк, который в последние годы несколько уступает ведущее значение другим микроорганизмам, в частности таким, как микоплазма, хламидии. Нужно сказать, что самая большая беда заключается в том, что в последние годы неуклонно возрастает устойчивость пневмококков к традиционным средствам, прежде всего к бензилпенициллину и к полусинтетическому пенициллину. Второе, микроорганизм, который часто вызывает пневмонию, — это гемофильная палочка, с которой тоже проблема резистентности к полусинтетическим пенициллинам. В настоящее время более 30—40% штаммов гемофильной палочки не чувствительны к ампициллину, к тому препарату, который обычно являлся стандартом при лечении этих пневмоний. Ну и наконец, еще раз повторяю, новые патогенные микроорганизмы — хламидии, микоплазмы, легионеллы. В процентном отношении данных по нашей стране, к сожалению, нет, но это примерно от 10 до 30% и их необходимо учитывать. Из этого следует прежде всего такой важный вывод для обсуждения, что те препараты, которые раньше были стандартами для лечения пневмонии, особенно в амбулаторных условиях, — это пенициллин, бензилпенициллин и ампициллин, амоксициллин, в настоящее время не могут рассматриваться в качестве средств первого ряда. И второе (важный момент для обсуждения!) — это значение аминогликозидов. По нашему мнению, аминогликозиды, тоже не могут рассматриваться в качестве средства эмпирической начальной терапии пневмонии как в амбулаторных условиях (к сожалению, это еще бывает до сих пор), так и в условиях стационара. И для этого есть реальное обоснование. Дело в том, что, во-первых, аминогликозиды очень плохо проникают в легочную ткань, создают там недостаточные концентрации, во-вторых в последние годы существенно возросла устойчивость микроорганизмов к аминогликозидам — это тоже нужно учитывать. Кроме того, не нужно забывать, что аминогликозиды все-таки потенциально высокотоксичные препараты. Последнее важно помнить при назначении лечения, некоторым категориям больных, особенно больным пожилого возраста. Поэтому аминогликозиды в качестве самостоятельной монотерапии, в качестве начального средства в лечении пневмонии не являются оптимальными средствами.

Как и на чем необходимо строить подход к выбору первоначального средства? Леонид Иванович говорил в отношении классификации пневмонии. Я с ним полностью согласен, что в отношении лечения нужно выделять две основные группы пневмоний: 1. Пневмонии, которые возникли вне стационара, там один спектр возбудителей, свои подходы к лечению. 2. Пневмонии, которые возникли в условиях стационара, у больного, более 48 часов находящегося в стационаре. Как мы подходим к выбору первого антибактериального препарата при возникновении пневмонии вне стационара? В случае легкого или умеренного течения пневмонии

у больных, у которых нет сопутствующих фоновых заболеваний, больных молодого и среднего возраста препаратом выбора, первым препаратом, должен быть макролидный антибиотик. Необходимо учитывать, возрастающую частоту устойчивых к пенициллину штаммов пневмококков и довольно высокий процент атипичных микроорганизмов. В случае, если пневмония вне стационара возникла у больного на фоне хронических легочных заболеваний или у больного старше 65 лет, либо пневмония более тяжелого течения, требующая госпитализации, имеется более широкий круг потенциальных возбудителей. Значение атипичных микроорганизмов в этом случае уменьшается и возрастает роль таких микробов, как стафилококки и грамотрицательные палочки. В этом случае препаратами выбора при таком более тяжелом течении пневмонии, требующем госпитализации, являются или цефалоспорины второго поколения, или комбинации полусинтетических пенициллинов с ингибиторами бета-лактамаз: ампициллин с сульфактамом, оксациллин + клавулановая кислота, и особо — это препараты, эффективные при так называемой аспирационной пневмонии, когда повышается роль анаэробных микроорганизмов. В этих случаях назначение таких препаратов позволяет проводить истинную монотерапию. Особо сложные проблемы возникают при лечении госпитальной пневмонии, то есть у больных, длительно находящихся в стационаре. Здесь роль атипичных микроорганизмов (хламидий, микоплазм) существенно снижена, и в основном здесь преобладают различные грамотрицательные микроорганизмы и стафилококки. Это необходимо учитывать при первом выборе антибактериального препарата. Видимо, современные цефалоспорины третьего поколения остаются основными, базовыми средствами, и, я бы не сказал, что к ним с годами (15 лет применения) возросла устойчивость. Поэтому такие препараты, как цефотаксим или клафоран, цефтриаксон, цефтазидим или фортум, до сих пор остаются базовыми средствами для первичного лечения пневмоний в условиях стационара.

