

22. Lasota J. Clinical significance of oncogenic KIT and PDGFRA mutations in gastrointestinal stromal tumours // J.Lasota, M.Miettinen // Histopathology. – 2008. - № 4. - P.4–16.
23. Martin J. Deletions affecting codons 557-558 of the c-KIT gene indicate a poor prognosis in patients with completely resected gastrointestinal stromal tumors: a study by the Spanish Group for Sarcoma Research (GEIS) / J.Martin, J. Poveda, A.J. Llombart-Bosch // Clin. Oncol. – 2005. - №23. - P. 6190–6198.
24. Mazur M.T. Gastric stromal tumors: Reappraisal of histogenesis / M.T. Mazur, H.B.Clark // Am J Surg. Pathol. – 1983. - №7. - P.507-519.
25. Miettinen M. Evaluation of malignancy and prognosis of gastrointestinal stromal tumors: a review / M.Miettinen, W.El-Rifai // Hum Pathol. – 2002. - №33. - P. 478–483.
26. Miettinen M. Gastrointestinal stromal tumors in patients with neurofibromatosis: a clinicopathologic and molecular genetic study of 45 cases / M. Miettinen, J.F. Fetsch, L.H. Sobin // Am. J. Surg. Pathol. - 2006. - №30. - P. 90–96.
27. Miettinen M. Gastrointestinal stromal tumors - definition, clinical, histological, immunohistochemical, and molecular genetic features and differential diagnosis / M. Miettinen, J. Lasota // Virchows Arch. - 2001. - №438(1). - P.1-12.
28. Miettinen M. Gastrointestinal stromal tumors: definition, occurrence, pathology, differential diagnosis and molecular genetics / M. Miettinen, J. Lasota // Pol. J. Pathol. – 2003. - №54. - P.3–24.
29. Miettinen M. Gastrointestinal stromal tumors: review on morphology, molecular pathology, prognosis, and differential diagnosis / M. Miettinen // Arch Pathol Lab Med. - 2006. - №130. - P.1466–1478.
30. Miettinen M. Gastrointestinal stromal tumors of the stomach—a clinicopathologic, immunohistochemical and molecular genetic study of 1756 cases with long-term follow-up / M. Miettinen, L.H. Sobin, J. Lasota // Am. J. Surg. Pathol. - 2005. - №29. - P. 52–68.
31. Minute gastric sclerosing stromal tumors (GIST tumorlets) are common in adults and frequently show c-KIT mutations / A. Agaimy [et al.] // Am J Surg Pathol. – 2007. - №31(1). - P.113-120.
32. Mudan S. Salvage surgery for patients with recurrent gastrointestinal sarcoma: prognostic factors to guide patient selection / S. Mudan, K. Conlon, J.Woodruff // Cancer. – 2000. - № 88. - P. 66-74.
33. One vs three years of adjuvant imatinib for operable GIST: a randomized trial / H. Joensuu [et al.] // JAMA. – 2012. - №307(12). - P.1265-72.
34. Phase III comparison of doxorubicin and dacarbazine given by bolus versus infusion in patients with soft-tissue sarcomas: a Southwest Oncology Group study / M. Zalupski [et al.] // J Nat Cancer Inst. – 1991. - № 83(13). - P. 926-932.
35. Prognostic factors influencing survival in gastrointestinal leiomyosarcomas. Implications for surgical management and staging / E.H. Ng [et al.] // Ann Surg. – 1992. - №215(1). - P. 68-77.
36. Prognostic value of KIT mutation type, mitotic activity, and histologic subtype in gastrointestinal stromal tumors / S. Singer [et al.] // J Clin Oncol. – 2002. - № 20(18). - P. 3898-3905.
37. Role of Ki-67 as a prognostic factor in gastrointestinal stromal tumors / B. Belev [et al.] // World J Gastroenterol. – 2013. - № 19(4). - P. 523-527.
38. Rutkowski P. Surgical treatment of patients with initially inoperable and/or metastatic gastrointestinal stromal tumors (GIST) during therapy with imatinib mesylate / P. Rutkowski, Z. Nowecki, P. Nyckowski // J Surg Oncol. – 2006. - №93. - P. 304–311.
39. Sarcomas of the gastrointestinal tract. Separation into favorable and unfavorable prognostic groups by mitotic count / M.J. Dougherty [et al.] // Ann Surgery. – 1991. - №214(5). - P. 569-74.
40. Soft tissue leiomyosarcomas and malignant gastrointestinal stromal tumors: differences in clinical outcome and expression of multidrug resistance proteins / B.E. Plaet [et al.] // J Clin Oncol. – 2000. - № 18(18). - P. 3211-3220.
41. Surgical management of advanced gastrointestinal stroma tumors after treatment with targeted systemic therapy using kinase inhibitors / C.P. Raut [et al.] // J. Clin. Oncol. - 2006. - № 15. - P. 2325-2331.
42. Tarn C. Analysis of KIT mutations in sporadic and familial gastrointestinal stromal tumors: therapeutic implications through protein modeling / C. Tarn, E. Merkel, A. A. Canutescu // Clin. Cancer Res. - 2005. - № 11. - P. 3668–3677.
43. Tumor mitotic rate, size, and location independently predict recurrence after resection of primary gastrointestinal stromal tumor (GIST) / R.P. De Matteo [et al.] // Cancer. - 2008. - №112. - P. 608–615.
44. Two hundred gastrointestinal stromal tumors: recurrence patterns and prognostic factors for survival / R.P. De Matteo [et al.] // Ann Surgery. – 2000. - №231. - P. 51-58.
45. Update of phase I study of imatinib (STI 571) in advanced soft tissue sarcomas and gastrointestinal stromal tumours: a report of the EORTC Soft Tissue and Bone Sarcoma Group / A.T. Van Oosterom [et al.] // Eur. J. Cancer. – 2002. - № 38. - P. 83-87.
46. Znah W.H. Efficacy and safety of adjuvant post-surgical therapy with imatinib in patients with high risk of relapsing GIST. ASCO 2007, Abstr. 10045 / W.H. Znah // Available at: <http://www.cancer.gov/clinicaltrials/EORTC-62024>.

