

© ВИНОКУРОВА Д.А., КУЛИКОВ Е.С., ФЕДОСЕНКО С.В., ДЕЕВ И.А., ЯРОВОЙ Н.Д., СТАРОВОЙТОВА Е.А., КИРИЛЛОВА Н.А., ЧЕРНЫШЕВА Е.А., АБАШИНА Л.В.

УДК: 616.24-002.153

DOI: 10.20333/25000136-2023-1-65-72

Клиническая характеристика и социально-демографические аспекты заболеваемости внебольничной пневмонией у госпитализированных пациентов

Д.А. Винокурова¹, Е.С. Куликов¹, С.В. Федосенко¹, И.А. Деев⁴, Н.Д. Яровой², Е.А. Старовойтова¹, Н.А. Кириллова¹, Е.А. Чернышева³, Л.В. Абашина¹

¹Сибирский государственный медицинский университет, Томск 634050, Российская Федерация

²Томский областной онкологический диспансер, Томск 634009, Российская Федерация

³Медико-санитарная часть №2, Томск 634040, Российская Федерация

⁴Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения, Москва 127254, Российская Федерация

Цель исследования. Изучить клинико-эпидемиологические особенности пациентов, госпитализированных с внебольничной пневмонией в Российской Федерации на примере г. Томска.

Материал и методы. В рамках сплошного ретроспективного исследования проведен комплексный анализ данных всех пациентов, госпитализированных в дежурные стационары Томска с диагнозом внебольничная пневмония (ВП) в течение 2017 года.

Результаты. Проанализированы истории болезни 1344 человек (средний возраст 61 (40; 76) лет), 756 мужчин (56,3%) и 588 женщин (43,7%). Мужчины были достоверно младше 57 (38; 69), чем женщины 66 (45; 79) ($p < 0,001$). Пенсионеры составили 595 (44,6%) человек, неработающие пациенты в трудоспособном возрасте – 284 (21,3%) человек. Мужчины чаще поступали из домов ухода, не имели определенного места жительства и проживали в студенческих общежитиях. Женщины имели избыточную массу тела по сравнению с мужчинами (26,7 (22,2; 31,3) кг/м² vs 23,9 (21,5; 27,4) кг/м² ($p < 0,001$)). Впервые в текущем году заболели ВП 1314 (97,8%) пациентов, среди заболевших ВП повторно в течение года, достоверно преобладали мужчины. Острое начало заболевания установлено у 635 (47,1%). Время лечения до поступления в стационар в различных группах оказалась схожей и составила 5 (3; 7) суток. Самой частой жалобой был кашель, вторым по частоте симптомом стала лихорадка, далее следовали общая слабость, одышка, гнойная мокрота, боль в грудной клетке. Антибактериальные препараты амбулаторно принимал каждый пятый больной, достоверно чаще женщины, чем мужчины – 160 (27,0%) и 140 (18,4%) случаев соответственно. Пациенты, применявшие антибиотики госпитализировались на сутки позже – 6 (3; 9) сутки. У 943 (70,2%) пациентов были выявлены сопутствующие заболевания, при этом у 661 (49,2%), их количество составило два и более.

Заключение. Результаты проведенного исследования свидетельствуют об актуальности проблемы внебольничных пневмоний для населения г. Томска. Сопутствующая патология и образ жизни, являются факторами, увеличивающими риск развития пневмонии, и достижение контроля над ними в популяции может стать одним из способов уменьшения распространенности ВП. Вместе с тем, полученные нами данные потенциально могут быть использованы в практическом здравоохранении и помочь врачам при сборе информации у больного и принятии тактических решений.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, антибактериальная терапия, факторы риска, преморбидный фон, клинические проявления пневмонии, гендерные особенности.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Для цитирования: Винокурова ДА, Куликов ЕС, Федосенко СВ, Деев ИА, Яровой НД, Старовойтова ЕА, Кириллова НА, Чернышева ЕА, Абашина ЛВ. Клиническая характеристика и социально-демографические аспекты заболеваемости внебольничной пневмонией у госпитализированных пациентов. *Сибирское медицинское обозрение.* 2023;(1):65-72. DOI: 10.20333/25000136-2023-1-65-72

Clinical characteristics and social-demographic differences in the incidence of community-acquired pneumonia in hospitalised patients

D.A. Vinokurova¹, E.S. Kulikov¹, S.V. Fedosenko¹, I.A. Deev⁴, N.D. Yarovoy², E.A. Starovoitova¹, N.A. Kirillova², E.A. Chernysheva³, L.V. Abashina¹

¹Siberian State Medical University, Tomsk 634050, Russian Federation

²Tomsk Regional Oncology Hospital, Tomsk 634009, Russian Federation

³Medical and Sanitary Unit No. 2, Tomsk 634040, Russian Federation

⁴Federal Research Institute for Health Organization and Informatics, Moscow 127254, Russian Federation

The aim of the research. To investigate the clinical and epidemiological features of patients hospitalised with community-acquired pneumonia (CAP) in Tomsk, Russian Federation.

Material and methods. As part of a continuous retrospective study, a comprehensive analysis of the data of all patients with CAP hospitalised in on-duty hospitals in Tomsk in 2017 was carried out.

