



Пневмонии: что нужно знать
на «передовой» медицины ?

● ПНЕВМОНИЯ

- – острое инфекционное заболевание, преимущественно бактериальной этиологии, характеризующееся очаговым поражением респираторных отделов легких и внутриальвеолярной экссудацией.

Пневмония занимает 6 место среди всех причин летальности и, несмотря на существующий большой арсенал препаратов, смертность от пневмонии продолжает расти




*Долевая пневмония нижней доли
правого легкого*

Ведущие возбудители ВП

- **Streptococcus pneumoniae**
- **Haemophilus Influenzae**
- **Moraxella catarrhalis**



The background of the slide features a serene sunset scene over a vast body of water. The sky is a deep, dark blue, with wispy white clouds scattered across it. On the left side, the sun is partially visible, creating a bright, multi-colored rainbow that arches across the sky and reflects on the water's surface. The water itself is a rich, dark blue, with gentle ripples and a shimmering reflection of the sun and rainbow. The overall atmosphere is calm and beautiful.

Основные патогенетические звенья пневмонии

● проникновение возбудителя пневмонии в легочную ткань:

- - ингаляционным,
- бронхогенным путем
- аспирация ротоглоточной инфекции,
- гематогенным – при сепсисе,
- непосредственное распространение инфекции в легкие из соседних органов (абсцесс печени, почек и т. д.),
- лимфогенным путем.

- - изменение системы местной бронхолегочной защиты
- состояние мукоцилиарного транспорта,
- бронхолегочной иммунной системы
- факторов неспецифической резистентности (лизоцим, лактоферрин, IgA, интерферон, система сурфактанта),

Классификация

- - негоспитальная (внебольничная, распространенная, амбулаторная);
- - нозокомиальная (госпитальная);
- - аспирационная;
- - пневмония у лиц с тяжелыми нарушениями иммунитета (врожденный, приобретенный иммунодефицит, ВИЧ-инфекция, ятрогенная иммуносупрессия).

Клинические признаки ВП



- Острое начало заболевания с температурой тела $>38^{\circ}\text{C}$
- Кашель с выделением мокроты
- Физикальные данные (притупленный или тупой перкуторный звук, ослабленное или жесткое бронхиальное дыхание, фокус звонких мелкопузырчатых хрипов и/или крепитация)
- Лейкоцитоз ($>10 \times 10^9 /\text{л}$) и/или палочкоядерный сдвиг ($> 10\%$)

Рентгенологические признаки ВП



- Очагово-инфильтративные изменения в легочной ткани



- Диагноз ВП устанавливается при наличии **рентгенологически подтвержденной инфильтрации легочной ткани** и не менее **двух клинических признаков**



Особенности течения пневмонии у пожилых пациентов

- Лихорадка не достигает высоких цифр,
- Кашель малопродуктивный
- Выражена одышка
- Потливость
- Часты апатия,
- сонливость,
- заторможенность



Грипп

- Это тяжелое вирусное заболевание, которое в холодное время года поражает до 15 % населения Земли. Ежегодно гриппом болеет 500 млн. людей, из них 2 млн. умирают от разных осложнений.
- Ежегодно на лечение гриппа и его осложнений в мире тратится около 20 млрд.дол.
- Особенностью заболевания является его непредсказуемость.
- Последняя пандемия гриппа A/California/04/2009 (H1N1) продемонстрировала всю коварность этого заболевания:
 - - внезапное возникновение
 - - беспрецедентная скорость распространения (на протяжении 8 нед. был зарегистрирован в 120 странах мира)
 - поражало, в основном, молодых людей
 - Вызывал смертельно опасную пневмонию.

Осложнения гриппа

- Обусловлены гриппозной инфекцией и самые опасные – поражения легких:
- **Первичная** (гриппозная пневмония) – возникает на 2-3 день болезни
- **вторичная** негоспитальная пневмония обусловлена вторичной микрофлорой, возникает в конце 1-й – начале 2-й недели от появления болезни.

Другие возбудители вирусных пневмоний

- Самыми распространенными причинами вирусной пневмонии являются:
- Вирус гриппа подтип А и В
- Респираторно-синцитиальный вирус (РСВ)
- Парагрипп (у детей)

Симптомы вирусной пневмонии

- Чаще всего предтечей вирусной пневмонии является острое респираторное заболевание, как правило, грипп.
- Наблюдается
 - - выраженная интоксикация
 - - лихорадка,
 - - сильный озноб,
 - - тошнота,
 - - рвота,
 - - боль в мышцах, суставах и глазных яблоках.
- - обильный насморк с сухим кашлем, который может переходить во влажный с отделением мокроты.
- Если в отделяемой мокроте имеется гной, то это свидетельствует о присоединении бактериальной инфекции.

Вторичная гриппозная пневмония

- Вирусы ослабляют иммунную защиту организма, вследствие чего он становится более подвержен бактериальной инфекции.
- Присоединение бактериальной инфекции приводит к развитию бактериальной пневмонии на фоне первоначальной вирусной пневмонии и значительно утяжеляет течение заболевания.