Мне хотелось выделить особую форму пневмонии — это пневмония, которая возникает в реанимационных отделениях. Дело в том, что это не совсем та пневмония, которая наблюдается в условиях общетерапевтических или хирургических отделений. Во-первых, пневмония является сама по себе жизнеопасным состоянием — летальность выше 30% и достигает 70—80% у больных, находящихся в реанимационных отделениях. И там два доминирующих микроорганизма. Это стафилококки и, самое главное, синегнойная палочка, характеризующаяся в настоящее время множественной резистентностью. Поэтому первый препарат для лечения пневмоний в условиях реанимационного отделения должен быть высоко активен в отношении синегнойной палочки. Это нужно учитывать, не нужно тратить время, больничные средства в назначении таких препаратов, как пенициллин, цефалоспорины второго—третьего поколения, неактивные в отношении этого микроорганизма. У нас есть достаточно хорошие препараты, которые высоко эффективны в отношении



синегнойной палочки. Это все тот же цефтазидим или фортум, который до настоящего времени остается базовым средством, и фторхинолоны, офлоксацин и ципрофлоксацин, которые являются высоко активными в отношении этого микроорганизма. В заключение я хотел бы сказать о современном спектре препаратов, а в последние годы появилось много новых классов антибактериальных препаратов. Так вот современный спектр антибактериальных препаратов позволяет проводить монотерапию инфекций нижних дыхательных путей, пневмоний, в частности. Монотерапия на первом этапе вполне реально достижима и обладает реальными преимуществами, в частности уменьшает риск нежелательных взаимодействий лекарственных препаратов, уменьшает риск развития токсических эффектов и, самое главное, снижает стоимость лечения больных. К сожалению, в структуре общей стоимости пребывания больных в стационаре стоимость антибиотиков занимает довольно большой процент.

*Таточенко В.К.:* Я согласен с тем, что сказал Сергей Владимирович. Единственное добавление в отношении пенициллина. Мы следим за устойчивостью пневмококков к пенициллинам и у нас до сих пор не получается больше 3—4% с устойчивостью от 2 до 8 мкг на 1 мл (минимально подавляющая концентрация). При применении пенициллинов мы достигаем в тканях огромной концентрации, 15—20 мкг, поэтому лечению не мешает небольшая устойчивость, поэтому мы оставляем пенициллины как один из вариантов начала лечения при подозрении на бактериальную пневмококковую пневмонию.

*Дворецкий Л.И.:* Может быть разная экология микроорганизмов в педиатрической клинике и в клиниках взрослых.

*Каганов С.Ю.:* К тому, что сказал Сергей Владимирович, мне тоже хочется сделать некоторое добавление. В реанимационных отделениях очень часто возникают пневмонии. В частности при реанимации новорожденных и если эти дети находятся на искусственной вентиляции легких в 40—60% случаев они очень тяжелые и с очень плохими исходами. И еще одно замечание. Мне хотелось бы отметить, что при тяжести состояния больных детей, в частности с пневмонией, у врача всегда есть желание увеличить дозировку антибиотика. А вместе с тем, вероятно, этого делать не нужно, потому что в силу нарушения фармакокинетических параметров концентрация и так возрастает.

*Чучалин А.Г.:* Я хотел бы проинформировать, что 30—31 октября 1996 года наша группа экспертов проведет центральную школу по антибиотикам. Мы создадим такой специальный консультативный центр, в который врачи смогут обращаться для решения вопросов по антибактериальной терапии. Вторая проблема, которая очень серьезна, — это резистентность штамма *Str.pneumonia*. По этому поводу сегодня в мире возникла дискуссия. В разных странах имеется своя картина, скажем Испания, Венгрия, частично Польша. У нас только начинают проводиться такие исследования, в частности этим занимается профес-

сор Страчунский из Смоленска. Насколько я знаю, Владимир Кириллович тоже занимается этой проблемой, поэтому мы специально на школе и в последующем будем обсуждать проблемы резистентности и механизмов резистентности. В каждой стране, в зависимости от того как пользуются препаратами, есть целый ряд особенностей. Конечно, в педиатрии и терапии есть ряд таких тонкостей. Есть проблемы и в диагностике пневмоний. Я прошу профессора Котлярова Петра Михайловича, чтобы он коснулся вот этих двух вопросов: диагностических и мониторирующих возможностей лучевых методов при пневмонии.

