

Типичные ошибки в лечении внебольничной пневмонии у детей на госпитальном этапе

Л. В. Рожкова, А. М. Чередниченко

Управление здравоохранения Администрации г. Екатеринбурга, ГОУ ВПО УГМА, Росздрава, г. Екатеринбург

Резюме

Проведен анализ 48 историй болезни детей в возрасте от 1 года до 15 лет, заболевших пневмонией и госпитализированных в детские больницы города. У 28 больных диагноз был поставлен амбулаторно, у остальных — в стационаре. У большинства больных при поступлении состояние было средней степени тяжести. Клинические признаки характеризовались высокой температурой тела, кашлем и пневмоническим токсикозом. Спектр антибактериальных препаратов, назначенных амбулаторно, как правило, соответствовал стандарту и включал амоксициллин, реже цефалоспорины 2 генерации. В стационаре больным назначали антибиотики, как правило, парентерально, без учета ранее получаемых ими препаратов, причем большей части детей были назначены цефалоспорины 3 генерации. В целом за 2-3 недели лечения внебольничной пневмонии, дети получали 2 и более курсов антибиотиков. Сделано заключение об отсутствии преимущественности в лечении больных пневмонией на амбулаторном и госпитальном этапах, а также необоснованно частом назначении детям в стационаре цефалоспоринов 3 генерации при неосложненных формах внебольничной пневмонии.

Введение

Пневмония — острое инфекционное воспаление нижних дыхательных путей с обязательным поражением альвеол, проявляющееся клинически респираторной симптоматикой и воспалительной инфильтрацией ранее непораженных участков легочной ткани, выявляемой при рентгенологическом исследовании [1].

По данным разных авторов, заболеваемость острой внебольничной пневмонией у детей в России составляет около 4-15 на 1000 детей в возрасте от 0 до 15 лет с максимумом в возрасте 1-3 лет [2, 3].

По данным государственной статистической отчетности, в городе Екатеринбурге в структуре болезней органов дыхания во всех возрастных группах детей (от 0 до 14 лет и от 15 до 18 лет) наибольший удельный вес принадлежит группе острых респираторных заболеваний (ОРЗ), далее следуют пневмонии.

Общее число детей г. Екатеринбурга, заболевших пневмонией с 2004 года выглядит следующим образом (рис. 1).

В 2007 году почти в 2 раза, по сравнению с 2006 г. и прошлыми годами, выросло число детей, перенесших острую пневмонию, причем преимущественно в возрастной группе до 14 лет.

Показатель заболеваемости также значительно вырос и составил в 2007 году у детей в возрастной группе до 14 лет 10,1%, что в 2 раза выше показателей прошлых лет (2004 — 5,0%, 2005 — 5,5%, 2006 — 5,2%).

Число детей, умерших от пневмонии, в последние годы снижается (рис. 2). —

Однако не может не настораживать тот факт, что число детей, умерших от пневмонии на первом году жизни, остается неизменным на протяжении последних четырех лет.

Учитывая все вышесказанное, становится очевидным, что своевременная диагностика острого легочного воспаления, адекватная оценка степени тяжести больного, выбор оптимальных схем лечения, в том числе и антибактериальной терапии, определение места лечения больного ребенка, являются важными составными в достижении успеха в лечении и предотвращении смертности детей от пневмоний.

Л. В. Рожкова — к. м. н., зам. начальника управления здравоохранения администрации г. Екатеринбурга по оказанию лечебно-профилактической помощи матерям и детям;

А. М. Чередниченко — д. м. н., профессор, Заслуженный работник высшей школы, заведующий кафедрой педиатрии и подростковой медицины ФПК и ПП УГМА.

Цель: показать наиболее частые ошибки при лечении больных острой внебольничной пневмонией в стационаре, провести соответствующие организационные мероприятия по их устранению.

Материалы и методы исследования

Истории болезни детей, госпитализированных с острой внебольничной пневмонией в детские больницы города, рентгенограммы органов грудной клетки, общеклинические исследования (общий анализ крови).