Патогенез

пневмонии, вызванной штаммом вируса гриппа А (H1N1)

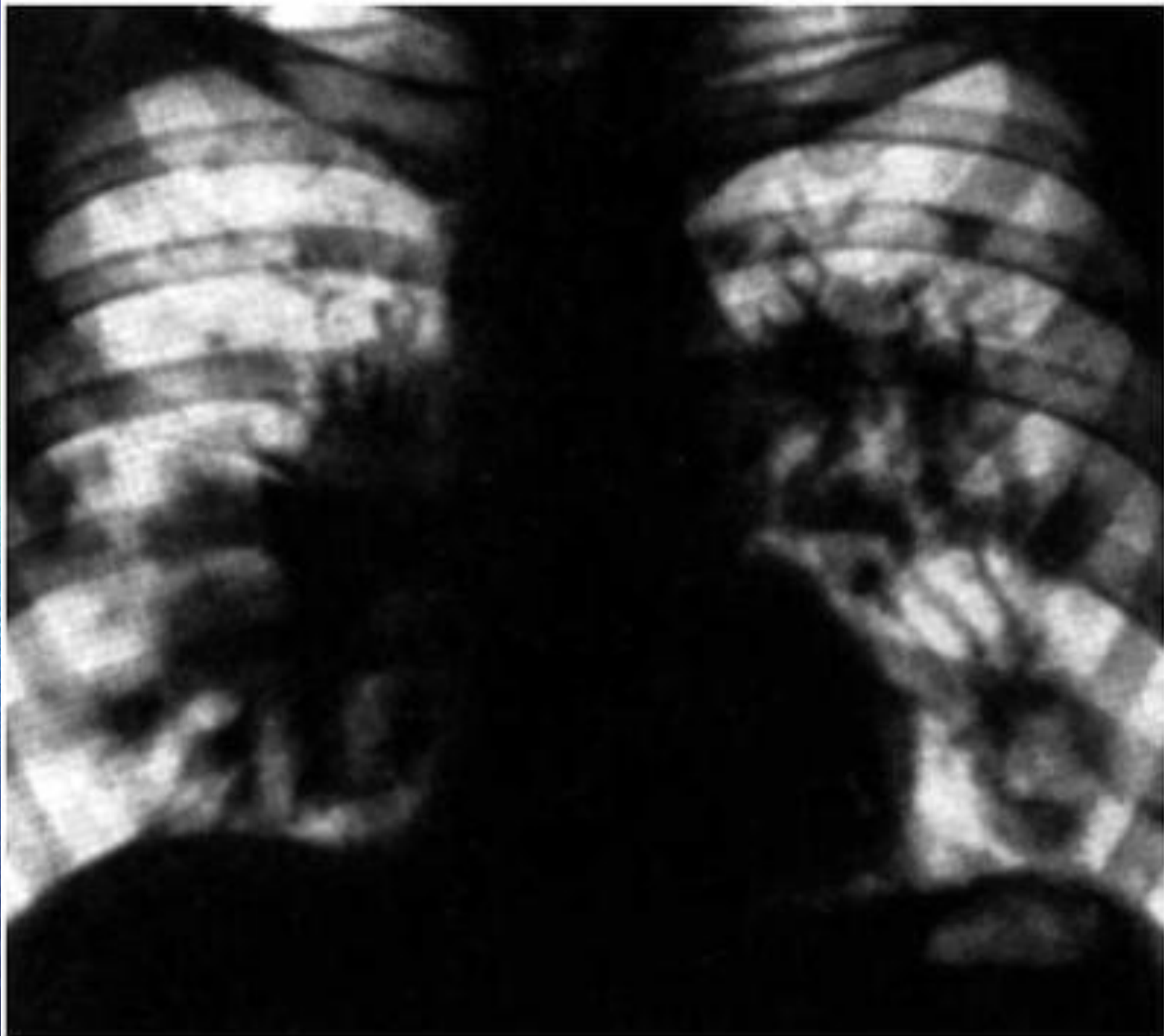
- Вирус имеет двойную специфичность – к сиаловым кислотам ротоглотки и к сиаловым кислотам нижних дыхательных путей.
- Тропность вируса к сиаловым кислотам, выстилающим нижние дыхательные пути обусловило поражение эпителия всей дыхательной системы – до мельчайших бронхов и бронхиол, что привело к первичному поражению легких с развитием острого повреждения легких.
- (Вирус «сезонного» гриппа поражает преимущественно эпителий ротоглотки)

Клиника

- Катаральный синдром - умеренный
- Признаки выраженной интоксикации
- Одышка (дыхательная недостаточность)
- При перкуссии – притупление перкуторного звука
- Аускультативная симптоматика – скудная
- При аускультации
 - – ослабление дыхания
 - - непостоянные хрипы