И.М. Борисов, Т.Г. Шаповалова

СПОСОБЫ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПНЕВМОНИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ И ИХ СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ

УДК 616.24-002-053.8

Проведен сравнительный анализ двухступенчатой (нетяжелая, тяжелая) и трехступенчатой (легкая, среднетяжелая, тяжелая) оценок степени тяжести внебольничной пневмонии у военнослужащих, проходящих военную службу по призыву.

Показано, что трехступенчатая оценка степени тяжести пневмонии позволяет более адекватно оценить степень тяжести заболевания и тем самым обеспечить не только более точную сортировку больных по выбору места лечения, но и аргументированно решить вопрос о необходимости госпитализации в стационар и определить наиболее рациональную терапию заболевания.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, оценка степени тяжести пневмонии.

Comparative analysis of two-step (non-severe, severe) and three-step (mild, moderate, severe) assessment of the severity of community-acquired pneumonia in the military men, performing military service is done.

It is shown that a three-stage evaluation of the severity of pneumonia allows more adequately assess the degree of severity of the disease and thus provide not only more accurate triage on site selection of treatment, but convincingly decide on the hospitalization need and determine the most rational treatment of the disease.

Keywords: community-acquired pneumonia, assessment of severity of pneumonia.

БОРИСОВ Игорь Михайлович – к.м.н., начальник пульмонологич. отделения филиала № 12 ФГКУ «1602 ВКГ» Минобороны России, askbo@mail.ru; **ШАПОВАЛОВА Татьяна Германовна** – д.м.н., проф. ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Росздрава», t.g.shapovalova@gmail.com.

Введение. Проблема диагностики и лечения внебольничной пневмонии (ВП) продолжает оставаться одной из наиболее актуальных в современном здравоохранении. Парадокс при этом состоит в том, что, с одной стороны, достигнуты впечатляющие результаты

в понимании патогенеза инфекционного процесса, в совершенствовании методов диагностики, в повышении эффективности химиотерапии, доступности современных высокоэффективных антибактериальных препаратов, а с другой – сохраняется большое

число больных с тяжелым течением заболевания и относительно высокая летальность, в связи с чем пневмония по-прежнему занимает ведущее место в структуре заболеваемости и смертности от инфекционных болезней в развитых странах [15].

В России заболеваемость ВП в 2006 г. составила 4,1‰ [3]. Однако заболеваемость ВП в Вооружённых Силах России среди военнослужащих, проходящих военную службу по призыву, существенно выше и составляет на протяжении последних 15 лет 30–45% [3, 4, 7]. Летальность при ВП среди взрослых до 50 лет без сопутствующих заболеваний составляет в России 1–3%, среди пациентов, требующих госпитализации в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), она доходит до 30% [3]. В странах Евросоюза, Северной Америки и Японии показатель смертности от пневмонии в 2003–2006 гг. составил 50–60 на 100 тыс. чел. в год [15], в России – 30 случаев на 100 тыс. населения [3, 4].