*Котляров П.М.:* Все участники круглого стола в той или иной мере затронули проблемы диагностики острых пневмоний. На сегодняшний день, как и 100 лет назад, традиционное рентгеновское исследование (обзорные снимки, томография, рентгеноскопия) являются основными методами диагностики острой пневмонии. Как показывает практика и наш анализ в клинической больнице № 83, где имеется отделение торакальной хирургии, большое клиническое подразделение, рентгеновский метод эффективен в выявлении классической картины острой пневмонии только у 70% пациентов. Это инфильтрация, дорожка к корню, уплотнение корней легкого и реакция плевральной полости. У этих же пациентов классический рентген прекрасно ведет мониторинг, в зависимости от клинической ситуации регистрирует ухудшение, улучшение, исход острой пневмонии. Как говорится, нет никаких проблем. Давайте разберем вторую группу — 30% пациентов, где классическая рентгенография не выявляет симптомов инфильтрации, то что вы хотели бы видеть на этих снимках. Мой анализ позволяет сказать следующее: 10% из этих 30% — относятся к гипердиагностике клинической пневмонии. Когда гипердиагноз состоялся, лечение начато, а рентгенологических данных нет, клиницисты не могут остановиться, они продолжают лечить, продолжают требовать контрольные снимки, где мы ничего не находим. 20% относятся к категории больных, где клинико-лабораторные показатели пневмонии очень яркие, но традиционный рентгеновский метод — это метод обзорных снимков, метод, при котором такой большой объемный орган, как грудная клетка, представляется наслоением различных органов и тканей — не выявляет классической инфильтрации. Это ставит в тупик клиницистов. А иногда и рентгенологов. На самом деле здесь нет никакого противоречия, это есть ограничение метода традиционной рентгенографии. Традиционная рентгенография живет так долго, уже почти 100 лет, и ничего действительно более приличного для прижизненного скрининга состояния макроструктуры легочной ткани на сегодняшний день не найдено.

Клиницисты, да и специалисты забыли о том, что техника и методика не стоит на месте и за это время появились, по крайней мере два существенных новых метода документации воспалительных изменений в легких. Это рентгеновская компьютерная томография и, как, может быть, на первый взгляд ни странно сегодня покажется, ультразвуковая диагностика. Рент-



геновская компьютерная томография все еще представляется каким-то экзотическим методом в нашей стране, вследствие определенных факторов, хотя она заняла прочное место в документации воспалительных изменений в легких в Европе и Северной Америке. Рентгеновская компьютерная томография в силу своей большей разрешающей способности (получает пироговские срезы) прекрасно регистрирует так называемые рентгеннегативные пневмонии, малые инфильтраты, малые количества жидкости в легком. Это не такой дорогой метод. Для того, чтобы сделать и получить документацию пневмонии при отрицательных рентгеновских данных, достаточно двух—трех срезов зоны интереса, на которые укажет клиницист. На эти два—три снимка потратится немного средств, лучевая нагрузка будет такая же, как при прямом и боковом рентгеновском снимке, зато эффект документации будет поразительным. Вы получите картину инфильтрации альвеолярной ткани, интерстициальные и перибронхиальные изменения. Другой вопрос, стоит ли каждому больному с рентгеннегативной пневмонией выполнять компьютерную томографию. Мы в нашей клинике придерживаемся такого правила: если клиничко-лабораторная картина острой пневмонии развернута, то нет необходимости даже при отрицательных данных традиционной рентгенограммы выполнять компьютерную томографию. Надо лечить этого больного. Если же клиничко-лабораторная картина стертая, если существуют сомнения и дискуссия по этому вопросу, то надо прибегать к компьютерной томографии для документации этого спорного случая и возможного последующего динамического наблюдения. В процентном отношении компьютерная томография в отделении пульмонологии, где лечится этот контингент больных, составляет от 2 до 5%, то есть из 100 рентгенографированных больных только двум или пяти потребуется компьютерное томографическое исследование.