Особенность клиники

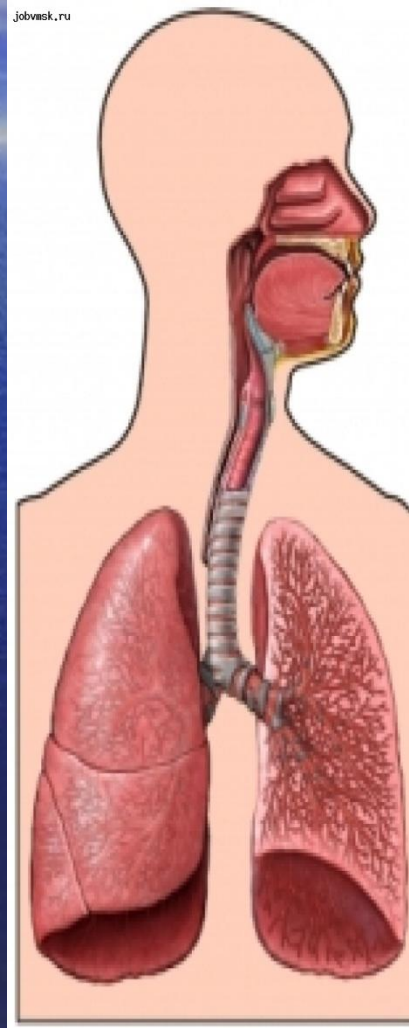
- Все это может дезориентировать врача, что приводит к поздней госпитализации и позднему назначению этиотропного и патогенетического лечения.
- Рентгенологически - !!!
- Субтотальная или тотальная пневмония
- Низкий уровень сатурации кислорода (< 90%.)



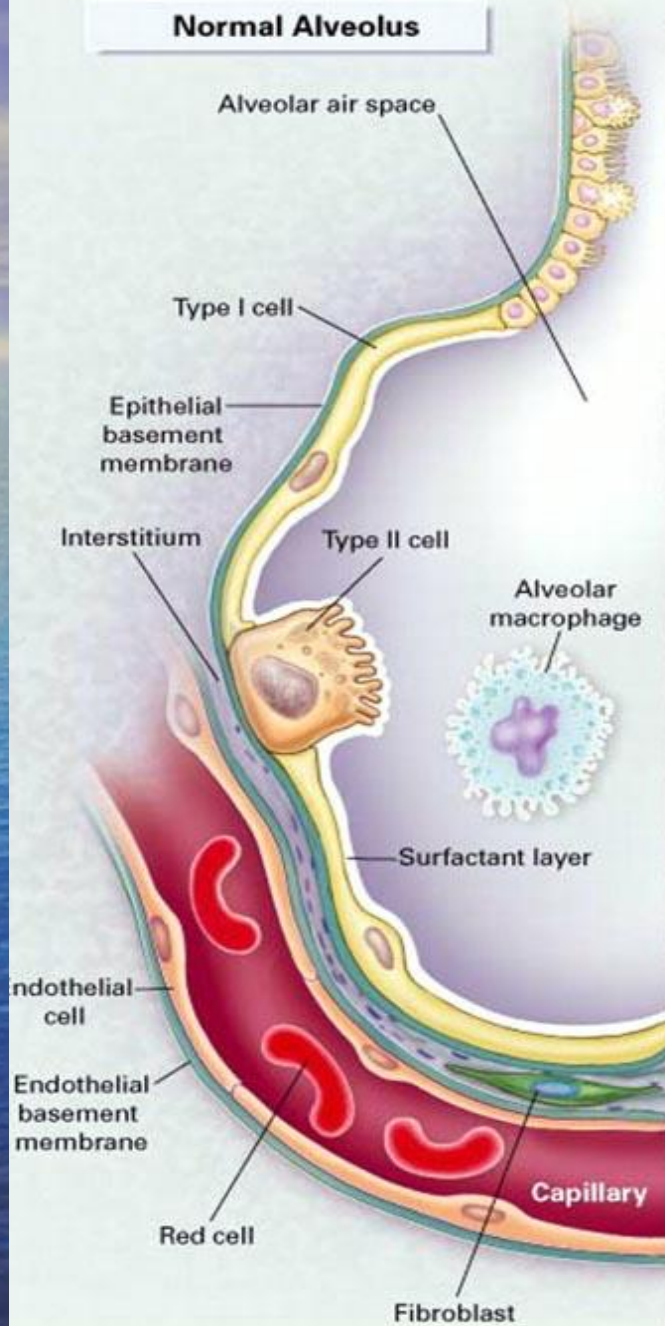
- Несоответствие клинических и рентгенологических данных обуславливает позднюю диагностику,
- Позднее оказание квалифицированной медицинской помощи и высокую летальность (10 % из числа подтвержденных случаев)
- Вирусные пневмонии часто осложняются ОРДС-синдромом