М. J. Fine et al. были изучены факторы риска возможного летального исхода пневмонии с суммарной балльной оценкой таких параметров, как возраст, пол, лабораторные признаки, данные физикального обследования пациента на момент госпитализации, наличие сопутствующей патологии [11, 14]. В соответствии с меньшей или большей вероятностью летального исхода были выделены пять категорий риска (I–V). Авторы пришли к выводу, что больные, имеющие I и II категории риска, то есть минимальную вероятность фатального исхода, могут лечиться амбулаторно. Пациенты с III категорией нуждаются в непродолжительной госпитализации. При сумме баллов, соответствующей IV и V категориям риска, требуется безусловная госпитализация [11, 14]. Были сформулированы новые подходы к ведению пациентов с пневмонией, при которых значительное их число (до 80%) предлагалось лечить амбулаторно [3, 13].

Стоимость амбулаторного лечения, разумеется, значительно ниже стационарного. Так, если лечение госпитализированного пациента в США в 2007 г. стоило в среднем 5700 дол., то амбулаторного – всего 300 дол. США [8]. Экономические выгоды более чем очевидны. Тем более, что затраты на лечение больных пневмонией в США составили в 2006 г. 10 млрд. дол., причем более 92 % из них приходилось на стационары [12]. Таким образом, выбор места лечения ВП (амбулаторное или стационарное) имеет весьма важное, в

том числе и экономическое, значение. В результате фактически произошла замена понятия оценки степени тяжести ВП на определение критериев (или показаний) к госпитализации и формулировке критериев тяжелого течения ВП с критериями течения, требующего госпитализации в ОРИТ.

Нетяжелое течение ВП с низким риском неблагоприятного исхода по существу не обсуждается. А между тем именно нетяжелое течение ВП, включившее в себя лёгкое и среднетяжелое течение заболевания, составляет около 96% всех случаев ВП. Больные, составляющие эту основную часть всех заболевших, имеют разную выраженность клинических проявлений, оценка которых имеет большое значение при выборе вида и объёма антибактериальной, дезинтоксикационной и симптоматической терапии. Адекватная оценка тяжести пневмонии имеет важное практическое значение и не ограничивается только сортировкой по выбору места лечения и критериям тяжёлого течения.

Цель исследования – сравнительный анализ двухступенчатой (нетяжелая, тяжёлая) и трёхступенчатой (лёгкая, среднетяжелая, тяжёлая) оценок степени тяжести внебольничной пневмонии у военнослужащих.

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленной цели проведён сравнительный анализ результатов обследования и лечения больных ВП в условиях пульмонологического отделения военного госпиталя в период с 2004 по 2010 г. В исследование были включены 1177 больных ВП, мужчин, военнослужащих, проходящих военную службу по призыву, в возрасте от 18 до 22 лет (19, 2 ± 0,19).

Степень тяжести ВП у всех пациентов, принявших участие в исследовании, определялась последовательно: сначала по критериям двухступенчатой (нетяжелая и тяжёлая), а затем – трёхступенчатой (лёгкая, среднетяжелая, тяжёлая) шкал. Результаты

именовались соответственно двухступенчатой (2-ст. ОТ) и трёхступенчатой (3-ст. ОТ) оценкой тяжести ВП.

Для 2-ст. ОТ были использованы критерии, изложенные в соответствующих методических указаниях ГВМУ МО РФ по диагностике, лечению и профилактике ВП у военнослужащих (2003 и 2009 гг.) и практических рекомендациях по диагностике, лечению и профилактике ВП у взрослых (2003 и 2006 гг.) [2–4, 7]. Критериями тяжёлого течения ВП, согласно методическим указаниям по диагностике, лечению и профилактике ВП у военнослужащих в 2003 г. [7] являлись: тяжёлое состояние больного (цианоз, спутанность сознания, бред, повышение температуры тела выше 39,0°C); дыхательная недостаточность (частота дыхания >30 в мин, PaO₂ <60 мм рт. ст., PaCO₂ >50 мм рт. ст.); артериальная гипотензия – АД систолическое <90 мм рт. ст. и (или) АД диастолическое <60 мм рт. ст.; выраженная тахикардия (частота сердечных сокращений >125 в минуту); лейкоцитоз (>25×10⁹/л) или лейкопения (<4×10⁹/л); гемоглобин <100 г/л; гематокритное число <30%; распространённая мультилобарная или двусторонняя пневмоническая инфильтрация; прогрессирующее течение пневмонии; массивный плевральный выпот; полость(ти) распада лёгочной ткани; диурез <80 мл за 4 ч и (или) азот мочевины крови >7,0 ммоль/л и (или) креатинин >176,7 мкмоль/л; вторичная бактериемия; менингит; перикардит; гематогенные отсевы инфекции. Дополнительно были выделены и признаки крайне тяжёлого, жизнеугрожающего течения ВП (табл. 1).