Results. Anamneses of 1344 subjects (mean age 61 [40; 76] years), including 756 male [56.3%] and 588 female patients (43.7%), were analysed. The males were significantly younger (57 [38; 69]) than the females (66 [45; 79]), $p < 0.001$. A total of 595 (44.6%) patients were retired and 284 (21.3%) patients of working age

were unemployed. The male patients were more likely to come from care homes, to be homeless and lived in student residences. The females were overweight compared to the males (26.7 [22.2; 31.3] kg/m² vs 23.9 [21.5; 27.4] kg/m² (p<0.001). A total of 1314 (97.8%) patients fell ill with CAP for the first time that year. Male subjects significantly predominated among those who fell ill with CAP again during the year. The acute onset of the disease was found in 635 (47.1%) patients. The time of treatment before admission to the hospital in different groups was similar and amounted to 5 [3; 7] days. The most common complaint was cough. The second most common symptom was fever, followed by general weakness, shortness of breath, purulent sputum and chest pain. Every fifth patient took antibiotics on an outpatient basis, the female patients women used antibiotics significantly more often than the male patients (160 [27.0%] and 140 [18.4%] cases, respectively). Patients who used antibiotics were hospitalised a day later (on 6 [3; 9] day). In 943 (70.2%) patients, concomitant diseases were detected, while in 661 (49.2%), their number was two or more.

Conclusion. The results of the study indicate the relevance of the problem of CAP for the population of Tomsk. Comorbidities and lifestyle are factors that increase the risk of pneumonia, and achieving control over them in the population may be one way to reduce the prevalence of CAP. At the same time, the data obtained may be used in practical healthcare and help physicians in collecting information from the patient and making tactical decisions.

Key words: community-acquired pneumonia, antibacterial therapy, risk factors, premorbid background, clinical manifestations of pneumonia, gender-related peculiarities.

Conflict of interest. The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest associated with the publication of this article.

Citation: Vinokurova DA, Kulikov ES, Fedosenko SV, Deev IA, Yarovoy ND, Starovoitova EA, Kirillova NA, Chernysheva EA, Abashina LV. Clinical characteristics and social-demographic differences in the incidence of community-acquired pneumonia in hospitalised patients. *Siberian Medical Review*. 2023;(1):65-72. DOI: 10.20333/25000136-2023-1-65-72

Введение

Внебольничная пневмония (ВП) является распространенным заболеванием и совместно с другими инфекциями нижних дыхательных путей входит в десятку ведущих причин смерти во всем мире [1]. В Соединенных Штатах Америки именно эта группа заболеваний характеризуется высокой заболеваемостью и уносит 79% жизней среди всей инфекционной патологии в структуре смертности [2].

В Российской Федерации уровень заболеваемости ВП также занимает весомую долю среди всех экстренных патологий, и по данным Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, в 2018 г. составила 492,2 случаев на 100 тыс. населения [3].

Высокий уровень заболеваемости и смертности от ВП связывают с изменением демографической картины современного мира и старением населения. Так, согласно данным Организации Объединенных Наций в 2017 году население мира достигло 7,6 млрд. человек, среди них 962 миллиона (13%) в возрасте 60 лет и старше, причем, эта группа увеличивается большими темпами по сравнению с другими возрастными группами [4].

Наряду с этим, большое значение приобретает неуклонный рост резистентности к антимикробным препаратам, связанный в, том числе, с их бесконтрольным назначением и самолечением пациентов.

В совокупности внебольничная пневмония накладывает значительное бремя на ресурсы здравоохранения, занимая восьмое место по дороговизне лечения среди всех нозологий в стационаре [5], а также несет значительные косвенные расходы, связанные с потерей рабочих дней.

Отдельную роль в заболеваемости пневмонией играет наличие у пациентов определенных социально-демографических факторов, сопутствующей патологии и вредных привычек. Вместе с тем, роль гендерной принадлежности остается неясной в вероятности развития ВП. В некоторых исследованиях демонстрируется связь заболеваемости ВП с мужским полом [6], по другим данным она опровергается [7].

Целью данного исследования стало изучение социально-демографических и клинико-anamnestических особенностей у популяции пациентов, госпитализированных с внебольничной пневмонией в круглосуточные стационары города Томска.

Материал и методы

В рамках исследования был проведен комплексный анализ данных всех пациентов, госпитализированных в дежурные стационары г. Томска с диагнозом внебольничная пневмония в течение 2017 года. Исследование было одобрено Этическим комитетом ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, заключение № 5789 от 26.02.2018г.

Индивидуальная регистрационная карта включала данные о социальном статусе, жалобах, анамнезе, информации о сопутствующей патологии и вредных привычках, результатах обследований, антибактериальной терапии, длительности госпитализации и исходах заболевания.

В рамках статьи приведены данные, полученные при обследовании пациента на момент поступления в стационар: жалобы, анамнез, особенности развития заболевания, информация о лечении на догоспитальном этапе, данные социально-демографического статуса и объективного осмотра, в том числе рост, масса тела, индекс массы тела (ИМТ). Расчет ИМТ производили по формуле: масса тела, кг/рост, м². Кроме того, оценивалась сопутствующая патология и вредные привычки.

Анализ полученных данных выполнен при помощи пакета статистических программ SPSS 23.0 (IBM SPSS Statistics, США). Описание количественных показателей проведено с указанием медианы (25; 75 процентиля). Качественные показатели описаны с указанием абсолютных и относительных частот n (%). Межгрупповое сравнение количественных и качественных показателей независимых выборок проводится с использованием критерия Краскела-Уоллиса и χ^2 Пирсона. Внутригрупповое сравнение независимых выборок проводилось при помощи непараметрического критерия U-критерия Манна-Уитни и χ^2 Пирсона или точного критерия Фишера (при числе ожидаемых на-

блюдений в одной из ячеек таблицы 2x2 менее 5) с использованием поправки Бонферрони. Результаты считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

В рамках исследования были проанализированы данные 1344 человек (756 мужчин (56,3%) и 588 женщин (43,7%)), госпитализированных в стационары г. Томска в 2017 с диагнозом внебольничная пневмония.