Результаты исследования и их обсуждение

Проанализировано 48 историй болезни детей в возрасте от одного года до 15 лет с пневмонией, госпитализированных в стационарные отделения четырех детских городских больниц Екатеринбурга.

До поступления в стационар 28 детям (58,3%) диагноз пневмонии был поставлен участковым врачом на основании клинической картины, лабораторных и рентгенологических методов исследования. Таким образом, более половины детей поступили в стационар с установленным диагнозом. Средние сроки постановки диагноза пневмонии составили 7 дней.

Состояние больных детей в приемном покое стационара было расценено как среднетяжелое у 41 ребенка (85%), у одного ребенка (2%) — удовлетворительное и у 6 детей (13%) — тяжелое.

При поступлении в стационар основными жалобами были:

- Кашель — 8 детей (17%).
- Кашель + температура — 40 детей (83%), в том числе температура:
 - 37-38° — 11 (27%) детей;
 - 38-39° — 26 (65%) детей;
 - Температура выше 39° — 3 (6%) детей.

- Кашель + температура + симптомы инфекционного токсикоза отмечались у 8 (17%) детей.

До поступления в стационар 33 (69%) ребенка получали антибактериальную терапию. Преимущественно по назначению участкового врача. В 29 (87%) наблюдениях антибиотик назначали через рот и у 4 (13%) детей парентерально.

Перечень антибиотиков, назначаемых амбулаторно представлен в табл. 1.

Исходя из представленных данных, можно сделать вывод, что в настоящее время в амбулаторной практике, как правило, врачи используют антибиотики, рекомендуемые для лечения внебольничной пневмонии у детей. Однакостораживает тот факт, что у 3 детей в качестве «стартовой» терапии был назначен бисептол. При детальном опросе, удалось выяснить, что бисептол использовали родители самостоятельно, без рекомендаций участкового врача.

При поступлении в стационар всем детям назначали антибиотик с приемного покоя, причем на «старте» антибиотики вводили парентерально у 44 (92%) детей и только отдельным больным (4 ребенка — 8%) антибиотики назначали через рот. Следует отметить, что врачи стационара полностью игнорировали антибак-

Рисунок 1. Заболеваемость (в абсолютных числах) детей пневмонией 2004-2007 годы

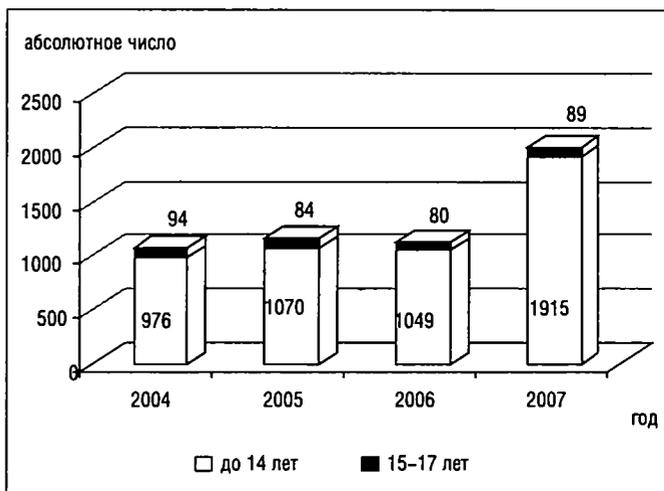


Рисунок 2. Число детей, умерших от пневмонии по годам, 2004-2007 (абсолютные числа)

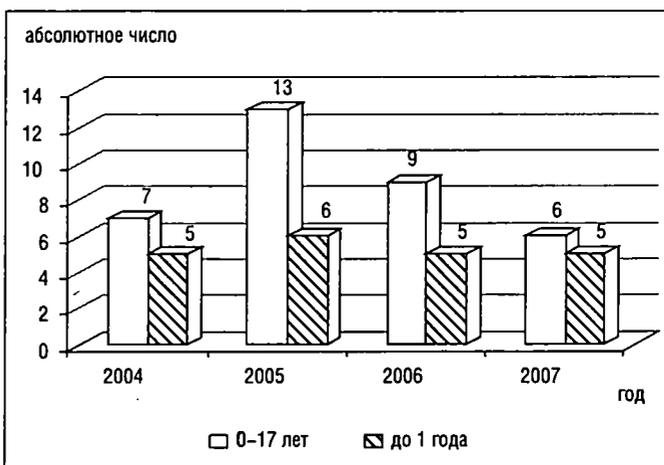


Таблица 1. Спектр антибактериальных препаратов, назначаемых больным пневмонией в амбулаторных условиях