Согласно методическим указаниям ГВМУ МО РФ по диагностике, лечению и профилактике внебольничной пневмонии у военнослужащих МО РФ 2009 г. [4] указанные выше критерии ВП крайне тяжёлого течения стали именоваться критериями тяжёлого течения (табл. 2).

Критерии тяжёлого течения, из-

Таблица 1

Критерии ВП крайне тяжёлого течения (2003 г.) [7]

Клинические критерии	Лабораторные показатели
Острая дыхательная недостаточность: частота дыхания > 30 в мин Гипотензия: систолическое АД < 90 мм рт. ст. диастолическое АД < 60 мм рт. ст. Двух- или многодолевое поражение Нарушение сознания Внелёгочный очаг инфекции (менингит, абсцесс головного мозга и др.)	Лейкопения (< 4 × 10 ⁹ /л) Гипоксемия: насыщение крови кислородом SaO ₂ < 90% PO ₂ < 60 мм рт. ст. Острая почечная недостаточность (анурия, креатинин крови > 0,18 ммоль/л, мочевины > 15 ммоль/л)

Таблица 2

Критерии ВП тяжёлого течения (2009 г.) [4]

Клинические критерии ¹	Лабораторные показатели ¹
Острая дыхательная недостаточность: частота дыхания > 30 в мин; насыщение крови кислородом (SaO ₂) < 90% Гипотензия систолическое АД < 90 мм рт. ст. диастолическое АД < 60 мм рт. ст. Двух- или многодолевое поражение Нарушение сознания Внелегочный очаг инфекции (менингит, абсцесс головного мозга и др.)	Лейкопения (< 4 × 10 ⁹ /л) Гипоксемия (SaO ₂ < 90%) PO ₂ < 60 мм рт. ст. Острая почечная недостаточность (анурия, креатинин крови > 0,18 ммоль/л, мочевины > 15 ммоль/л)

¹ При наличии хотя бы одного критерия ВП расценивается как тяжёлая.

Таблица 3

Трёхступенчатая оценка степени тяжести пневмонии [5]

№	Признак	Лёгкая	Средняя	Тяжёлая
1.	Сознание	Ясное	ясное, легкая эйфория	спутанное сознание, бред
2.	Пульс	до 90 в мин.	до 100 в мин.	более 100 в мин.
3.	Артериальное давление	Нормальное (САД ≥ 110 мм рт. ст.; ДАД ≥ 60 мм рт. ст.)	Сниженное (САД < 110 мм рт. ст. и/или ДАД < 60 мм рт. ст.)	САД ≤ 90 мм рт. ст. и/или ДАД ≤ 50 мм рт. ст.
4.	Одышка	ЧД в покое от 16 до 20 в мин	ЧД в покое от 20 до 30 в мин	ЧД в покое более 30 в мин
5.	Цианоз	отсутствует	акроцианоз с локализацией синюшности под ногтями пальцев кистей рук, на кончике носа и губах	распространённый интенсивного оттенка
6.	Периферическая кровь	лейкоцитоз до 10 × 10 ⁹ /л	лейкоцитоз 10–20 × 10 ⁹ /л со сдвигом лейкоцитарной формулы влево	лейкоцитоз более 20 × 10 ⁹ /л или лейкопения (менее 4 × 10 ⁹ /л), токсическая зернистость
7.	Температура тела	до 38°C	38–39°C	выше 39°C
8.	Осложнения	отсутствуют	острая дыхательная недостаточность I степени и/или экссудативный плеврит с выпотом до 200 мл	два и более осложнений

ложенные в методических указаниях ГВМУ МО РФ по диагностике, лечению и профилактике внебольничной пневмонии у военнослужащих МО РФ 2009 г. [4], были аналогичны критериям тяжёлого течения ВП рекомендаций по диагностике, лечению и профилактике внебольничной пневмонии у взрослых 2003 и 2006 гг.) [2, 3], за исключением показателей гемоглобина, гематокрита и значений азотемии.

В методических указаниях по лечению и диагностике ВП, как ГВМУ МО РФ (2003, 2009 гг.), так и у взрослых гражданских пациентов (2003 и 2006 гг.) особо подчёркивалось, что для оценки ВП как тяжёлой достаточно одного критерия из перечисленных [2-4, 7].

Для определения степени тяжести ВП по критериям 3-ст. ОТ мы использовали разработанные нами критерии [5] (табл. 3).

В отличие от рекомендаций, изложенных в методических указаниях ГВМУ МО в 2003, 2009 гг. и в гражданской медицине у взрослых 2003 и 2006 гг. [2-4, 7], по критериям трёхступенчатой оценки было предложено определять тяжесть ВП по совокупности всех имеющихся признаков.