Возраст пациентов составил от 18 до 103 лет, средний возраст – 61 (40; 76) лет. При этом в сформированной выборке средний возраст мужчин был достоверно меньше 57 (38; 69), чем женщин 66 (45; 79) ($p < 0,001$) (табл.1).

При сравнении количества мужчин и женщин в разных возрастных группах были получены следующие результаты. В молодом возрасте (18 лет - 44 года) достоверно преобладали мужчины – 291 (31,2%) над женщинами 154 (21,2%), ОШ 1,89 (95% ДИ 1,17-1,82), а в старческом возрасте (75 лет – 90 лет) достоверно преобладали женщины 208 (28,7%) над мужчинами 151 человек (16,2%), ОШ 1,37 (95% ДИ 1,42-2,21). Данное соотношение мужчин и женщин отражает демографическую картину России в целом. Так, по данным Росстата на 2018 год, количественное соотношение мужского и женского населения менялось в зависимости от возраста. В группе до 45 лет мужчины несколько преобладают над количеством женщин, но далее, количество россиянок начинало преобладать и среди населения в возрасте старше 70 лет, на одну тысячу мужчин этого возраста пришлось 2299 женщин [8]. С учетом замечаний, приведены данные за 2018 год.

Установлено, что мужчины чаще поступали из домов ухода, не имели определенного места жительства и проживали в студенческих общежитиях.

При анализе антропометрических параметров было установлено, у пациентов мужского пола средние значения индекса массы тела были в пределах нормы, и составил 23,9 (21,5; 27,4) кг/м², вместе с тем у женщин он был повышен – 26,7 (22,2; 31,3) кг/м² ($p < 0,001$). Женщины с ожирением различной степени (ИМТ > 30 кг/м²) составили 186 (31%) человек, а мужчины 111 (14%) человек. Женщины с ожирением были достоверно старше по возрасту.

Особенности течения заболевания

Данные анамнеза заболевания

При анализе особенностей развития заболевания, было установлено, что 1314 (97,8%) пациентов заболели ВП в текущем году впервые, а 30 (2,2%) уже перенесли один и более эпизодов болезни. При анализе гендерных различий было установлено, что среди заболевших ВП повторно в течение года, достоверно преобладали мужчины.

В изучаемой популяции 635 (47,1%) пациентов указали на острое начало заболевания, при этом мужчины преобладали в этой группе. Кроме того, мужчины статистически достоверно чаще имели эпизод переохлаждения перед началом ВП. На эпизод острого респираторного заболевания перед развитием ВП пожаловались 159 (11,8%) пациентов и различий в частоте встречаемости данного факта у мужчин и женщин в анамнезе не было выявлено (табл. 2).

Время лечения до поступления в стационар в различных группах оказалось схожим и составило 5 (3; 7) суток, что говорит о том, что пациенты длительно прибегают к лечению дома, в том числе самолечению и обращаются за медицинской помощью достаточно поздно.

Таблица 1

Социально-демографическая характеристика пациентов с внебольничной пневмонией, госпитализированных в стационары г. Томска

Table 1

Socio-demographic characteristics of patients with community-acquired pneumonia hospitalised in Tomsk inpatient facilities

Показатель	Описание			Сравнение между мужчинами и женщинами, p	
	Общее количество n=1344	Мужчины, n=756	Женщины, n=588		
Социально-демографические параметры					
Проживает	с семьей, n (%)	301 (22,4%)	164 (21,7%)	137 (23,3%)	0,578
	одинокий, n (%)	35 (2,6%)	23 (3,0%)	12 (2,0%)	0,265
	не указано, n (%)	1008 (75,0%)	569 (75,3%)	439 (74,7%)	0,924
Пациент поступил из:	дом, n (%)	1019 (75,8%)	575 (76,1%)	444 (75,5%)	0,816
	общежитие, n (%)	6 (0,4%)	6 (0,4%)	0 (0,0%)	0,031
	дома ухода (престарелых), n (%)	15 (1,1%)	11 (1,5%)	4 (0,7%)	0,180
	БОМЖ, n (%)	19 (1,4%)	15 (2,0%)	4 (0,7%)	0,045
	не указано, n (%)	285 (21,2%)	149 (19,7%)	136 (23,1%)	0,129
Возраст, лет	61 (40; 76)	57 (38; 69)	66 (45; 79)	<0,001	
ИМТ, кг/м ²	24,7 (21,7; 29,6)	23,9 (21,5; 27,4)	26,7 (22,2; 31,3)	<0,001	

Таблица 2

Особенности развития внебольничной пневмонией у пациентов, госпитализированных в стационары г. Томска

Table 2

Development features of community-acquired pneumonia in patients hospitalised in Tomsk inpatient facilities

Показатель	Описание			Сравнение между мужчинами и женщинами, р	
	Общее количество n=1344	Мужчины n=756	Женщины n=588		
Особенности течения заболевания					
Пневмония в данном году	Впервые, n (%)	1314 (97,8%)	732 (96,8%)	582 (99,0%)	0,779
	Повторно, n (%)	30 (2,2%)	26 (3,4%)	6 (1,0%)	0,005
Острое начало, n (%)	635 (47,1%)	377 (50,0%)	257 (43,8%)	0,024	
Переохлаждение, n (%)	166 (12,4%)	107 (14,2%)	59 (10,0%)	0,024	
Начало с ОРЗ, n (%)	159 (11,8%)	80 (10,6%)	79 (13,4%)	0,125	
Контакт с больным ОРЗ, n (%)	20 (1,5%)	7 (0,9%)	13 (2,2%)	0,068	
Длительность заболевания до госпитализации, количество дней	5 (3; 7)	5 (3; 7)	6 (3; 8)	0,017	