Что касается ультразвукового исследования. Принято, что ультразвук не проникает вглубь легочной ткани, поэтому не стоит его применять. Но все забывают о том, что одним из ранних признаков пневмонии, в том числе и рентгеннегативной, является реакция плевры — выпотной плеврит, а появление в плевральной полости жидкости прекрасно “видит” ультразвуковой метод. Он начинает “видеть” эту жидкость начиная с 7—10 мл в плевральной полости — то, что никакой рентген еще не определит и что компьютерная томография не всегда “увидит”. Он “видит” плеврит, который является следствием острой пневмонии, реакции плевры, иногда очень сложной, потому что пациент переносит перед этим инфекцию, у него много спаек и выпот может накапливаться в замкнутых полостях или вообще не находить отражения на рентгене, потому что может локализоваться и сразу быть осумкованным. У иной части пациентов осумкование происходит очень быстро, начинается сразу с появлением выпотного плеврита. Поэтому ультразвуковой скрининг (метод не очень дорогой, очень доступный, без противопоказаний, без лучевой

нагрузки) должен применяться для диагностики вот таких стертых форм пневмоний, для наблюдения за развитием через плеврит-пневмонии потому, что, по нашим данным, если начинается распад, гангрена, нагноение, то в первую очередь ранние признаки появляются в плевральном выпоте. В виде нитей фибрина, повышенной экзогенности, включений в плевральную полость, которые хаотично перемещаются, то есть мутнеет плеврит, появляется спаечный процесс. Плеврит из правильной треугольной, раздвигающей листки плевры формы при сонографии превращается в мешок, который начинает вдаваться вглубь легочной ткани, жидкостный, с помутнением плеврального выпота. Кроме того, при обширных пневмониях, которая подходит к наружной грудной стенке, и тем самым создаются условия к проникновению ультразвукового луча вглубь плеврального экссудата с локацией и с появлением сонографической картины полостей распада и прочего. В то же время при положительной динамике пневмонии плеврит начинает организовываться, рассасываться, чему имеются сонографические признаки, которые раньше, чем другой метод, указывают на то, что больной идет к выздоровлению. Поэтому я бы хотел обратить внимание на этот метод, шире его применять. Он нуждается в дополнительных разработках, в наборе фактического материала. Я думаю, что ультразвук не сказал еще своего последнего слова. Именно при острых воспалительных заболеваниях и при больших онкопроцессах, которые тоже прилегают к наружной грудной клетке.

Я хотел бы обратить внимание педиатров на возможности ультразвуковой диагностики в педиатрии. Ведь у детей доступ в грудной клетке ультразвуковых лучей гораздо лучше и больше, чем у взрослых. Там еще не окостенели ребра. Я бы хотел поставить такую задачу: может быть, мы можем еще внутриутробно регистрировать патологию легких, именно воспалительный процесс. Ведь мы же наблюдаем плод с помощью ультразвукового исследования, видим очень много органов, и орган (легкие) еще не воздушен, пока плод находится в утробе матери. Может быть, с помощью современных сканирующих аппаратов мы можем лоцировать легкое, и еще до рождения ребенка будем знать о том, что внутриутробно у него имеется пневмония. Возможно, мы начнем его лечить.

Я бы хотел закончить на том, что нынешний алгоритм диагностики острой пневмонии не должен содержать только всем известные с института традиционные рентгенологические исследования. Вы должны использовать весь арсенал средств, который имеется. И прежде всего набирать факты, работать с ультразвуком. Не всегда мы можем сделать компьютерную томографию, хотя в Москве уже достаточно количество компьютерных томографов, чтобы работать и в спорных случаях все-таки выполнять компьютерные томограммы и получать какую-то информацию и документацию.

Я уже 10 лет работаю с пульмонологической патологией в нашей клинической больнице № 83 и у меня создалось впечатление, что все-таки впереди идут



клинико-лабораторные данные, а инструментальные методы являются вспомогательными, документирующими и, что особенно важно, скрининговыми и мониторирующими развитие болезни и направление в лучшую или в худшую сторону. Необходим тесный контакт клиницистов и диагностов.

*Таточенко В.К.:* Я хочу дополнить, что мы довольно давно уже, примерно 10 лет, проводим ультразвуковое сканирование в плане именно скрининга, отмечаем детей, у которых, как говорится, пневмонией и "не пахнет". Это сокращает нам необходимость производства снимков детям, которые поступают без легочных изменений, с бронхитами и так далее. И второе, мы наблюдаем за тяжелыми пневмониями с помощью ультразвука — это тоже экономит огромное количество рентгеновской пленки и облучения.