Подтверждённым случаем ВП считали наличие характерных клинических и рентгенологических признаков заболевания. Кроме физикальных признаков были проанализированы данные электрокардиографии, показа-

тели общих анализов периферической крови, мочи, биохимических исследований, электролитов (калий, натрий сыворотки крови), белкового состава, свёртывающей системы, выделительной функции почек и газового состава крови.

Всем больным назначалась антибактериальная и симптоматическая терапия в соответствии с принятыми стандартами и клиническими рекомендациями [2-4, 6, 7].

Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью пакета прикладных программ Microsoft Office Excel 2007 и Statistica 6.0 (StatSoft, Inc. 2001). Для сравнения количественных показателей использовался критерий Стьюдента.

Результаты и обсуждение. Согласно критериям диагностики острой дыхательной недостаточности (ОДН) (ЧДД >30 в мин; SaO₂ <90%, PO₂ < 60 мм рт.ст.) количество пациентов с тяжёлым течением ВП по двух- и трёхступенчатой оценке было практически одинаковым: по 2-ст. ОТ – 4,8% (56 чел.) и по 3-ст. ОТ – 4,6% (54 чел.). По критерию гипотензии при использовании 2-ст. ОТ (систолическое АД <90 мм рт. ст., диастолическое АД <60 мм рт. ст.) количество пациентов с тяжёлым течением ВП составило 4,2% (50 чел.), по шкале 3-ст. ОТ (систолическое АД ≤ 90, диастолическое АД ≤ 50 мм рт.ст.) – 4,6% (54 чел.). Таким образом, по критериям ОДН и гипотензии обе системы оценки степени тяжести ВП показали сходные результаты.

По данным рентгенологического обследования органов грудной полости у большинства обследованных (999 чел.; 84,9%) в воспалительный процесс вовлекался только один сегмент, два и три сегмента – соответственно у 164 (13,9%) и 14 чел. (1,2%).

Пневмонические инфильтраты были обнаружены в нижних долях обоих лёгких – у 45 чел. (3,8%); в верхней доле левого лёгкого и в средней доле правого лёгкого – у 22 чел. (1,9%), в верхней доле левого лёгкого и в нижней доле правого лёгкого – у 27 (2,3), в нижней доле левого лёгкого и в средней доле правого лёгкого – у 14 чел. (1,2%).

Многодолевое поражение лёгких среди обследованных пациентов выявлено не было. Двухдолевое поражение отмечалось у 108 чел. (9,2%). Если по критерию «двух- и многодолевое поражение лёгочной ткани» по шкале 2-ст. ОТ количество пациентов с тяжёлым течением ВП составило 108 чел. (9,2%), то по шкале 3-ст. ОТ эти же больные распределились следующим образом: лёгкое течение было у

69 чел. (63,9%), среднетяжелое – у 36 (33,3) и тяжелое – у 3 чел. (2,8%). Таким образом, по критерию объема поражения легочной ткани количество больных с тяжелым течением при использовании шкалы 3-ст. ОТ было существенно меньше (54 чел.; 4,6%) и соответствовало количеству пациентов с тяжелым течением ВП по критериям ОДН и гипотензии.

Известно, что корреляция между объемом инфильтративных изменений в легких по данным рентгенографии и тяжестью состояния пациента нередко отсутствует. Так, практический опыт показывает, что даже при незначительных рентгенологических проявлениях в дебюте ВП в дальнейшем возможно развитие тяжелого течения заболевания. Поэтому, если неправильно оценить тяжесть ВП в дебюте заболевания, ориентируясь только на малую площадь поражения легочной ткани, в дальнейшем возможно развитие жизнеугрожающих осложнений заболевания – инфекционно-токсического шока и ОДН в связи с неправильно выбранной тактикой ведения больного. В то же время при обширной воспалительной инфильтрации самочувствие пациента может существенно не страдать, объективно не обнаруживая признаков тяжелого течения ВП и не вызывать опасности развития осложнений, что и подтвердили результаты использования шкалы 3-ст. ОТ.