Таблица 3

Жалобы, предъявляемые пациентами с внебольничной пневмонией, госпитализированными в стационары г. Томска

Table 3

Complaints made by patients with community-acquired pneumonia hospitalised in Tomsk inpatient facilities

Показатель	Описание			Сравнение между мужчинами и женщинами, р
	Общее количество n=1344	Мужчины n=756	Женщины n=588	
Клинико-анамнестические данные				
Сбор жалоб у пациента невозможен, n (%)	70 (5,2%)	34 (4,5%)	36 (6,1%)	0,216
Кашель, n (%)	1151 (85,6%)	653 (86,4%)	498 (84,7%)	0,389
Гнойная мокрота, n (%)	444 (33,0%)	261 (34,5%)	183 (31,1%)	0,199
Лихорадка, n (%)	1020 (75,9%)	585 (77,4%)	435 (74,0%)	0,157
Боль в грудной клетке, n (%)	350 (26,0%)	194 (25,7%)	156 (26,5%)	0,754
Одышка, n (%)	558 (41,5%)	315 (41,7%)	243 (41,3%)	0,911
Общая слабость, n (%)	866 (64,4%)	495 (65,5%)	371 (63,1%)	0,389
Озноб, n (%)	69 (5,1%)	43 (5,7%)	26 (4,4%)	0,321
Кровохаркание, n (%)	32 (2,4%)	26 (3,4%)	6 (1,0%)	0,004

Жалобы

Была проанализирована клиническая картина и жалобы, предъявляемые пациентами в момент поступления в стационар. Самой частой жалобой был кашель, вторым по частоте симптомом стала лихорадка, далее следовали общая слабость, одышка, гнойная мокрота, боль в грудной клетке. Наиболее редкими симптомами были озноб и кровохаркание (табл.3).

При этом все жалобы, за исключением кровохаркания, одинаково часто встречались у мужчин и женщин. О кровохаркании достоверно чаще говорили мужчины.

Предшествующая терапия

При анализе предшествующей терапии, нами было установлено, что нестероидные противовоспалительные препараты на догоспитальном этапе принимали 203 (15,1%) пациентов и гендерных различий здесь выявлено не было. Антибактериальные препараты (АБП)

амбулаторно принимал каждый пятый больной, при этом женщины достоверно чаще прибегали к самолечению противомикробными препаратами, чем мужчины - 160 (27,0%) и 140 (18,4%) случаев соответственно.

Кроме того, мы проанализировали особенность жалоб и клинической картины в зависимости от приема антибактериальных препаратов до поступления в стационар. Было установлено, что пациенты, применявшие антибиотики достоверно чаще жаловались на кашель и лихорадку. Это позволяет предполагать, что яркая клиническая картина способствует обращению пациентов к врачам первичного звена с последующим назначением антибиотиков, а также началу самостоятельного лечения (табл. 4).

Было установлено, что у пациентов, принимавших antimicrobial терапию, достоверно чаще старт заболевания начинался с острого респираторного заболевания. Данный факт свидетельствует о частом при-

менении антибактериальных препаратов при острых респираторных инфекциях, несмотря на значительную информационную поддержку населения и врачей о проблемах антибиотикорезистентности со стороны научных сообществ.

Кроме того, мы выявили, что пациенты, принимавшие антибиотики амбулаторно, госпитализируются на сутки позже (6 (3; 9) сутки), чем пациенты без лечения (5 (3; 7) сутки). С учетом того, что нами была выявлена поздняя обращаемость и госпитализация в целом 5 (3; 7), а амбулаторно больные часто прибегали к самолечению, данный факт заслуживает внимания, поскольку дополнительные задержки в начале корректной антибактериальной терапии могут неблагоприятно влиять на развитие заболевания.

Сопутствующие заболевания

В данной работе была собрана информация о сопутствующей патологии включенных пациентов. У 943 (70,2%) пациентов были выявлены сопутствующие заболевания, при этом у 661 (49,2%), их количество составило два и более. Отличий в разных гендерных группах выявлено не было (табл. 5).

Среди заболеваний сердечно-сосудистой системы, ишемическая болезнь сердца (ИБС) была выявлена у 499 (37,1%) пациентов, а застойная хроническая сердечная недостаточность (ХСН) у 326 (24,3%). При анализе гендерных различий, было установлено, что

оба состояния статистически достоверно чаще выявлялись у женщин.

Аналогичная закономерность выявлена в отношении сахарного диабета, бронхиальной астмы и хронической болезни почек. Эти заболевания статистически достоверно чаще выявлялись у женщин, нежели у мужчин. При этом наличие в сопутствующей патологии хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) достоверно преобладало у мужчин. Данная патология заслуживает особого внимания, поскольку установлено, что наличие у больных хронической обструктивной болезни легких увеличивает заболеваемость ВП, и частота ее развития у пациентов с ХОБЛ примерно в 18 раз выше, чем у пациентов без нее [9].

Также было установлено, что среди анализируемой популяции курильщиками в настоящее время оказались 282 (21,0%) человек, при этом, мужчины статистически достоверно курили чаще, чем женщины. Средний показатель индекса курильщику у мужчин значительно преобладал над индексом у курящих женщин - 25,0 (15,0; 40,0) против 8,5 (0; 19,9).

