



БелГУ  
БНИУ  
БелГУ

BELGOROD STATE  
UNIVERSITY (BSU)



Кафедра семейной

медицины

практике

участкового

терапевта

К.М.Н., доц. С.Б.

Белгород, 2019

год

# Список сокращений

---



**ВП – внебольничная пневмония**

**АД – артериальное давление**

**СРБ – С-реактивный белок**

**ХОБЛ – хроническая обструктивная  
болезнь легких**

**ЧСС – частота сердечных сокращений**



# Введение

---



Согласно мировой статистике, **каждую минуту** от этого заболевания погибает **4 ребенка**.

По данным Росстата, **в 2017 году** от пневмонии ушли из жизни **526 детей** и подростков и больше **26 тыс. взрослых**.

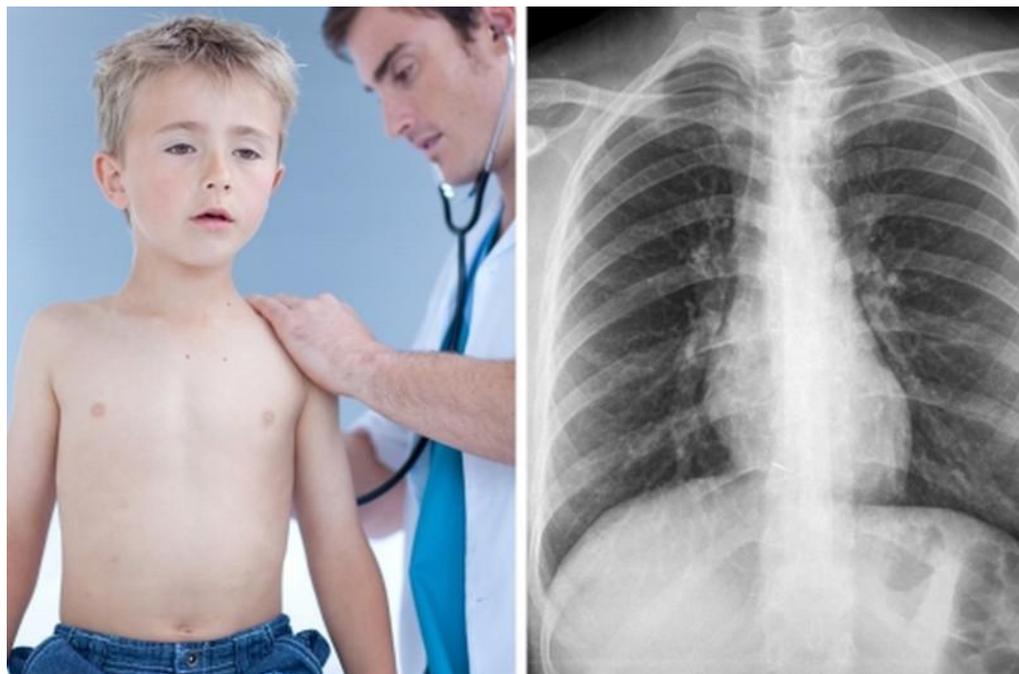
Количество россиян, которые **переболели** пневмонией в 2017 году превысило **671 тыс.**