Лейкопения ($<4 \times 10^9/\text{л}$) по результатам первичного исследования периферической крови была диагностирована только у 3 чел. (0,3%). Эти пациенты поступили в стационар в удовлетворительном состоянии, с жалобами на редкий малопродуктивный кашель, без лихорадки и других симптомов инфекционной интоксикации, без признаков острой дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности и по критериям шкалы 3-ст. ОТ степень тяжести ВП у них была определена как легкая, но по шкале 2-ст. ОТ – как тяжелая. Однако никаких других критериев тяжелого течения ВП у этих больных обнаружено не было и количество лейкоцитов нормализовалось в течение первых 2 сут после госпитализации. Поэтому с учетом клинической картины, данных объективного обследования и полученных результатов инструментальных исследований течение заболевания в окончательном варианте было признано легким. Лейкоцитоз как критерий тяжести ВП не учитывается по 2-ст. ОТ [2, 3, 4], в то время как по шкале 3-ст. ОТ [5] этот показатель в большинстве случаев хорошо коррелировал со степенью тяжести заболевания. Так, по

шкале 3-ст. ОТ лейкоцитоз до $10 \times 10^9/\text{л}$ был выявлен у 792 чел. (67,3%), от 10 до $20 \times 10^9/\text{л}$ со сдвигом лейкоцитарной формулы влево – у 337 (28,6) и более $20 \times 10^9/\text{л}$ с токсической зернистостью – у 48 чел. (4,1%).

Для объективной оценки сознания пациентов по шкале 2-ст. ОТ использовался способ, рекомендованный в методических указаниях ГВМУ МО РФ по диагностике, лечению и профилактике ВП у военнослужащих (2003 г.) [7]. С этой целью применялась специальная шкала Н. Quereshi, Н. Hodgkinson (1974) с изменениями Л.С. Страчунского (2002 г.), включающая 10 вопросов, правильный ответ на каждый из которых оценивался в 1 балл. Сумма ≤ 8 баллов свидетельствует о нарушении сознания. Вопросы, которые задают пациенту, согласно данной шкале: 1) возраст; 2) дата рождения; 3) время (в пределах часа); 4) год; 5) название стационара; 6) способность узнавать двух человек (например, врача, медицинскую сестру); 7) адрес; 8) дата начала Великой Отечественной войны; 9) фамилия Президента РФ; 10) обратный счет от 20 до 1.

В нашем исследовании почти треть обследованных пациентов (345 чел.; 29,3%) набрали менее 8 баллов, и, следовательно, должны быть отнесены к группе пациентов с тяжелым течением болезни, так как обнаружили признаки «нарушения сознания» [2-4]. Чаще всего пациенты, в силу своего низкого образовательного уровня, делали ошибки в вопросах 3, 5, 8 и 9. Однако в ходе наблюдения и лечения, при комплексной оценке данных объективного обследования и полученных результатов инструментальных исследований трактовать течение ВП у 291 (24,7%) пациента как тяжелое было крайне затруднительно. Выраженность интоксикации определялась как минимальная, острая дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточности отсутствовали, осложнений заболевания не было. При использовании шкалы 3-ст. ОТ легкая эйфория у больных отмечалась лишь в 10,7% случаев (126 чел.), а спутанность сознания диагностирована всего у 14 чел. (1,2%). Таким образом, признак «нарушения сознания», используемый в качестве единственного критерия оценки степени тяжести ВП и определяемый в баллах по специальным шкалам, также может способствовать ошибочной оценке тяжести течения ВП.

Больных с внелегочными очагами инфекции (менингит, абсцесс головного мозга и др.), острой почечной недостаточностью (анурия, креатинин

крови $>0,176$ ммоль/л, азот мочевины $>7,0$ ммоль/л) и анемией (гемоглобин <100 г/л, гематокрит $<30\%$) среди пациентов, включенных в исследование, не было.

При использовании шкалы 3-ст. ОТ, основанной на комплексном анализе всех критериев тяжести течения ВП, на момент поступления в госпиталь легкое течение заболевания было выявлено у достоверно большего числа пациентов (712 чел., 60,5%), чем среднетяжелое и тяжелое (соответственно у 411 чел., 34,9% и у 54 чел., 4,6%, $p < 0,01(\chi^2)$). Употребление шкалы 2-ст. ОТ с рекомендацией расценивать заболевание как тяжелое при наличии хотя бы одного критерия, показало иные результаты: так, тяжелое течение ВП было установлено у 427 чел. (36,3%). В связи с тем, что критерии нетяжелого течения ВП по шкале 2-ст. ОТ не определены, то следует полагать, что ими являются все оставшиеся за пределами тяжелого течения, то есть 750 чел. (63,7%).