Определение

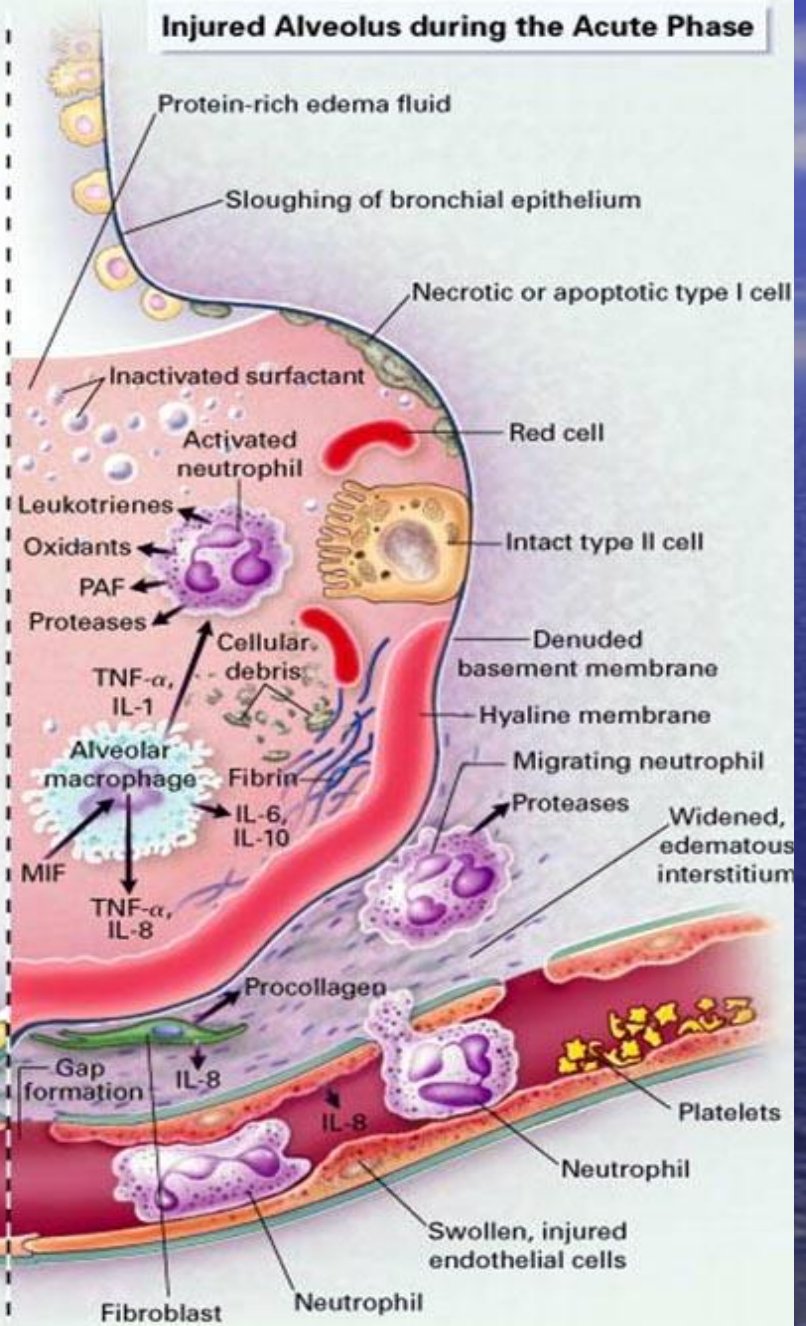
- Синдром острого повреждения легких (СОПЛ), так же, как и ОРДС – это воспалительный синдром, связанный с повышением проницаемости альвеолярной мембраны.
- Он проявляется совокупностью клинических, рентгенологических и физиологических нарушений, которые нельзя объяснить левопредсердной или левокапиллярной гипертензией (однако они могут с ней сочетаться).



Normal Alveolus



Injured Alveolus during the Acute Phase



- Отсутствие ожидаемого эффекта от антибактериальной терапии
- Относительно низкая эффективность оксигенотерапии и респираторной поддержки, если ее проводят без использования адекватного уровня позитивного давления в конце выдоха.
- На результат лечения существенно влияет своевременность госпитализации.

- В зависимости от тяжести течения пневмонию разделяют на
- П с нетяжелым
- и тяжелым течением.

The background of the slide features a serene sunset over a vast, calm ocean. The sky is a deep, vibrant blue, transitioning from a lighter hue near the horizon to a darker blue at the top. Wispy, white clouds are scattered across the sky, catching the light of the setting sun. On the left side, a bright rainbow arches across the sky, its colors blending into the blue of the sky. The ocean's surface is dark blue with gentle ripples, reflecting the light from the sky and the rainbow. The overall atmosphere is peaceful and natural.

МАЛЫЕ КРИТЕРИИ тяжелого
течения П:

- частота дыхания 30 в 1 мин. и более,
- - нарушения сознания,- SpO₂ менее 90% (по данным пульсоксиметрии), PaO₂ ниже 60 мм рт. ст.,
- - систолическое артериальное давление ниже 90 мм рт. ст.
- - двустороннее или полифокальное поражение, полости распада, плевральный выпот.