Результаты проведенного исследования свидетельствуют об актуальности проблемы внебольничных пневмоний для населения г. Томска.

При сравнении возрастных особенностей в аналогичных исследованиях, реализованных в разных регионах мира, были установлены различные данные. Так,

Таблица 4

Клинико-anamnestические особенности развития внебольничной пневмонии у пациентов, принимавших антибактериальные препараты на амбулаторном этапе

Table 4

Clinical and anamnestic features of community-acquired pneumonia development in patients taking antibacterial drugs at the outpatient stage

Показатель	Описание		Сравнение между мужчинами и женщинами, p
	Прием АБП амбулаторно n=300	Без приема АБП амбулаторно n=1044	
Возраст, лет	59 (38; 72)	61 (40; 77)	0,064
Клинико-anamnestические данные			
Жалобы			
Сбор жалоб у пациента невозможен, n (%)	8 (2,7%)	62 (5,9%)	0,026
Кашель, n (%)	271 (90,3%)	880 (84,3%)	0,009
гнойная мокрота, n (%)	102 (34,0%)	342 (32,8%)	0,728
Лихорадка, n (%)	246 (82,0%)	774 (74,1%)	0,005
боль в грудной клетке, n (%)	87 (29,0%)	263 (25,2%)	0,204
Одышка, n (%)	111 (37,0%)	447 (42,8%)	0,073
общая слабость, n (%)	200 (66,7%)	666 (63,8%)	0,374
Озноб, n (%)	22 (7,3%)	47 (4,5%)	0,054
Кровохаркание, n (%)	6 (2,0%)	26 (2,5%)	0,830
Особенности течения заболевания			
Острое начало, n (%)	145 (48,3%)	490 (46,9%)	0,694
Переохлаждение, n (%)	43 (14,3%)	123 (11,8%)	0,234
Начало с ОРЗ, n (%)	51 (17,0%)	108 (10,3%)	0,002
Длительность заболевания до госпитализации, количество дней	6 (3; 9)	5 (3; 7)	0,012

на территории Турции средний возраст пациентов, госпитализированных с ВП, составил 67±16 лет [10], в США – 69,0 лет [11], а в Португалии - 73,1 года [12]. В нашем исследовании средний возраст заболевших, оказался (61 (40; 76) год), аналогичным с возрастом пациентов с ВП в Британии (61,6 года) [13] и Исландии (62,8 лет) [14]. Полученные данные заслуживают внимания и свидетельствуют о неодинаковой подверженности ВП разных возрастных групп в различных климатических регионах мира. Это может иметь значение при прогностической оценке ВП и требует дополнительного изучения.

При анализе жалоб, характерных для ВП, установлено, что результаты различных исследований, как и наши данные, демонстрируют кашель, и лихорадку как наиболее распространенные симптомы, встречающиеся в 75% – 85% случаев [10, 14]. Вместе с тем, в исследовании А. Vjarnason et al., (2018), на мокроту пожаловались 52% пациентов, тогда как в нашем исследовании эта жалоба была предъявлена только в 33,0% случаев [14]. Кроме того, различной оказалась частота таких симптомов, как боли в грудной клетке и кровохарканье, ученые из Исландии выявили эти жалобы у 45% и 10%, тогда как по нашим данным, эти жалобы озвучили только 26,0% и 2,4% больных [14]. Можно делать вывод о том, что частота жалоб при ВП отличается в различных исследованиях. Подробный сбор подобной информации очень важен, поскольку учеными под руководством Р. Loubet (2019), установлено, что именно кашель, боль в груди и лихорадка наряду с положительным результатом ПЦР к возбудителям ВП из образцов носоглотки, С-реактивным белком крови ≥50 мг/л и выявление инфильтрации на рентгенограмме легких являются независимо связанными маркерами ВП [15].

Из анамнеза больных о развитии ВП нами выявлено, что на догоспитальном этапе антибактериальную терапию получали 300 (22,3%) человек, при этом женщины и больные с более выраженной клинической

картиной (кашель, лихорадка), статистически достоверно чаще принимали антибиотики до поступления в стационар. Также мы установили, что пациенты, получавшие антимикробные препараты, госпитализируются на сутки позже (6 (3; 9) сутки), чем пациенты без лечения (5 (3; 7) сутки).

Полученные данные соответствуют результатам других исследователей, по данным которых более 24 часов до поступления в больницу антимикробные препараты получают от 17% до 35% больных [14, 16]. При этом в упомянутом выше исследовании А. Vjarnason et al., 2018 (n=511) установлено, что у пациентов с предыдущим использованием антибиотиков наиболее часто обнаруживалась *Mycoplasma pneumoniae*, а у пациентов, не принимавших антибиотики - *Streptococcus pneumoniae* [14]. Можно предполагать, что это связано с отсутствием терапевтического ответа на эмпирическую антимикробную терапию в амбулаторных условиях, которая обычно состоит из β-лактамов, но это лишь предположение и данная тема заслуживает дальнейшего изучения. Помимо этого, по данным британских ученых В. Chakrabarti (2018), прием антибактериальных препаратов на догоспитальном этапе ассоциирован с увеличением внутрибольничной смертности [16]. Причина данной связи не ясна и требует дополнительного изучения.

В нашем исследовании дополнительно было выявлено, что антимикробные препараты чаще получают пациенты, старт ВП у которых был с острого респираторного заболевания верхних дыхательных путей, что отражает общую тенденцию назначения антибиотиков, в том числе при вирусных инфекциях.