Особенностью нашего исследования было участие пациентов с ВП – военнослужащих, проходящих военную службу по призыву. Для данной категории граждан предусмотрена обязательная госпитализация в случае выявления ВП, и это обстоятельство дало нам возможность проанализировать течение заболевания в том числе и у тех пациентов, которые по шкале 2-ст. ОТ в гражданском секторе медицины должны были получать лечение амбулаторно. В итоге из 712 чел. (60,5%), у которых на момент поступления было зафиксировано легкое течение ВП по шкале 3-ст. ОТ, у 17 пациентов (1,4%) диагностические представления относительно тяжести течения заболевания в ходе наблюдения в течение первых двух суток изменились и заболевание было интерпретировано как среднетяжелое. Напротив, течение ВП у 13 чел. (1,1%), при первичном осмотре детерминированное как среднетяжелое, в дальнейшем, в течение первых суток наблюдения, было расценено как легкое. Из 411 чел. (34,9%), у которых при поступлении в госпиталь было диагностировано течение ВП средней тяжести по шкале 3-ст. ОТ, в ближайшие сутки состояние было пересмотрено как тяжелое у 11 чел. (0,9%), что потребовало перевод этих больных в отделение интенсивной терапии и реанимации. Следовательно, если не дифференцировать легкое и среднетяжелое течения ВП, оценивать заболевание только как «нетяжелое» и рекомендовать пациентам амбулаторное лече-

ние без должного наблюдения врача, не учитывая возможность адекватного ухода и лечения в амбулаторных условиях, возможны случаи с утяжелением течения ВП, что по значимости равноценно поздней госпитализации. По нашим данным [1], если в первые 2 сут от начала болезни в стационар поступало до 3,6% больных с тяжёлым течением ВП, то на 3-и сут процент таких пациентов возрастал до 8,6, а на 4-е их было уже 11,8%. Установлено, что при госпитализации на 3-и и на 4-е сут от начала болезни течение ВП утяжелялось у 5,0 и у 8,2% больных соответственно, $p < 0,05$ (χ^2) [1].

Заключение. Одной из причин того, что летальность от ВП до сих пор занимает одно из первых мест, а среди причин смертности от инфекционных заболеваний она традиционно удерживает 1-е место [15], может быть и неадекватная система оценки степени тяжести ВП. Стремление к преимущественному лечению пневмонии в амбулаторных условиях, с целью сокращения страховых выплат, затягивание госпитализации, отсутствие необходимого контроля врача за пациентом также могут способствовать утяжелению состояния больного, развитию жизнеугрожающих осложнений с закономерным фатальным исходом.

Пациенты, тяжесть течения ВП у которых квалифицируется по 3-ступенчатой системе как среднетяжёлая, по 2-ступенчатой шкале обычно оценивается как нетяжёлая и больным рекомендуется амбулаторное лечение. Однако через некоторое время после неэффективного амбулаторного, но заметно более дешевого лечения, именно эти пациенты пополняют группу больных с тяжёлым, осложненным течением заболевания, и именно они, как правило, требуют госпитализации в ОРИТ и увеличивают процент летальных исходов при ВП. С этим обстоятельством связана и наиболее высокая смертность от ВП у мужчин трудоспособного возраста [3]: диагностируется нетяжёлое течение болезни, больной не госпитализируется, назначается амбулаторное лечение, причем пациент зачастую продолжает работать, пока заболевание не приобретет тяжёлое течение.

Главное, в чём убеждает клинический опыт, – в процессе диагностики обязательно должна быть определена степень тяжести заболевания. Причём более детальная характеристика любой патологии, в том числе ВП, способствует и более точной оценке её клинических проявлений. Любое упрощение, включая разделение пневмо-

нии только на тяжёлую и нетяжёлую, ведёт к выхолащиванию задачи оценки степени тяжести заболевания и к неизбежным, в виду этого, ошибкам.

Если многие авторы [9, 11, 14] рекомендуют выделять три группы больных ВП (амбулаторных пациентов, требующих стационарного лечения и с показаниями для госпитализации в отделение реанимации и интенсивной терапии), то стратификация тяжести течения заболевания предполагает все же только два варианта – либо тяжёлое, либо нетяжёлое. Очевидно, что использование трёхступенчатой системы оценки степени тяжести ВП позволило бы устранить этот недостаток. В этом случае больным с лёгким течением ВП можно было бы рекомендовать амбулаторное лечение, больным с течением средней тяжести – госпитализацию в терапевтическое (пульмонологическое) отделение, а больные с тяжёлым течением направлялись в ОРИТ.

Выводы.

1. Квалификация внебольничной пневмонии по степени тяжести с учетом только одного критерия, согласно рекомендациям двухступенчатой шкалы, недостаточна и может привести к неправильной оценке тяжести течения заболевания, что свидетельствует о необходимости комплексного анализа всех клинических критериев.

2. Использование трехступенчатой шкалы обеспечивает более точную сортировку больных по выбору места лечения.