- БОЛЬШИЕ КРИТЕРИИ тяжелого течения П:

- - потребность в проведении искусственной вентиляции легких,
- - быстрое прогрессирование очагово-инфильтративных теней в легких, увеличение размеров инфильтрации более чем на 50% на протяжении ближайших 2 суток,
- - септический шок или необходимость введения вазопрессорных препаратов на протяжении 4 часов и более, острая почечная недостаточность при отсутствии ХПН

CURB-65

Параметры	Изменения параметров
C (Confusion)	Нарушение сознания
U* (Urea)	Азот мочевины > 7 ммоль/л
R (Respirator rate)	Частота дыхания 30 мин и более
B (Blood pressure)	Диастолическое АД 60 мм рт. ст. и менее или систолическое АД < 90 мм рт. ст.
65	Возраст 65 лет и старше

Критерии тяжести пневмонии по системе «CURB-65»

Harrison's Principles of Internal Medicine. 2008. P: 1622.

Значения SCURB-65	Значения 30-дневной летальности	Рекомендации по лечению
0	1,5 %	Лечить вне госпиталя
2	9,2 %	Госпитализировать
≥ 3	22 % и более	Госпитализация (возможно в ОРИТ)

- Всех взрослых пациентов с НП рекомендуют разделить на группы для оценки тяжести состояния, места лечения и прогноза.
- Основные факторы стратификации:
 - Тяжесть пневмонии,
 - Возраст пациента,
 - Наличие сопутствующих заболеваний

- К I группе относят пациентов с НП
 - нетяжелого течения,
 - Возраст моложе 60 лет
 - Без сопутствующих заболеваний
 - ! не требуют госпитализации
-
- Наиболее частые возбудители *Str. Pneumoniae*,
Haemophilus influenzae, *Legionella pneumophila*,
Mycoplasma pneumoniae

- Ко **II группе** относят больных
- с нетяжелым течением НП,
- Возраст старше 60 лет
- и/или с наличием сопутствующих заболеваний
- ! не требуют госпитализации.
Однако, у 20% из них может возникнуть потребность в госпитализации из-за неэффективности амбулаторного лечения, обострения сопутствующего заболевания или декомпенсации

- К **III группе** относят больных
- с нетяжелым течением НП,
- С наличием модифицирующих факторов
- требуют госпитализации в терапевтическое отделение по медицинским показаниям

Модифицирующие факторы

- Возраст старше 60 лет
- Беременность
- Алкоголизм
- Истощение
- Иммунодефицитные состояния
- Множественные сопутствующие заболевания внутренних органов
- Прием системных глюкокортикоидов
- Пребывание в домах престарелых
- Антибактериальная терапия, которую проводили по поводу других заболеваний > 2 дней в ближайшие 3 мес

К IV группе

- относятся больные с **тяжелым** течением НП ,
- которые требуют госпитализации в ОИТиР.
- Возбудители *Haemophilus influenzae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Legionella pneumophila*, *Mycoplasma pneumoniae*. При наличии модифицирующих факторов возбудителем может быть *Pseudomonas aeruginosa*.

- Диагноз НП – безусловное показание для назначения антибиотиков, которые являются основой лечения у таких больных.
- **Антибактериальное лечение следует начинать сразу после установления диагноза, особенно у тех пациентов, которые требуют госпитализации.**

Препараты, отвечающие критериям выбора АБ для лечения ВП

- Защищенные аминопенициллины
- Современные макролиды
- Респираторные фторхинолоны
- Цефалоспорины II-III поколения

Лечение вирусной пневмонии

- Для начала стоит отметить, что пациенту необходим постельный режим и полноценное питание. Также крайне важным является обильное, теплое питье — это ускоряет процесс выведения токсинов из организма.

- Для снижения температуры тела больным назначаются жаропонижающие препараты (Парацетамол, Нурофен).
- Следует отметить, что вирусы погибают при высокой температуре тела (выше 38С), поэтому принимать жаропонижающие средства нужно только при плохой переносимости лихорадки.
- Противокашлевые средства врач может назначить только в первые дни заболевания, когда кашель у больного сухой, мучительный, мешает нормальному ночному сну. Сильный кашель опасен тем, что может развиться осложнение в виде спонтанного пневмоторакса. Прием противокашлевых препаратов следует немедленно прекратить с началом отхождения мокроты.

Лечение

- Этиотропное в течение первых 48 часов
- Ингибиторы функции нейраминидазы вируса гриппа А и В (озельтамивир (Тамифлу), занамивир)
- Озельтамивир 75 мг два раза в день 5 дней
- Занамивир две ингаляции по 5 мг 2 р. в день (суммарная доза 20 мг)
- Беременность не является противопоказанием к применению озельтамивира и занамивира, т.к. больные входят в группу риска тяжелых осложнений.

