

1. Острое почечное повреждение является частым осложнением COVID-19 и значительным фактором риска летальных исходов.

2. Мониторинг функции почек следует начинать проводить даже у пациентов с легкими респираторными симптомами COVID-19.

3. Раннее выявление, коррекция фильтрационной и выделительной функции почек, включая адекватную гемодинамическую поддержку и ограничение нефротоксических лекарств, может улучшить прогноз выздоровления пациента с COVID-19.

**Список литературы:**

1. Кульченко Н. Эпидемиология болезней почек у пациентов с COVID-19 // Исследования и практика в медицине. – 2020. - т. 7, №3. - С. 74-82.

2. Клинические рекомендации // Острое повреждение почек. – 2020. – С.1-142.

3. Claudio R. Management of acute kidney injury in patients with COVID-19 // The Lancet Respiratory Medicine. – 2020. – С. 738-742.

4. Syed M. Renal Manifestations of COVID-19 // Breaking down COVID-19. – 2020. – С. 95-102.

5. Tabary M. Pathologic Features of COVID-19: A Concise Review // Pathology - Research and Practice. – 2020. – С. 6-7.

УДК 616.24-002

**Калабина А.С., Редькина В.П., Вишнева Е.М.**

**АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА И ЛЕТАЛЬНОСТИ  
ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОГО  
СТАЦИОНАРА**

Кафедра факультетской терапии, эндокринологии, аллергологии и  
иммунологии

Уральский Государственный Медицинский Университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Kalabina A.S., Redkina V.P., Vishneva E.M.**

**ANALYSIS OF RISK FACTORS AND MORTALITY FROM  
COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN THE CONDITIONS OF A  
CITY HOSPITAL**

Department of Faculty Therapy, Endocrinology, Allergology and Immunology  
Ural state medical university

Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: [arina.kalabina@yandex.ru](mailto:arina.kalabina@yandex.ru)

**Аннотация.** В статье представлены результаты анализа историй болезни пациентов терапевтического стационара, умерших в результате внебольничной

пневмонии. Выявлены факторы риска и ведущие осложнения, приводящие к летальному исходу от внебольничной пневмонии.

**Annotation.** The article presents the results of an analysis of medical histories of patients in a hospital of a therapeutic profile who died as a result of community-acquired pneumonia. Risk factors and frequent complications leading to death from community-acquired pneumonia have been identified.

**Ключевые слова:** внебольничная пневмония, летальность, факторы риска, осложнения.

**Key words:** community-acquired pneumonia, mortality, risk factors, complications.

### **Введение**

Внебольничная пневмония (ВП) в настоящее время представляет большую эпидемиологическую и медицинскую значимость, так как является одним из самых распространённых инфекционных заболеваний. Несмотря на постоянное совершенствование методов диагностики, использование в терапии современных высокоэффективных антибактериальных препаратов, ВП занимает одно из ведущих мест в структуре причин смерти в мире и 1-е место среди инфекционных заболеваний.

Факторами, которые определяют прогноз при ВП, являются возбудитель пневмонии, возраст пациента (>65 лет), привычные интоксикации, избыточная или недостаточная масса тела, проводимая антибактериальная терапия (АБТ) более 2 дней в течение последних 3 месяцев, а также сопутствующие патология. Среди сопутствующих заболеваний чаще встречаются хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), сахарный диабет (СД), сердечнососудистые заболевания (ССЗ), иммунодефицит, хроническая болезнь почек, печеночная недостаточность и ревматические болезни.

В РФ заболеваемость ВП в 2018 году составила 491,67 на 100 тыс. населения, в 2019 – 518,9 на 100 тысяч при среднемноголетней заболеваемости 401,7 на 100 тысяч (2014-2018). Показатель смертности от ВП в среднем по стране в 2018 году составил 4,25 на 100 тыс. населения, в 2019 – 3,73 на 100 тыс. [2].

В Свердловской области заболеваемость ВП на 2019 год составила 814,5 на 100 тысяч населения, что выше уровня 2018 года на 37,7%, 2017 – на 55,9% и показателя заболеваемости по РФ на 57,4%. Смертность в 2019 году составила 7,9 на 100 тысяч населения, что ниже показателя 2018 года – на 26,9%, 2017 – на 32,3% и среднемноголетнего уровня на 46%. Смертность формируется преимущественно за счет взрослого населения (99,1%) [3].