# Введение



**30–40 %** заболевших диагноз устанавливают лишь **в конце первой недели** болезни (рентгенологического исследования).

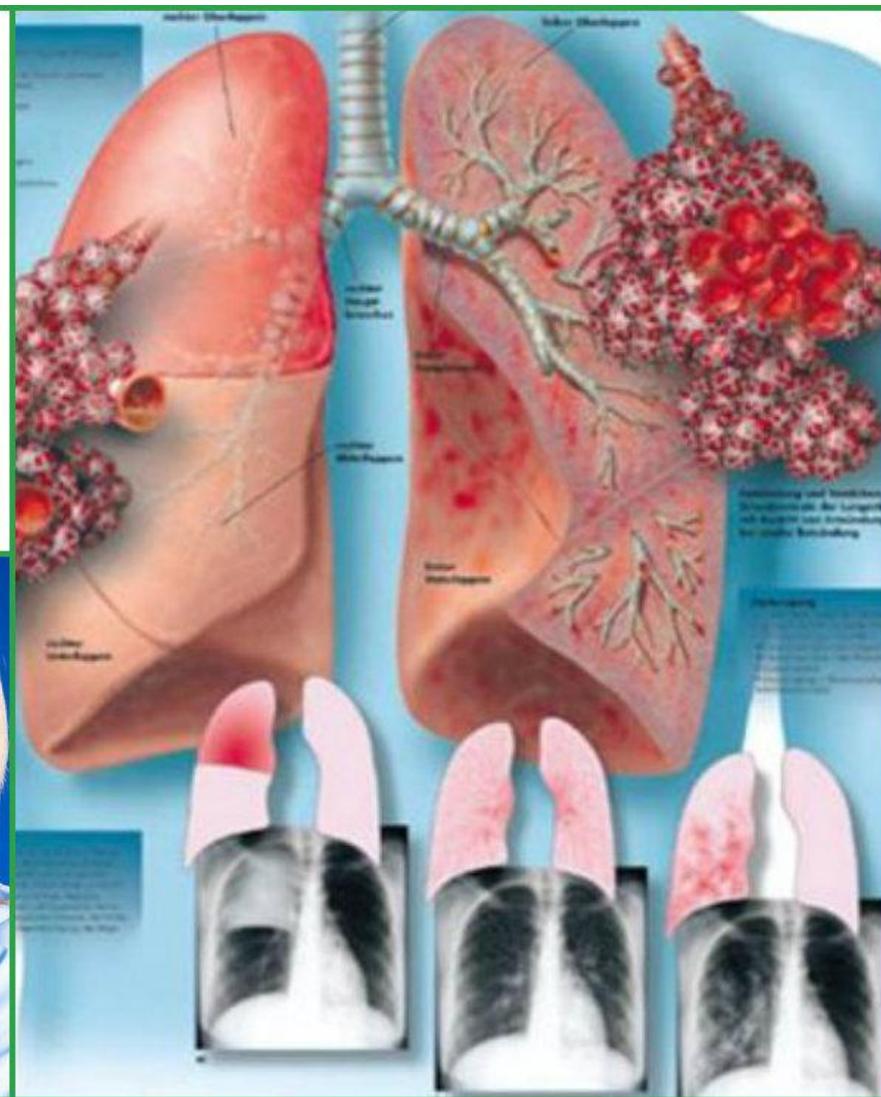
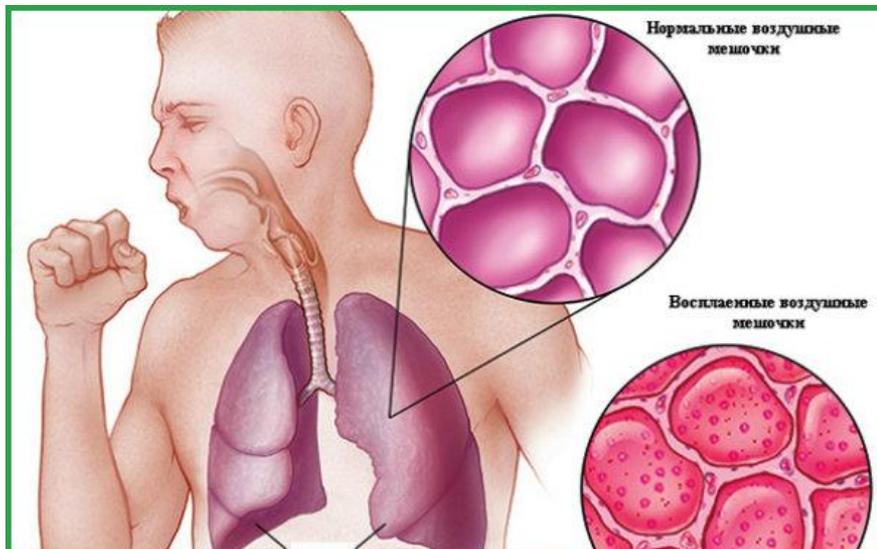


Диагностические **ошибки** достигают **20 %**.



**ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ** – острое заболевание, возникшее во внебольничных условиях, то есть вне стационара или **позднее 4 недель** после выписки из него, или диагностированное **в первые 48 час.** от момента госпитализации, или развившееся у пациента, не находившегося в домах сестринского ухода/отделениях длительного медицинского **наблюдения  $\geq 14$  суток**, сопровождающееся симптомами инфекции нижних отделов дыхательных путей (лихорадка, кашель, выделение мокроты, возможно гнойной, боль в грудной клетке, одышка) и **рентгенологическими признаками «свежих»** очагово-инфильтративных изменений в легких при **отсутствии очевидной диагностической**