Противовирусные препараты

- Блокаторы M2каналов вируса гриппа А (амантадин, римантадин - адамантаны)
- На сегодня резистентность вирусов к адамантанам достаточно высока
- Ингавирин - Эффективен против вирусов гриппа типу А (А/Н1N1, у т.ч. «свиного» А/Н1N1 sw1, А/Н3N2, А/Н5N1), типу Б, аденовирусной инфекции, парагриппа, респираторно-синцитиальной инфекции.
- 1 капсула (90 мг) 1 раз в сутки 5-7 дней (в зависимости от тяжести состояния). Начинать прием с момента первых симптомов, не позднее 36 час от начала болезни.
- Для профилактики гриппа и ОРВИ после контакта с больными принимать по 1 капсуле (90 мг) 1 раз в сутки в течение 7 дней.

Лечение вторичной негоспитальной гриппозной пневмонии

- Назначение озельтамивир в дозе 75-150 мг 2 раза в день
- При наличии симптомов вторичной бактериальной инфекции антибактериальная терапия в соответствии с существующими рекомендациями.

Лечение

- Отхаркивающие средства (Бромгексин, Амброксол) назначаются для облегчения отхождения мокроты из дыхательных путей.
- С этой же целью больным рекомендуются ингаляции с этими препаратами или дренажный массаж.
- Витаминотерапия.
- Полноценное питание.

Лечение

- Этиотропное:
- Рекомбинантный интерферон альфа 2b (ИФН-α2b) для интраназального введения обладает иммуномодулирующим, противовоспалительным и противовирусным действием. Механизм действия основан на предотвращении репликации вирусов, попадающих в организм через дыхательные пути.

Назначение интерферонов

ВИФЕРОН в супп.

- По 500000 ЕД (1 супп.) 2 раза в день (через 12 час.) 5 дней

или

- Реаферон по 500000ЕД п/к 2 раза в день 5 дней

Или Интерферон

Спрей/ капли 3000 МЕ интраназально 5 раз в сутки в течение 5 дней.

При необходимости курс лечения продлевают

Патогенетическое лечение

- **Глюкокортикостероиды** назначаются только пациентам с **признаками цитокинового шторма.**
 - **СХЕМЫ ВВЕДЕНИЯ ГК:**
 - метилпреднизолон в дозе 1 мг/кг/введение внутривенно каждые 12 ч, или метилпреднизолон 120 мг/внутривенно каждые 8 ч, или дексаметазон в дозе 20 мг/сутки внутривенно за 1 или 2 введения.
 - Максимальная доза ГК применяется в течение **3-4 суток**. Доза ГК снижается при стабилизации состояния (купирование лихорадки, стабильное снижение уровня СРБ, ферритина, АЛТ, АСТ, ЛДГ сыворотки крови).
 - Доза внутривенно вводимого ГК постепенно снижается на 20-25% на введение каждые 1-2 суток в течение 3-4 суток, далее на 50% каждые 1-2 суток, до полной отмены.
 - Применение ГК должно быть в сочетании с антикоагулянтной терапией НМГ.
 - Назначение **низкомолекулярных гепаринов** (НМГ), как минимум, в профилактических дозах показано **ВСЕМ госпитализированным пациентам** и должно продолжаться как минимум **до выписки**.

Инфузионная терапия

- Объем инфузионной терапии должен составлять 10-15 мл/кг/сут.(в среднем, до 1000 мл-1200 мл для пациента 70кг)
- соблюдать нулевой или отрицательный гидробаланс.
- чем меньше скорость введения жидкости, тем безопаснее для пациента.

Мукоактивные препараты

- ацетилцистеин, амброксол, карбоцистеин.
- **Бронхолитическая**
- ингаляционная терапия с использованием сальбутамола, фенотерола, с применением комбинированных средств (ипратропия бромид+фенотерол =Беродуал) целесообразна при наличии бронхообструктивного синдрома.

Беременные

- Патогенетическое лечение у беременных, рожениц и родильниц
Жаропонижающим препаратом первого выбора является парацетамол, который назначается по 500-1000 мг до 4 раз в день (не более 4 г в сутки).

Симптоматическая терапия

- Купирование лихорадки (жаропонижающие препараты, например, парацетамол); □
- Комплексную терапию ринита и/или ринофарингита (увлажняющие/элиминационные препараты, назальные деконгестанты); □
- Комплексную терапию бронхита (мукоактивные, бронхолитические и прочие средства)

Антибактериальная терапия

- Антибактериальная терапия назначается при наличии убедительных признаков присоединения бактериальной инфекции (повышение прокальцитонина более 0,5 нг/мл, лейкоцитоз $> 10 \cdot 10^9/\text{л}$, появление гнойной мокроты).
- (амоксциллин/клавулановая кислота в/м, в/в – переход на прием амоксициллина/клавулановой кислоты per os, цефтриаксон, цефотаксим в/м, в/в с последующим переходом на цефдиторен per os).
- Пациентам в тяжелом состоянии (ОРИТ) при наличии признаков бактериальной инфекции (повышение ПКТ более 0,5 нг/мл, появление гнойной мокроты) рекомендована комбинированная терапия: защищенные аминопенициллины (амоксциллин/клавулановая кислота, амоксициллин/сульбактам), цефалоспорины (цефтриаксон, цефотаксим, цефтаролина фосамил,) в/в комбинации с азитромицином или кларитромицином в/в. Альтернативой является применение цефалоспоринов третьего поколения (цефтриаксон, цефотаксим) в/в комбинации с респираторным фторхинолоном (левофлоксацин, моксифлоксацин) в/в.
- К антибактериальным лекарственным средствам **противопоказанным** при **беременности**, относятся тетрациклины, фторхинолоны, сульфаниламиды.