**Цель исследования** – изучение факторов риска (ФР) неблагоприятного прогноза при внебольничной пневмонии в условиях городского стационара, с решением следующих задач:

1. Проанализировать литературу по данной теме.
2. Определить группы риска умерших от ВП пациентов.

3. Выявить ведущие осложнения у умерших больных.

### **Материалы и методы исследования**

Проведен литературный обзор с использованием поисковых систем Cyberleninka, eLIBRARY.RU и ретроспективный анализ историй болезни пациентов МАУ «Городская клиническая больница №14» города Екатеринбурга, поступивших в 2019 году в терапевтическое отделение и умерших от ВП.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Объект исследования составили 20 пациентов - 15 мужчин и 5 женщин (75% и 25% соответственно), из которых 35% в возрасте старше 70 лет, 35% - в возрасте от 30 до 39 лет, 15 % - от 40 до 49 лет, 15% - от 50 до 65 лет.

Социальный статус больных был представлен различными категориями: пенсионерами являлись 8 человек (40%), временно или постоянно не работающими - 13 человек (65%), работающими - 2 человека (10%).

Обращают на себя внимание постоянные интоксикации в анамнезе: злоупотребление алкоголем у половины пациентов (50%), пристрастие к наркотическим веществам у 2 пациентов (10%), при этом 2 из 3 (15%) ВИЧ-инфицированных пациентов являются наркозависимыми.

Аналогичные результаты в исследовании Л.В. Повалевой. При анализе социального статуса выявлено, что среди умерших больных было достоверно больше неработающих лиц, в том числе неработающих лиц трудоспособного возраста; потребителей инъекционных и неинъекционных наркотиков; лиц, регулярно употребляющих алкоголь; курящих; ВИЧ-инфицированных; людей, проживающих в многонаселённой квартире, бараке или общежитии [4].

При изучении анамнеза выявлено, что первые симптомы заболевания появились у пациентов в среднем за 5 дней до госпитализации. Наши данные согласуются с результатами исследования Р. Ф. Хамитова, в котором отмечается, что поздняя госпитализация (5 дней спустя от начала заболевания) является неблагоприятным фактором угрозы летального исхода от ВП [5].

Нами установлено, что на догоспитальном этапе пациенты не обращались за амбулаторно-поликлинической помощью. 16 пациентов (80%) самостоятельно принимали жаропонижающие средства, остальные (20%) не лечились. Признаки ОРВИ в дебюте заболевания отмечал 1 пациент (5%).

При анализе стартового режима АБТ в условиях стационара, выявлено, что все 20 пациентов начали получать АБТ в течение часа с момента госпитализации.

У всех пациентов диагностирована полисегментарная пневмония, из них односторонний характер пневмонии имел место у 2 (10%) пациентов, а двусторонний - у 18 пациентов (90%). Таким образом, двусторонний характер пневмонии у пациента с выраженной клинической симптоматикой является предиктором неблагоприятного исхода.

При анализе сопутствующей патологии, которая могла оказывать дополнительное отягощающее влияние на основное заболевание, выявлена ведущая роль заболеваний печени – у 11 (55 %) пациентов и цереброваскулярной патологии – у 6 (30 %) больных. У 3 пациентов (15%) отмечалось ожирение.

Также среди сопутствующей патологии встречались: хроническая сердечная недостаточность, ХОБЛ, СД, онкологические заболевания (по 10%).

Обзор литературы показывает несколько иной перечень коморбидной патологии у пациентов, умерших от ВП. В исследовании Гордеевой Н.В. наиболее распространенной сопутствующей патологией умерших пациентов являлись ССЗ (30%), хронические заболевания легких (15,5%) и СД (9%) [1].

Эффективность лечения зависит от правильного выбора антибиотика и его соответствия этиологии пневмонии. Но бактериологический посев мокроты проводился только у 2 пациентов (10%), истории которых мы анализировали.

В 100% случаев ВП осложнялась дыхательной недостаточностью (ДН) II-III степени, в 95% - случаев отеком легких, в 35% - плевритом, в 35% - абсцедированием и в 20% - инфекционно-токсическим шоком. В исследованиях Харькова Е.И. были несколько другие результаты: ДН II-III степени - 94% пациентов, церебральная дисфункция 43,7%, инфекционно-токсический шок - 27,6%, экссудативный плеврит - 9,8%, пневмоторакс 2%, абсцедирование 8,7% [6].