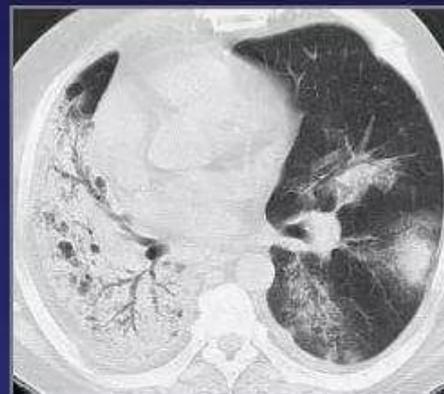
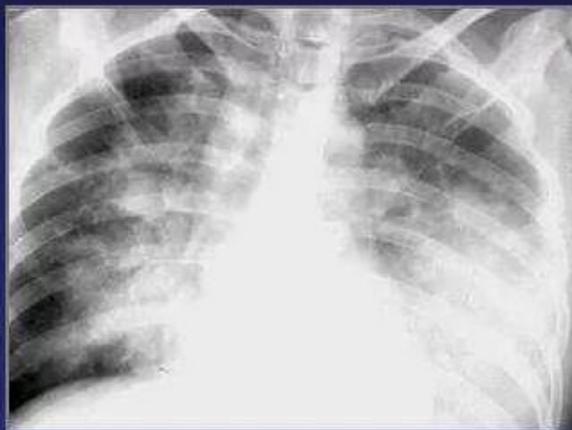
# Определение



# Классификация



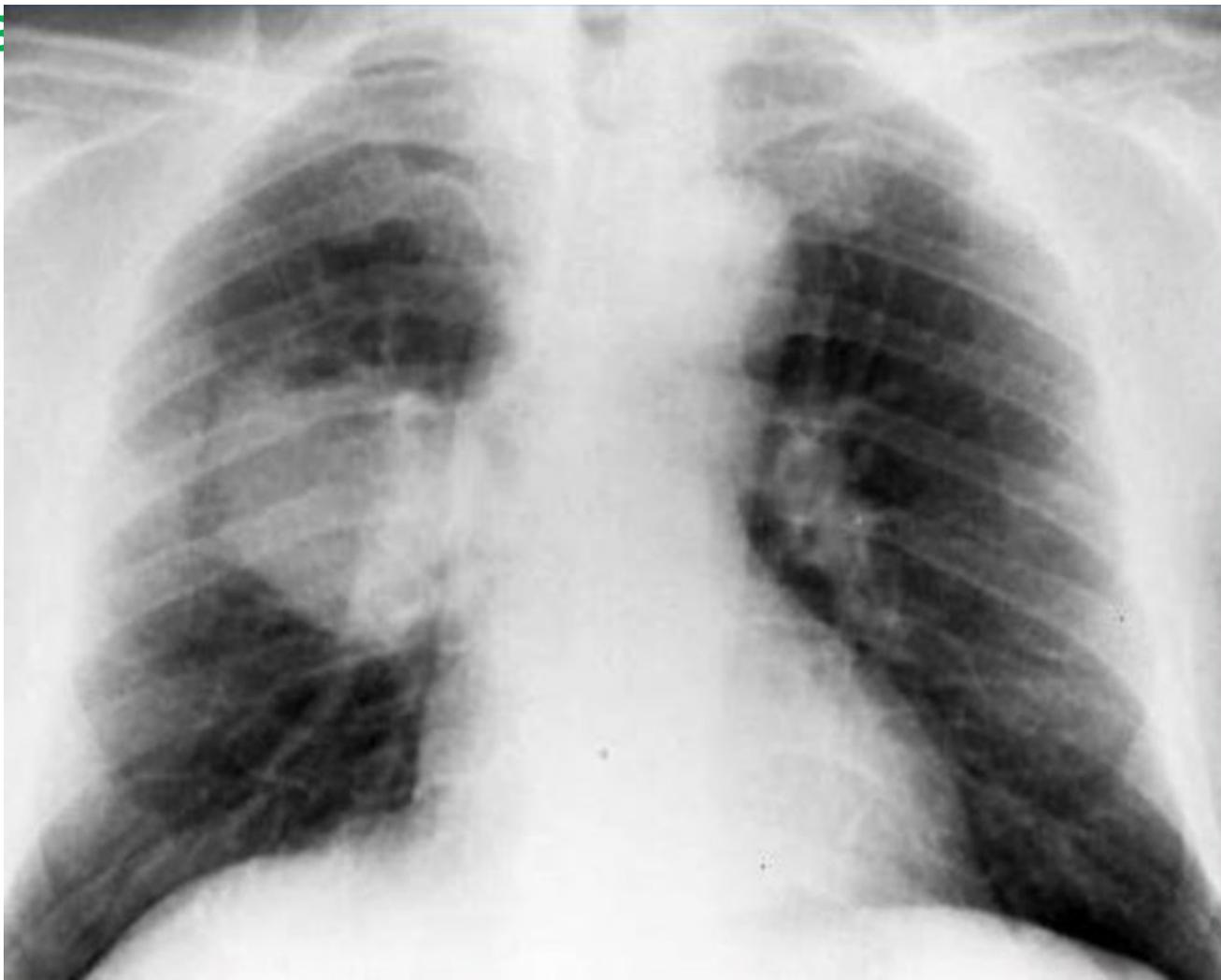
- **Типичная** (бактериальная, вирусная, грибковая, микоплазменная, паразитарная),
- **Развившаяся** у пациентов с выраженными нарушениями иммунитета (синдром приобретенного иммунодефицита/СПИД, прочие заболевания/патологические состояния)
- **Аспир**  
легко