*Байбарина Е.Н.:* Я хотела бы сказать, что скопление жидкости в плевральной полости, выявленное при ультразвуке, входит в один из критериев в наших диагнозах, о которых я говорила. Акушеры прекрасно это видят, и у плода это может быть единственный признак.

*Чучалин А.Г.:* Действительно, ради этого и стоит проводить встречи, дискуссии, когда появляются хорошие и свежие идеи. И они быстро развиваются. Итак, мы заканчиваем нашу встречу выступлением профессора Клячкина Льва Михайловича, которое связано с проблемой реабилитации.

*Клячкин Л.М.:* Лечение больного острой пневмонией не заканчивается с момента выписки его из больницы. Он подлежит еще длительному, 6—12 месяцев, диспансерному наблюдению, в течение которого должно проводиться восстановительное лечение, как мы теперь говорим, медицинская реабилитация. Но мы не всегда отдаем себе отчет, что является объектом нашего воздействия, на что мы должны направлять наши усилия. Что это за остаточные явления после пневмонии, о которых мы говорим, но не всегда их идентифицируем. Можно указать на четыре типовых ситуации, которые требуют различного реабилитационного подхода. Во-первых, это молодой, преморбидно здоровый человек, у которого наступило выздоровление и практически не осталось никакой легочной микросимптоматики, но тем не менее перенесенная пневмония уже нанесла удар по защитным свойствам аппарата дыхания и он, конечно, требует оздоровления, требует укрепления. Чаще всего это закаливающие процедуры, оздоровление образа жизни, борьба за прекращение курения. И целый ряд других общих мероприятий.

Вторая ситуация — это остатки нерассосавшегося инфильтрата, нередко трансформирующегося в очаги пневмофиброза. В этих случаях необходимо продолжение рассасывающей терапии — это может быть тепловая терапия, экзогенно действующая на грудную клетку. В Томске хорошо исследовали в возможности грязевых, торфяных аппликаций. Мы изучали озокеритовые аппликации на грудную клетку с очень активным противовоспалительным действием. Это могут быть и эндогенные источники тепла, такие как индуктотермия, воздействие дециметровыми волнами. И наконец,

как показали наши исследования, это может быть использование лазера с его воздействием на систему перекисного окисления липидов. Лазер — своего рода физический антиоксидант, в этом и состоит его противовоспалительное действие. Третий момент — остаточные явления в виде бронхиальной обструкции. Может быть, наиболее частое после пневмоний, тем более — что, как мы это наблюдали в специальных исследованиях, проведенных в Саратове, до 25% взрослых, болеющих пневмонией, переносят ее на фоне хронического бронхита. Это может быть обструктивный бронхит, может быть не обструктивный бронхит, нозологическую сущность которого наши петербургские коллеги склонны отрицать, но который тем не менее является несомненным фактором риска, угрожающим в возникновении пневмонии и тем, что она примет затяжное течение. Поэтому факт обструкции, возникающей после перенесенной пневмонии — это действительная необходимость лечения такого больного. Мы теперь ушли от той примитивизации, которую давали наши старые взгляды о хронизации острых легочных заболеваний. Это не просто превращение острой пневмонии в хроническую. Это гораздо более сложный процесс, но так или иначе он существует и поэтому бронхиальная обструкция — это, очевидно, основное из числа остаточных явлений, которое требует воздействия. В этом плане, очевидно, и медикаментозная терапия, в частности ингаляция Дуовента, хорошо действует. Помогает и лечебная физкультура с пассивизацией выдоха, с резистивным дыхательным тренингом, со стимуляцией диафрагмального дыхания, в том числе электрической. Все эти методы активно действуют. Кроме того, санаторно-курортное лечение. Во всех наших официальных указаниях перенесенная пневмония, особенно затяжная и осложненная, является прямым показанием к санаторно-курортному лечению. И это действительно так, потому что эти больные действительно могут получить серьезную и настоящую помощь на современном климатическом курорте или хотя бы на местном курорте. Но, к сожалению, изучение опыта наших санаториев показывает, что в них, даже в тех санаториях, которые были у нас в Крыму, собственно пульмонологические здравницы, нет больных, у которых в диагнозе фигурирует перенесенная пневмония. Это дефект санаторно-курортного отбора и, конечно, дефект организации санаторно-курортного лечения.