Показания к переводу в ОРИТ

- Пациенты, находящиеся в крайне тяжелом состоянии, госпитализируются в структурное подразделение медицинской организации для лечения COVID-19 на койки для пациентов, находящихся в крайне тяжелом состоянии, требующих проведения ИВЛ, исходя из наличия **двух из следующих критериев:**
 - а) нарушение сознания;
 - б) $SpO_2 < 92\%$ (на фоне кислородотерапии);
 - в) ЧДД > 35 мин-1.

Применение **НИВЛ** рекомендовано только при следующих условиях:

- Сохранность сознания, стабильная гемодинамика;
- Возможность сотрудничать с персоналом;
- Отсутствие клаустрофобии (при применении шлемов);
- Сохранение механизма откашливания мокроты.

Клинические признаки, требующие мониторинга:

- Т тела (контроль ежедневно минимум два раза в день в утренние и вечерние часы), оценивается высота повышения t тела, кратность ее подъемов в течение суток, длительность повышения. Особого внимания требуют эпизоды повторного повышения t тела после нормализации в течение 1 и более суток.
- ЧДД оценивается ежедневно, в случае увеличения ЧДД необходимо ориентироваться не только на стандартные нормальные значения показателя, но и на прирост показателя в сравнении с исходным ЧДД. При развитии или нарастании признаков дыхательной недостаточности необходимо тщательно *контролировать SpO₂*.
- При увеличении ЧДД более 22 в минуту при лечении на дому необходимо решать вопрос о госпитализации пациента в стационар.
- SpO₂ оценивается ежедневно (у пациентов, **находящихся в стационаре, 1 раз в три дня,**
- **NB!** при снижении показателя до уровня $\leq 93\%$ необходима дотация кислорода.

- Для линейных отделений SpO₂ на фоне оксигенотерапии должна быть $\geq 92\%$, если показатель меньше – показана **прональная позиция**.

Мониторинг лабораторных показателей

- Уровни лейкоцитов, нейтрофилов, лимфоцитов, тромбоцитов; 1 раз в 2-3 дня
- АЛТ, АСТ, ЛДГ, СРБ, - 1 раз в 2-3 дня
- ферритин*, тропонин*;
- D-димер*;
- ПТИ
- Уровень фибриногена
- * в наших условиях – по показаниям

Применение **НИВЛ** рекомендовано только при следующих условиях:

- Сохранность сознания, стабильная гемодинамика;
- Возможность сотрудничать с персоналом;
- Отсутствие клаустрофобии (при применении шлемов);
- Сохранение механизма откашливания мокроты.

У госпитализированных больных – контроль:

- Ан. Кр. Кл. 1 раз в 2-3 дня,
- Биохим.: АЛТ, АСТ, креатинин, глюкоза – 1 раз в 2-3 дня,
- Гемостаз – 1 раз, далее – по показаниям.

- ЭКГ с оценкой интервала QT (кардиотоксичность фторхинолонов и макролидов)

Ориентировочный лист назначения (для пациентов с пневмонией средней тяжести)

- Цефтриаксон 2,0 В\В струйно на 10,0 физиологического раствора (или в/в капельно на 100,0 физ. Р-ра, или в/м) 6-18
- Азитромицин 0,5г внутрь 1 раз в день не менее 6 дней
- Амброксол 2 мл в/в 2 раза в сутки (6-18)
- Реамберин 250 мл в/в капельно (7-00)
- Дексаметазон 12 мг в/в капельно на 100,0 физ. Р-ра утром и 8 мг в/в струйно на 10,0 физ. Р-ра (6-30 - 18-30)
- Фраксипарин 0,3 п/к в околопупочную область (кратность введений – 1 или 2 раза выбирается индивидуально)
- АЦЦ 600 мг развести в $\frac{3}{4}$ стакана теплой воды, принять внутрь
- Сальбутамол 2 вд 2 раза в день
- Омепразол 1 капс x 2 раза в день
- Виферон в свечах по 500 000 ЕД 2 раза день 5 дней
- При $SpO_2 < 93$ - кислород

Выбор антибиотиков – индивидуальный (ориентировочные дозировки и комбинации)

- Цефепим 2,0х 2 раза в день В/в капельно на 100,0 физ. Раствора
- +левофлоксацин 100,0 мл в/в кап. 2 раза в день