# Классификация



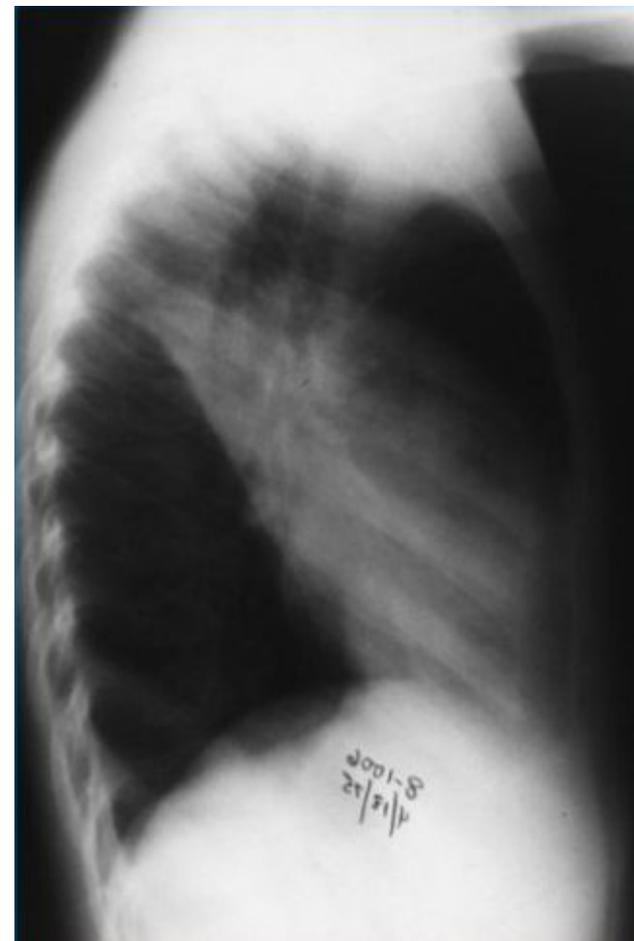
## Абсцедирующая пневмония



# Классификация

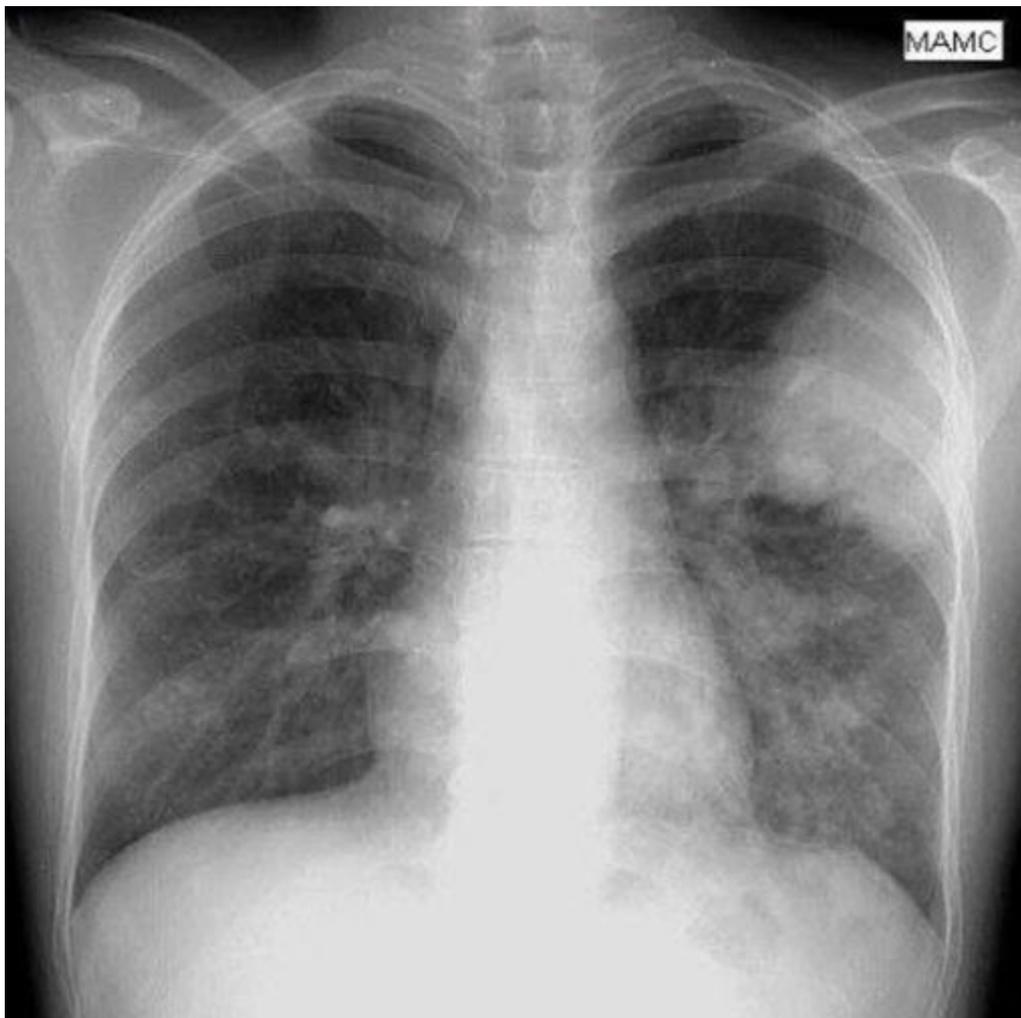


## Верхнедолевая





## Сегментарная