Наименование антибиотика	Число наблюдений, n=33		Путь введения антибиотика
	абс.	%	
Амоксициллин	15	45	Через рот
Амоксициллин/клавуланат	7	22	Через рот
Цефалоспорины 2 генерации	1	3	Через рот
Бисептол	3	9	Через рот
Макролиды	3	9	Через рот
Ампициллин	3	9	Парентерально
Пенициллин	1	3	Парентерально

Таблица 2. Спектр антибактериальных препаратов, назначаемых больным пневмонией в стационаре

Наименование антибиотика	Число наблюдений, n=48		Путь введения антибиотика
	абс.	%	
Цефалоспорины 1 генерации	6	12,5	Парентерально
Цефалоспорины 2 генерации	9	18	Парентерально
Цефалоспорины 3 генерации	35	73	Парентерально
Амоксициллин/клавуланат	2	4	Через рот
Макролиды	8	17	Через рот
Линкомицин	1	2	Парентерально
Ампициллин	6	12,5	Парентерально

териальную терапию, проводимую на амбулаторном этапе. Перечень антибиотиков, назначаемых в стационаре представлен в табл. 2.

Как видно из табл. 2, самыми используемыми антибактериальными препаратами в стационаре были цефалоспорины 3 генерации — 73%. При этом дети получали не только один курс антибиотика, но 2 курса и более — 54% детей. Если учесть антибиотики, которые получали дети на амбулаторном этапе, то один курс антибиотиков больные дети получали редко — 22%. Чаще антибиотикотерапия состояла из двух и более антибиотиков — 78%.

Нами также было отмечено, что врачи стационара не всегда проводят обоснование назначения, смены антибиотика и практически в 100% случаев не проводят оценку эффективности лечения антибиотиками.

Помимо антибактериальной терапии, дети получали в стационаре симптоматическую терапию (муколитики, бронхолитики, деконгестанты и др.).

Продолжительность лечения детей в стационаре составила в среднем 9,5 дней, в некоторых случаях (17%) — 7 дней, но большинство больных находилось в стационаре 10 и более дней — 83%.

По материалам проведенного анализа в городе проведена врачебная конференция на тему «Диагностика и лечение внебольничной пневмонии». В детские больницы розсланы

справки о проведенном анализе с рекомендациями о необходимости разбора сложившейся ситуации на врачебных линейках.

Выводы

1. Уровень подготовки участковых врачей достаточен для оказания квалифицированной помощи детям с внебольничной пневмонией на амбулаторном этапе.

2. Отсутствует преемственность в терапии, особенно антибиотиками, детей на амбулаторном и госпитальном этапах.

3. В стационарных условиях необоснованно часто используются антибиотики «резерва» в качестве стартовой терапии для лечения детей с неосложненной формой острой внебольничной пневмонии.

4. За время лечения в стационаре дети получают большую нагрузку антибиотиками, получив 2-3 и более курсов антибиотиков.

5. В стационаре проводятся необоснованно длительные курсы лечения антибиотиками, более 10 дней.

Литература

1. Дворецкий Л. И. Внебольничная пневмония: диагностика и антибактериальная терапия. Consilium medicum, 2006; 8 (3): 25-30.
2. Медведева Т. Я. Этиолог. аспекты острой пневмонии у детей раннего возраста. Педиатрия, 2008; 1: 143-145.
3. Практическая пульмонология детского возраста (справочник, 3-е изд.). Под ред. Таточенко В. К. М., 2006.