При изучении сопутствующей патологии, нами было установлено, что 70,2% больных имели хотя бы одно хроническое заболевание. По данным исследования под руководством Ф. Tokgoz Akyil (2018), какое-либо сопутствующее заболевание имели 82% пациентов [12].

По данным N. Launder (2019), наиболее частыми сопутствующими заболеваниями до постановки

Таблица 5

Сопутствующая патология и вредные привычки у пациентов с внебольничной пневмонией госпитализированных в стационары г. Томска

Table 5

Concomitant pathology and bad habits in patients with community-acquired pneumonia hospitalised in Tomsk inpatient facilities

Показатель	Описание			Сравнение между мужчинами и женщинами, p
	Общее количество n=1344	Мужчины n=756	Женщины n=588	
Сбор жалоб у пациента был невозможен, n (%)	70 (5,2%)	34 (4,5%)	36 (6,1%)	0,216
ИБС, n (%)	499 (37,1%)	240 (31,7%)	256 (44,0%)	<0,001
Сахарный диабет, n (%)	163 (12,1%)	65 (8,6%)	98 (16,7%)	<0,001
ХСН, n (%)	326 (24,3%)	158 (20,9%)	168 (28,6%)	<0,001
Бронхиальная астма, n (%)	86 (6,4%)	28 (3,7%)	58 (9,9%)	<0,001
ХОБЛ, n (%)	247 (18,4%)	176 (23,3%)	71 (12,1%)	<0,001
Хронические заболевания почек, n (%)	120 (8,9%)	50 (6,6%)	70 (11,9%)	<0,001
ХБП 3-5, n (%)	203 (15,1%)	81 (10,7%)	122 (20,7%)	<0,001
Злоупотребление алкоголем, n (%)	94 (7,0%)	81 (10,7%)	13 (2,2%)	<0,001

диагноза ВП были гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (30,1%), сердечно-сосудистые заболевания (26,7%), экзема (26,6%) ринит (23,0%), астма (22,9%), и ХОБЛ, диагноз которой был зарегистрирован в 13,5% случаях [13]. В нашем исследовании указание в историях болезни на такие нозологии как ринит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, экзема встречались в единичных случаях и не оценивалось.

Вместе с тем, по нашим данным, ИБС, застойная сердечная недостаточность и ХОБЛ были наиболее частой сопутствующей патологией. При этом женщины достоверно чаще страдали ИБС, застойной сердечной недостаточностью, сахарным диабетом, бронхиальной астмой, заболеваниями почек и имели хроническую болезнь почек 3-5 стадии (K/DOQI, 2002).

Полученные нами данные, относительно злоупотребления алкоголем, соответствуют результатам общенационального исследования N.M. Gupta (2019), реализованном на территории США. Учеными установлено, что среди пациентов с ВП алкоголизмом страдают преимущественно мужчины. Дополнительно было выявлено, что их возраст моложе среднего возраста остальных участников, а сопутствующие заболевания, особенно патология печени, злоупотребление наркотиками и психоз у них выявлялись чаще, чем у других. Кроме того, для них было характерно более тяжелое течение заболевания с потребностью в нахождении в отделении реанимации, более высокие затраты и худший прогноз по сравнению с остальной популяцией [17].

Относительно связи ВП и курения, в ряде работ установлено, что курение является фактором развития пневмококковой пневмонии, протекающей с развитием тяжелого сепсиса даже в молодом возрасте, несмотря на меньшее количество сопутствующих заболеваний. Кроме того, курение повышает риск 30-дневной смертности независимо от сопутствующей патологии, возраста и сопутствующих заболеваний, связанных с курением. В связи с этим нынешние курильщики должны быть активно нацелены на профилактические стратегии [18].

Заключение

Исследование клинико-anamnestических особенностей развития и течения ВП у госпитализированных пациентов способствует выявлению и лучшему пониманию факторов, потенциально ассоциированных с более тяжелым течением и потребностью в стационарном лечении. Так, по результатам анализа данных изученной нами популяции госпитализированных больных обращает на себя внимание преимущественно пожилой возраст пациентов, роль фактора переохлаждения и острых респираторных инфекций у значимой доли пациентов. Интересным представляется тот факт, что пациенты, использовавшие амбулаторно антибактериальные препараты по поводу ОРЗ, госпитализировались на день позже в сравнении с больными без антибиотикотерапии на догоспитальном этапе. В связи с этим возникает во-

прос о корректности выбора препарата и сроках начала стартовой антибактериальной терапии. Таким образом, по-прежнему остается актуальной проблема рационального подхода к ведению пациентов с ОРЗ, целесообразности амбулаторного назначения антибиотиков данной группе больных, а также необходимости корректной оценки типичных симптомов и проведения дополнительных методов исследования с целью диагностики ВП и своевременного принятия решения о необходимости госпитализации.