Литература

1. Борисов И.М. Пневмония у вакцинированных пневмококковой вакциной / И.М. Борисов, Т.Г. Шаповалова. - Саратов, 2012. - 190 с.
Borisov I.M. Pneumonia in vaccinated with pneumococcal vaccine / I.M. Borisov, T.G. Shapovalov. - Saratov, 2012. - 190 p.
2. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике / А.Г. Чучалин, А.И. Синопальников, С.В. Яковлев [и др.] // Клинический микробиол. и антимикроб. химиотер. – 2003. – № 5. – С. 198 – 224.
Community-acquired pneumonia in adults: guidelines for diagnosis, treatment and prevention / A.G. Chuchalin, A.I. Sinopalnikov, S.V. Yakovlev [et al.] // Clin. Microbiology and antimicrobial chemotherapy. - 2003. - № 5. - P. 198 - 224.
3. Внебольничная пневмония у взрослых: Практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике / А.Г. Чучалин [и др.]. – М. : ООО «Издательский дом «М-Вести»», 2006. – 76 с.
Community-acquired pneumonia in adults: Practical guidelines for the diagnosis, treatment and prevention / A.G. Chuchalin [et al.]. – М.: «Publishing house» M-News, 2006. – 76 p.
4. Диагностика, лечение и профилактика внебольничной пневмонии у военнослужащих МО РФ: методические указания ГВМУ МО РФ /

под ред. А. Б. Белевитина. – М. : 2009. – 53 с.

Diagnosis, treatment and prevention of community-acquired pneumonia in servicemen of the Russian Federation Ministry of Defense: Defense guidelines Main Military Medical Management of the Russian Federation Ministry of Defense / ed. A.B. Belevitin. - M.: 2009. - 53 p.

5. Патент 2458626 RU, (51)МПК А61В 5/0205 (2006.01) Способ оценки степени тяжести пневмонии / И.М. Борисов, П.Е. Крайнюков, Т.Г. Шаповалова [и др.]. - № 2011109430/14; Заявлено 11.03.2011; Оpubл. 20.08.2012, Бюл. № 23.

Patent 2458626 RU, (51) IPC A61V 5/0205 (2006.01) A method for assessing the severity of pneumonia / I.M. Borisov, P.E. Krainyukov, T.G. Shapovalova [et al.]. - № 2011109430/14; Stated 11.03.2011, Publ. 20.08.2012, Bull. Number 23.

6. Стандарты (протоколы) диагностики и лечения больных с неспецифическими заболеваниями лёгких: приказ МЗ РФ от 9. 10. 1998 г. № 300 / (Библиотека журнала «Качество медицинской помощи» № 1 / 99 г.). – М. : Грантъ, 1999. – 40 с.

Standards (protocols) diagnosis and treatment of patients with nonspecific lung diseases: an order from the Russian Ministry of Health 9.10.1998 № 300 / (Library Journal, "Quality of care" № 1/99). - M.: Grant, 1999. - 40 p.

7. Указания по диагностике, лечению и профилактике внебольничной пневмонии у военнослужащих: методические указания ГВМУ МО РФ. – М., 2003. – 79 с.

Guidelines for the diagnosis, treatment and prevention of community-acquired pneumonia in the military: Defense guidelines Main Military Medical Management of the Russian Federation Ministry of Defense. - M., 2003. - 79 p.

8. Ambrose P.G. Antimicrobial Pharmacodynamics in Theory and Clinical Practice / P.G. Ambrose, S.M. Bhavnani, R.C. Owens // New York, NY: Informa Healthcare. - 2007. - P.177-188.

9. American Thoracic Society. Guidelines for the management of adults with community-acquired pneumonia. Diagnosis, assessment of severity, antimicrobial therapy, and prevention. Am J Respir Crit Care Med 2001; 163: 1730 – 1754.

10. Adherence to guidelines empirical antibiotic recommendations and community-acquired pneumonia outcome / P.G. Dambrava, A. Torres, X. Valles [et al.] // Eur. Respir. J. – 2008; 38. – P. 892 – 901.

11. Fine M.J. A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia /M.J. Fine, T.E. Auble, D.M. Yealy //N. Engl. J. Med. – 1997. – Vol. 336. – P. 243 – 250.

12. Mandell L.A. Infectious Diseases Society of America/ American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults / L.A. Mandell, R.G. Wunderink, A. Anzueto // Clin Infect Dis. – 2007. – Vol. 44 (suppl 2). – S27-S72.

13. Metersky M.L. Community-acquired pneumonia: process of care studies. Curr Opin Infect Dis. – 2002; 15. – P. 169-174.

14. Metlay J P. Testing strategies in the initial management of patient with community-acquired pneumonia / J P. Metlay, Fine M.J. // An Intern Med. – 2003; 138. – P. 109-118.

15. National Vital Statistics Report. Volume 57, Number 14, April 2009. Deaths: Final Date for 2006. Centers for Disease Control and Prevention.

16. Available at www.cdc.gov/nchs/date/nver/nvcr57/nver57_14pdf.