И наконец, самая тяжелая ситуация для больного. Он перенес пневмонию, вроде все в порядке, но остается субфебрилитет. Каков путь этого пациента? Участковый врач напишет ему "хроническая пневмония" и будет лечить антибиотиками или направит его к рентгенологу. Но ведь рентгенолог не выпустит его не написав ему усиление бронхосудистого рисунка. И если при этом он не напишет хроническую пневмонию, то уж участковый врач напишет непременно. Вывод тот же самый: длительная антибактериальная терапия, которая не нужна, которая вредна уже этому пациенту, которая угрожает ему развитием лекарственной болезни.



Я хотел привести все эти данные для того, чтобы сказать, что медицинская реабилитация — это клинический подход к больному, который не исключает, а наоборот предполагает выполнение извечного клинического постулата — необходимость индивидуального подхода к пациенту. А для этого нужно знать, что представляет из себя вот эта остаточная патология после перенесенного заболевания — острой пневмонии.

*Чучалин А.Г.*: Уважаемые коллеги! Я хотел бы от вашего имени обратиться к участникам встречи и поблагодарить их за участие в этой работе. Хотелось бы, чтобы эта работа действительно была максимально эффективной, и если будут согласны ученые-эксперты, то, я думаю, что есть смысл на основании

нашей встречи подготовить документ, который бы лег в основу консенсуса для России по этой проблеме. В нашей истории впервые появится такой документ. Я думаю, что есть смысл его максимально представить в наших журналах, не только в журнале "Пульмонология", а в педиатрических журналах. Надеюсь, что "Терапевтический архив" с большим удовольствием опубликовал бы эту работу. Но мне представляется очень важным выпустить отдельную самостоятельную книгу, монографию, брошюру, а также чтобы это стало предметом повторения нашей встречи летом на конгрессе пульмонологов. Я думаю, имеет смысл эту проблему максимально заострить и сделать рекомендации для всего врачебного сообщества.

## АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ СТАТЕЙ, ОПУБЛИКОВАННЫХ В ЖУРНАЛЕ "ПУЛЬМОНОЛОГИЯ" В 1996 г.

### Передовые статьи

- Борщевский В.В., Калечиц О.М.* Состояние пульмонологической помощи населению Беларуси в современных условиях. 2, 7  
*Васильева О.С., Величковский Б.Т., Спирин В.Ф.* Заболевания органов дыхания от органической пыли в сельскохозяйственном производстве. 4, 7  
*Величковский Б.Т.* см. *Васильева О.С.*  
*Даниляк И.Г., Погромов А.П.* 150 лет клинике госпитальной терапии ММА им.И.М.Сеченова: ее вклад в отечественную пульмонологию. 4, 10  
*Калечиц О.М.* см. *Борщевский В.В.*  
*Маколкин В.И., Овчаренко С.И.* Роль факультетской терапевтической клиники Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова в развитии отечественной пульмонологии. 1, 12  
*Недоступ А.В.* 150 лет старейшей терапевтической клинике России. 1, 7  
*Овчаренко С.И.* см. *Маколкин В.И.*  
*Погромов А.П.* см. *Даниляк И.Г.*  
*Спирин В.Ф.* см. *Васильева О.С.*  
*Чучалин А.Г.* Актуальная пульмонология. 3, 7