Литература / References

1. 10 ведущих причин смерти в мире. Всемирная организация здравоохранения. Ссылка активна на 16.08.2022. [The top 10 causes of death. World health Organization. Accessed August 16, 2022 (In Russian)] <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
2. Bcheraoui CE, Mokdad AH, Dwyer-Lindgren L, Bertozzi-Villa A, Stubbs RW, Morozoff C, Shirude S, Naghavi M, Murray CJL. Trends and patterns of differences in infectious disease mortality among US Counties, 1980–2014. *JAMA* 2018;319(12):1248–60. DOI: 10.1001/jama.2018.2089
3. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Инфекционная заболеваемость в Российской Федерации за январь–декабрь 2018 г. Ссылка активна на 16.08.2022. [Federal Service for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Welfare. Infectious incidence in the Russian Federation for January–December 2018. Accessed August 16, 2022 (In Russian)] https://rospotrebnadzor.ru/activities/statisticalmaterials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=11277
4. Мировые демографические перспективы: пересмотренное издание 2019 года. Ссылка активна на 08.08.2022. [World Population Prospects: 2019 Revised Edition. Accessed August 16, 2022 (In Russian)] <https://population.un.org/wpp/>
5. Torio CM, Moore BJ. National inpatient hospital costs: the most expensive conditions by Payer, 2013: statistical brief #204. In: Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) statistical briefs. Rockville (MD): Agency for Health care Research and Quality (US); 2006–2016 May; Accessed August 16, 2022. <http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/stat-briefs/sb204-MostExpensive-Hospital-Conditions.pdf>.
6. Rivero-Calle I, Cebey-López M, Pardo-Seco J, Yuste J, Redondo E, Vargas DA, Mascaros E, Diaz-Maroto JL, Linares-Rufo M, Jimeno I, Gil A, Molina J, Ocana D, Martinon-Torres F. Lifestyle and comorbid conditions as risk factors for community-acquired pneumonia in outpatient adults (NEUMO-ES-RISK project). *BMJ Open Respiratory Research*. 2019. 12;6(1):e000359. DOI: 10.1136/bmjresp-2018-000359
7. Almirall J, Serra-Prat M, Bolibar I, Balasso V. Risk Factors for Community-Acquired Pneumonia in Adults: A Systematic Review of Observational Studies. *Respiration* 2017; (94):299–311. DOI: 10.1159/000479089
8. Федеральная служба государственной статистики. Демография. Число женщин на 1000 мужчин

соответствующей возрастной группы. Ссылка активна на 08.2022. [Federal State Statistics Service. Demography. The number of women per 1000 men in the relevant age group. Accessed August 16, 2022 (In Russian)] <https://rosstat.gov.ru/folder/12781>

9. Bordon J, Slomka M, Gupta R, Furmanek S, Cavallazzi R, Sethi S, Niederman M, Ramirez JA. Hospitalization due to community-acquired pneumonia in patients with chronic obstructive pulmonary disease: incidence, epidemiology and outcomes. *Clinical Microbiology and Infection* 2020; 26(2):220-226. DOI: 10.1016/j.cmi.2019.06.025

10. Tokgoz Akyil F, Yalcinsoy M, Hazar A, Cilli A, Celenk B, Kilic O, Sayiner A, Kokturk N, Sakar Coskun A, Filiz A, Cakir Edis E. Prognosis of hospitalized patients with community-acquired pneumonia. *Pulmonology* 2018; S2173-5115(17)30156-2. DOI: 10.1016/j.rppnen.2017.07.010

11. Ilg A, Moskowitz A, Konanki V, Patel PV, Chase M, Grossestreuer AV, Donnino MW. Performance of the CURB-65 Score in Predicting Critical Care Interventions in Patients Admitted With Community-Acquired Pneumonia. *Annals of Emergency Medicine* 2019; 74(1):60-68. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2018.06.017

12. Teixeira-Lopes F, Cysneiros A, Dias A, Durão V, Costa C, Paula F, Serrado M, Nunes B, Diniz A, Froes F. Intra-hospital mortality for community-acquired pneumonia in mainland Portugal between 2000 and 2009. *Pulmonology*.2019;25(2):66-70. DOI: 10.1016/j.pulmoe.2018.06.004

13. Launder N, Ryan D, Winchester CC, Skinner D, Konduru PR, Price DB. Management of Community-Acquired Pneumonia: An Observational Study In UK Primary Care. *Pragmatic and Observational Research*. 2019 (23);10:53-65. DOI:0.2147/POR.S211198

14. Bjarnason A, Westin J, Lindh M, Andersson LM, Kristinsson KG, Love A, Baldursson O, Gottfredsson M. Incidence, Etiology, and Outcomes of Community-Acquired Pneumonia: A Population-Based Study. *Open Forum Infection Diseases*. 2018;5(2):ofy010. DOI: 10.1093/ofid/ofy010

15. Loubet P, Tubiana S, Claessens YE, Epelboin L, Ficko C, Le Bell J, Rammaert B, Garin N, Predki V, Stirnemann J, Leport C, Yazdanpanah Y, Varon E, Duval X. Community-acquired pneumonia in the emergency department: an algorithm to facilitate diagnosis and guide chest CT scan indication. *Clinical Microbiology and Infection*. 2020;26(3):382.e1-382.e7. DOI: 10.1016/j.cmi.2019.06.026

16. Chakrabarti B, Wootton D, Lane S, Kanwar E, Somers J, Proctor J, Prospero N, Woodhead M. The association between pre-hospital antibiotic therapy and subsequent in-hospital mortality in adults presenting with community-acquired pneumonia: an observational study. *Pneumonia(Nathan)*. 2018;(10):2. DOI: 10.1186/s41479-018-0047-4

17. Gupta NM, Lindenauer PK, Yu PC, Imrey PB, Haessler S, Deshpande A, Higgins TL, Rothberg MB. Association Between Alcohol Use Disorders and Outcomes of Patients Hospitalized With Community-Acquired Pneumonia. *JAMA Network Open*. 2019;2(6):e195172. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2019.5172

18. Bello S, Menéndez R, Antoni T, Reyes S, Zalacain R, Capelastegui A, Aspa J, Borderias L, Martin-Villasclaras J, Alfageme I, de Castro FR, Rello J, Luis M, Ruiz-Manzano J. Tobacco Smoking Increases the Risk for Death From Pneumococcal Pneumonia. *CHEST*. 2014; 146(4): 1029-1037. DOI: 10.1378/chest.13-2853