Все пациенты из нашей выборки (100%) были госпитализированы в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) для проведения искусственной вентиляции легких (ИВЛ).

12 пациентов (60%) умерли в течение суток после госпитализации, 4 пациента (20%) - на 2-3 сутки и 4 пациента (20%) – позднее 3 суток. В исследовании Поваляевой Л.В. приведены следующие результаты: для умерших пациентов среднее время от момента госпитализации до смерти составило  $6,5 \pm 2,5$  суток, примерно треть пациентов умерла в течение суток после госпитализации [4].

Для решения проблемы высокой летальности от ВП нужно использовать единый специально разработанный шаблон первичного осмотра. Это позволит дежурному персоналу не пропустить оценку частоты дыхания, наличия цианоза, указывать день болезни на момент госпитализации, наличие и выраженность вредных привычек, объем и адекватность амбулаторной терапии и другую информацию, имеющую значение для диагностики и лечения.

Необходимо точно оценивать степень тяжести ВП с использованием официально рекомендованных критериев с последующим указанием в диагнозе. У всех пациентов с тяжелой пневмонией должна проводиться оценка сатурации кислородом в условиях приемного покоя. Это позволит оценить степень тяжести ДН, показания к госпитализации в ОРИТ, кислородотерапии, подключению к аппарату ИВЛ и отлучению от него.

#### **Выводы:**

1. Немедикаментозными ФР летального исхода ВП, на которых необходимо акцентировать внимание уже в течение первых суток, делятся на корригируемые и некорригируемые.

К некорригируемым относятся: мужской пол, возраст старше 65 лет, отсутствие постоянной работы, алкоголизм (особенно алкоголизация

непосредственно перед госпитализацией), повышенный или сниженный индекс массы тела, сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания и хронические заболевания легких, двусторонний характер пневмонии, особенно в сочетании с плевральным выпотом.

Корректируемыми ФР являются: отсутствие амбулаторного лечения; поздние госпитализация (> 5 дней) и первичное обращение за медицинской помощью (> 4 дней); неверное определение степени тяжести ВП и ДН, госпитализация в выходные и праздничные дни, а также в иное время работы дежурного персонала.

2. Умершие пациенты имели тяжелую сопутствующую патологию: болезни печени, ЦВБ и другие ССЗ, ожирение и др.

3. Среди осложнений ВП, повлекших неблагоприятный исход, чаще всего развивались ДН, отек легких, плеврит, абсцедирование, инфекционно-токсический шок.

#### **Список литературы:**

1. Гордеева Н.В. Особенности тяжелого течения и летальных исходов внебольничных пневмоний на примере Красноярского края / Демко И.В., Корчагин Е.Е., Соловьева И.А. // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2019. -№74. – С. 26-33.

2. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2019 году: Государственный доклад. – М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2020. – 300 с.

3. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Свердловской области в 2019 году: Государственный доклад. – М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Свердловской области, 2020. – 254 с.

4. Поваляева, Л.В. Факторы риска смерти пациентов с внебольничной пневмонией в современных условиях / Л.В. Поваляева, Б.Е. Бородулин, Е.А. Бородулина, Г.Ю. Черногаева // Казанский медицинский журнал. — 2012. — Т. 93, № 5. — С. 816—820.

5. Хамитов Р.Ф. Внебольничная пневмония: немедикаментозные факторы риска летального исхода. // Пульмонология. – 2014 – №1 – С. 23-26.

6. Харьков Е.И. Анализ летальности от внебольничной пневмонии в КГБУЗ КМК БСМП им. Н. С. Карповича за 2012-2016 года / Харьков Е.И., Козлов Е.В., Бочкарева В.О., Бочкарев Д.В., Обухова И.А. // Здоровье и образование в XXI веке. - 2018. - №4. – С.76-78.

УДК 61:616.72 – 007.248

**Камешков Д.А., Мамаев М.Э., Фоминых М.И.**

**ПРОБЛЕМА ГИПЕРДИАГНОСТИКИ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА В  
УРАЛЬСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ**

Кафедра факультетской терапии и гериатрии