Или

Меропенем 0,5 В/в капельно на 100,0 физ. Раствора или
в/в струйно медленно на 10,0 физ. раствора через 8
час. (6-14-22)

Оценка эффективности а/б
терапии осуществляется через 72
часа от начала терапии

Критерии эффективности
антибактериальной терапии

- - Температура тела ниже 37,5 С,
- - отсутствие симптомов интоксикации,
- - отсутствие признаков дыхательной недостаточности (частота дыхания ниже 20 в 1 мин.),
- - отсутствие гнойной мокроты,
- - количества лейкоцитов в крови меньше 10×10^9 /л, нейтрофильных гранулоцитов меньше 80%, юных форм – меньше 6%,
- - отсутствие негативной динамики по данным рентгенологического исследования.

Дифференциальная диагностика

- Туберкулез
- Онкопатология
- ТЭЛА

Этап терапевтического отделения

- Метод постурального дренажа: Продолжительность процедуры должна составлять от 10 до 20 минут в зависимости от состояния пациента.

При отсутствии мокроты

- - ингаляции физ. раствора (теплого) с целью увлажнения и поддержания естественной барьерной функции бронхов с использованием дозированного ингаляционного ингалятора (ДАИ) со спейсером, возможно использование бета₂-агонистов или комбинированных бронхолитиков короткого действия и дыхательных упражнений с удлиненным выдохом (преодолевать сопротивление водного столба с длительностью упражнений, не вызывающей одышки, кашля или утомления).

- Для облегчения дыхания, в том числе во время сна, пациентам, способным самостоятельно менять позу, можно рекомендовать в положении лежа принимать прон-позицию.
- Уровень нагрузки при дыхательных упражнениях выбирать по индивидуальному ответу на нее пациента (не должна вызывать одышки, головокружения, дискомфорта и падения сатурации кислорода).

ВЫПИСКА

- Пневмония в стадии рассасывания при сохраняющейся нормальной температуре тела при отмене антибиотикотерапии не менее 3-5 дней
- SpO₂ на воздухе > 96%;
- При неполном рассасывании пневмонического инфильтрата – долечивание в условиях дневного терапевтического стационара и дальнейшим диспансерным наблюдением в соответствии с требованиями.

Амбулаторно- поликлинический этап

- Дыхательные упражнения по А.Н. Стрельниковой,
- Дыхательные упражнения с аппаратом Фролова

Профилактика

- вакцинация против гриппа и кори;
- укрепление иммунитета (витаминотерапия, закаливание, регулярные занятия физкультурой);
- соблюдение гигиены (тщательное мытье рук после посещения общественных мест, перед едой);
- исключение контакта с людьми, больными острыми респираторными заболеваниями;
- избегание мест скопления людей, особенно в период неблагоприятной эпидемиологической обстановки;
- ношение индивидуальных средств защиты органов дыхания (одноразовые медицинские маски) при нахождении в общественных местах в периоды эпидемий;
- местное применение противовирусных препаратов в виде мазей (оксолиновая мазь, Виферон).

Вакцины

- Совигрипп, Гриппол - стимуляция неспецифического и специфического иммунитета.
- Вирус гриппа – РНК-содержащий!



Вакцинация

- В составе препарата Гриппол находится (из расчета на одну дозу):
- по 5 мкг **гемагглютинаина эпидемически актуальных штаммов вируса гриппа подтип А (H1N1), гемагглютинаина подтип А (H3N2), гемагглютинин тип В;**
- 500 мкг **иммуноадьюванта Полиоксидония в фосфатно-солевом буфере – азоксимера бромид.**
- **Гемагглютинин** произведен компанией *Abbot Biologicals B.V.* в Нидерландах.

Вакцинация

- Средство способствует формированию стойкого иммунитета к гриппу типа А и В. После *внутримышечного* или *подкожного* введения эффект от инъекции развивается на 7-12 день.
- *Иммунитет* к вирусам сохраняется на протяжении года после прививки. После взятия крови на анализ, у 75-95% пациентов, прошедших вакцинацию были обнаружены защитные *титры антител*.

Вакцинация

- Вакцинацию препаратом Гриппол рекомендуется проводить ежегодно в осенне-зимний период или в начале эпидемического подъема гриппа.
- В день проведения вакцинации пациент должен быть осмотрен врачом: обязательным является общий осмотр и измерение температуры тела, в случае если температура превышает 37 градусов Цельсия, вакцинацию не проводят.-

12 ноября – Всемирный день борьбы с пневмонией

- Ежегодно более 1 миллиона детей умирают от пневмонии. Это больше, чем СПИД, малярия и корь вместе взятые.
- поэтому Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) и Всемирная организация здравоохранения учредили Всемирный день борьбы с этим заболеванием
- А все неравнодушные могут выразить им солидарность, хотя бы надев... голубые джинсы.
- Эта одежда стала символом Всемирного дня борьбы с пневмонией.

Спасибо за внимание!