Сведения об авторах:

Винокурова Дарья Александровна, заведующая факультетской терапевтической клиникой; Сибирский государственный медицинский университет; адрес: Российская Федерация, 634050, г. Томск, Московский тракт, 2; тел.: 8(961)8915534; e-mail: vinokurovadarial@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0002-8422-8349>

Куликов Евгений Сергеевич, д.м.н., ректор; Сибирский государственный медицинский университет; адрес: Российская Федерация, 634050, г. Томск, Московский тракт, 2; тел.: 8(906)9502882; e-mail: evgeny.s.kulikov@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0002-0088-9204>
Федосенко Сергей Вячеславович, д.м.н., профессор; Сибирский государственный медицинский университет; адрес: Российская Федерация, 634050, г. Томск, Московский тракт, 2; тел.: 8(913)8102311, e-mail: sergey.fedosenko@icloud.com, <https://orcid.org/0000-0001-6655-3300>

Дев Иван Анатольевич, д.м.н., заместитель директора по организации здравоохранения; Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения; адрес: Российская Федерация, 127254, г.Москва, ул.Добролюбова, 11; тел.: 8(495)6182201; e-mail: deevia@mednet.ru; <https://orcid.org/0000-0002-4449-4810>

Яровой Николай Дмитриевич, врач-статистик, Томский областной онкологический диспансер; адрес: Российская Федерация, 634009, г. Томск, пр-т Ленина, 115; тел.: 8(999)7731538; e-mail: koly-yarovoy@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3619-6095>

Старовойтова Елена Александровна, к.м.н., заведующая кафедрой общей врачебной практики и поликлинической терапии; Сибирский государственный медицинский университет; адрес: Российская Федерация, 634050, г. Томск, Московский тракт, 2; тел.: 8(906)9574588; e-mail: elena-starovoytova@yandex.ru; <http://orcid.org/0000-0002-4281-1157>

Кириллова Наталья Александровна, к.м.н., доцент; Сибирский государственный медицинский университет; адрес: Российская Федерация, 634050, г. Томск, Московский тракт, 2; тел.: 8(913)8880637, e-mail: kirillova.natalya@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0001-9549-9614>

Чернышева Екатерина Андреевна, врач приемного отделения, Медико-санитарная часть №2; адрес: Российская Федерация, 634040, г. Томск, ул. Бела Куна, 3; тел.: 8(913)8833815; e-mail: chernisheva69@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0002-0553-4410>

Абашина Лариса Владимировна, к.м.н., ассистент; Сибирский государственный медицинский университет; адрес: Российская Федерация, 634050, г. Томск, Московский тракт, 2; тел.: 8(913)8272020 e-mail: alv@o370.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3540-1296>

Author information

Daria A. Vinokurova, Head of the Faculty Therapeutic Clinic; Siberian State Medical University; Address: 2, Moskovsky trakt, Tomsk, Russian Federation 634050; Phone: 8(961)8915534, e-mail: vinokurovadarial@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0002-8422-8349>

Evgeny S. Kulikov, Dr.Med.Sci, rector, Siberian State Medical University; Address: 2, Moskovsky trakt, Tomsk, Russian Federation 634050; Phone: 8(906)9502882, e-mail: evgeny.s.kulikov@gmail.com; <http://orcid.org/0000-0002-0088-9204>

Sergey V. Fedosenko, Dr.Med.Sci., Professor, Siberian State Medical University; Address: 2, Moskovsky trakt, Tomsk, Russian Federation 634050; Phone: 8(913)8102311, e-mail: sergey.fedosenko@icloud.com, <https://orcid.org/0000-0001-6655-3300>

Ivan A. Deev, Dr.Med.Sci., Deputy Director for Health Organization; Federal Research Institute for Health Organization and Informatics; Address: 11 Dobrolyubova str., Moscow, Russian Federation 127254; Phone: 8(495)6182201; e-mail: deevia@mednet.ru; <https://orcid.org/0000-0002-4449-4810>

Nikolay D. Yarovoy, statistician, Tomsk Regional Oncology Hospital; Address: 115, Lenina str Tomsk, Russian Federation 634009; Phone: 8(999)7731538, e-mail: koly-yarovoy@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3619-6095>

Elena A. Starovoytova, Cand.Med.Sci., Head of the Department of General Medical Practice and Outpatient Therapy, Siberian State Medical University; Address: 2, Moskovsky trakt, Tomsk, Russian Federation 634050; Phone: 8(906)9574588, e-mail: elena-starovoytova@yandex.ru; <http://orcid.org/0000-0002-4281-1157>

Natalia A. Kirillova, Cand.Med.Sci., Associate Professor, Siberian State Medical University; Address: 2, Moskovsky trakt, Tomsk, Russian Federation, 634050; Phone: 8(913)8880637, e-mail: kirillova.natalya@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0001-9549-9614>

Ekaterina A. Chernysheva, doctor of the admission department, Medical and Sanitary Unit No. 2; Address: 3, Bela Kuna Str., Tomsk, Russian Federation 634040; Phone: 8(913)8833815; e-mail: chernisheva69@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0002-0553-4410>

Larisa V. Abashina, Cand.Med.Sci., assistant, Siberian State Medical University; Address: 2, Moskovsky trakt, Tomsk, Russian Federation 634050; Phone: 8(913)8272020 e-mail: alv@o370.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3540-1296>

Дата поступления 31.08.2022

Дата рецензирования 12.12.2022

Принята к печати 20.12.2022

Received 31 August 2022

Revision Received 12 December 2022

Accepted 20 December 2022