### Оригинальные исследования

- Абрамовская А.К.* см. *Зубович Г.Л.*  
*Абубикиров А.Ф.* см. *Хмелькова Н.Г.*  
*Авдеев С.Н., Третьяков А.В.* Использование неинвазивной вентиляции легких с двумя уровнями положительного давления у больных с острой дыхательной недостаточностью. 4, 33  
*Авдеев С.Н.* см. *Третьяков А.В.*  
*Аганезова Е.С.* см. *Кузнецова В.К.*  
*Аганезова Е.С.* см. *Кузнецова В.К.*  
*Азизов Ю.Д., Убайдуллаев А.М., Ливерко И.В.* Десинхронизация дыхательной системы у больных хроническим бронхитом. 4, 66  
*Айсанов З.Р., Калманова Е.Н.* Проблемы функционального диагноза и эргоспирометрия у больных ХОЗЛ. 3, 13  
*Алейников С.О., Романов А.И., Солопов Е.В., Неклюдова Г.В., Петрова З.К., Тулянкина Н.Е., Чучалин А.Г.* Эколого-гигиенические и клинические аспекты формирования воздушной среды гипоаллергенных помещений. 3, 67  
*Александров О.В.* см. *Зайцева О.Ю.*  
*Александров О.В.* см. *Науменко Ж.К.*  
*Анаев Э.Х.* Эозинофилы и их морфологические и функциональные свойства при лечении бронхиальной астмы. 3, 54  
*Антонов Н.С., Чучалин А.Г., Стулова О.Ю.* Заболевания органов дыхания у работников металлургических и текстильных промышленных предприятий. 3, 20  
*Антонов Н.С., Стулова О.Ю., Ноников Д.В.* Применение препарата атровент в лечении бронхообструктивных заболеваний на промышленных предприятиях. 4, 51  
*Артюнина Г.П., Игнаткова С.А., Грובה О.М., Петухов Р.В.* Морфологическая характеристика изменений в легких экс-

- периментальных животных при интратрахеальном введении сульфата никеля. 4, 79  
*Архипенко И.В.* см. *Зуга М.В.*  
*Бабак С.Л., Белов А.М., Стеблецов С.В., Григорьянц Р.А.* Клинические аспекты синдрома апноэ сна. 3, 41  
*Бабарсков Е.В.* см. *Соколов А.С.*  
*Белевский А.С.* см. *Булкина Л.С.*  
*Белевский А.С.* см. *Гаркалов К.А.*  
*Белов А.М.* см. *Бабак С.Л.*  
*Бертьем И.* см. *Скрябин Г.А.*  
*Бизюкин А.В., Хараева З.Ф.* Новое о кальциевых механизмах регуляции окислительного метаболизма фагоцитирующих клеток. 4, 60  
*Боброев А.Н.* см. *Неклюдова Г.В.*  
*Болевич С.* см. *Коган А.Х.*  
*Болошина Н.А.* см. *Черняк А.В.*  
*Борткевич Л.Г.* см. *Лавров З.В.*  
*Бузуртанов В.И.* см. *Провоторов В.М.*  
*Булкина Л.С., Белевский А.С., Княжеская Н.П., Сосина Е.Е.* Обучение больных бронхиальной астмой, находящихся под амбулаторным наблюдением. 1, 25  
*Веселова Н.И.* см. *Макарова О.В.*  
*Вилка В.* см. *Партти-Пеллинен К.*  
*Виницкая Р.С.* см. *Науменко Ж.К.*  
*Гаркалов К.А., Белевский А.С.* Медико-социальное значение обучения больных бронхиальной астмой. 4, 28  
*Гаспарян А.В.* см. *Самилчук Е.И.*  
*Гвоздева Э.А.* см. *Сахарова Г.М.*  
*Голенко Ж.А.* см. *Лавров З.В.*  
*Грачева Н.М.* см. *Колганова Н.А.*  
*Григорьев С.П.* см. *Зайцева О.Ю.*  
*Григорьянц Р.А.* см. *Бабак С.Л.*  
*Грובה О.М.* см. *Артюнина Г.П.*  
*Гулева Л.И.* см. *Емельянов А.В.*  
*Гуревич Г.Л.* Оценка различных режимов коррекции метаболических нарушений у больных с распространенными формами туберкулеза легких в современных радиоэкологических условиях. 2, 30  
*Дюсьмикеева М.И.* см. *Суркова Л.К.*  
*Дюсьмикеева М.И.* см. *Зубович Г.Л.*  
*Емельянов А.В., Петрова М.А., Лаврова О.В., Гулева Л.И., Шевелев С.Э., Федосеев Г.Б.* Нарушения обмена магния и кальция у больных бронхиальной астмой и их кровных родственников. 2, 66  
*Жингель И.П., Несветов А.М., Зельманович В.П.* Характеристика туберкулеза, развившегося в порочно развитом легком. 4, 41  
*Заволовская Л.И., Орлов В.А.* Современный взгляд на патогенез легочной гипертензии, формирование хронического легочного сердца и некоторые аспекты терапии. 1, 62  
*Зайцева О.Ю., Григорьев С.П., Александров О.В.* Метод аэроионотерапии в лечении больных хроническим обструктивным бронхитом. 3, 73  
*Захаренко И.В.* см. *Таганович А.Д.*