**Видны участки  
сливной  
инfiltrации  
в  
подмышечном  
сегменте слева  
и очаговой – в  
язычковых  
сегментах**



## Очаговая

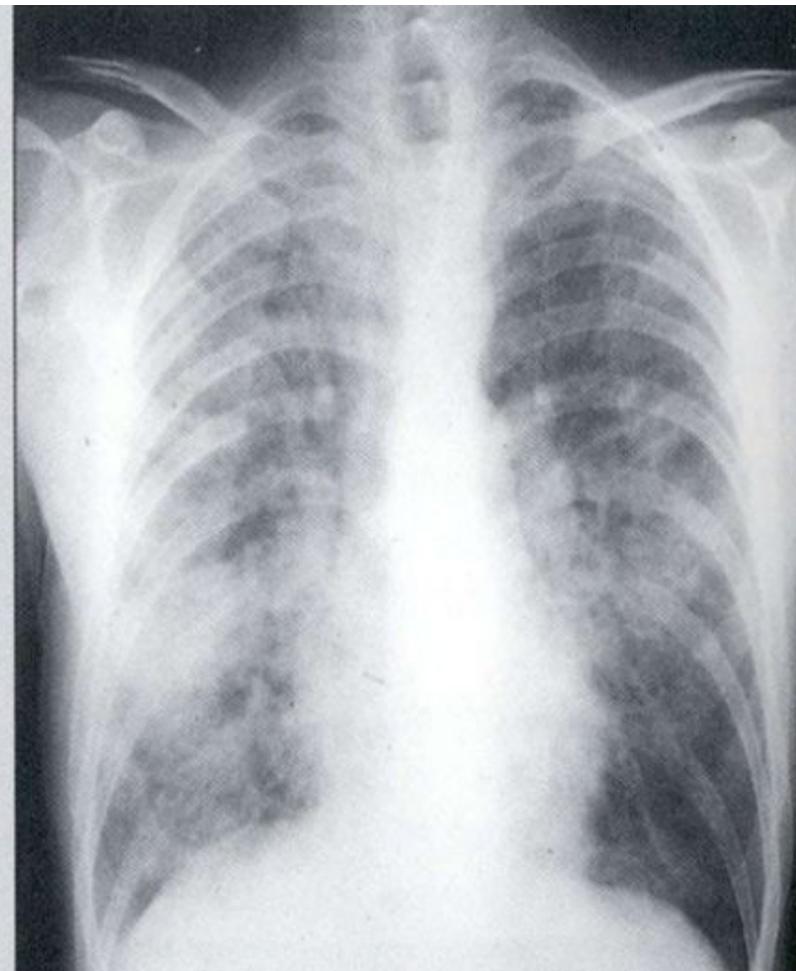
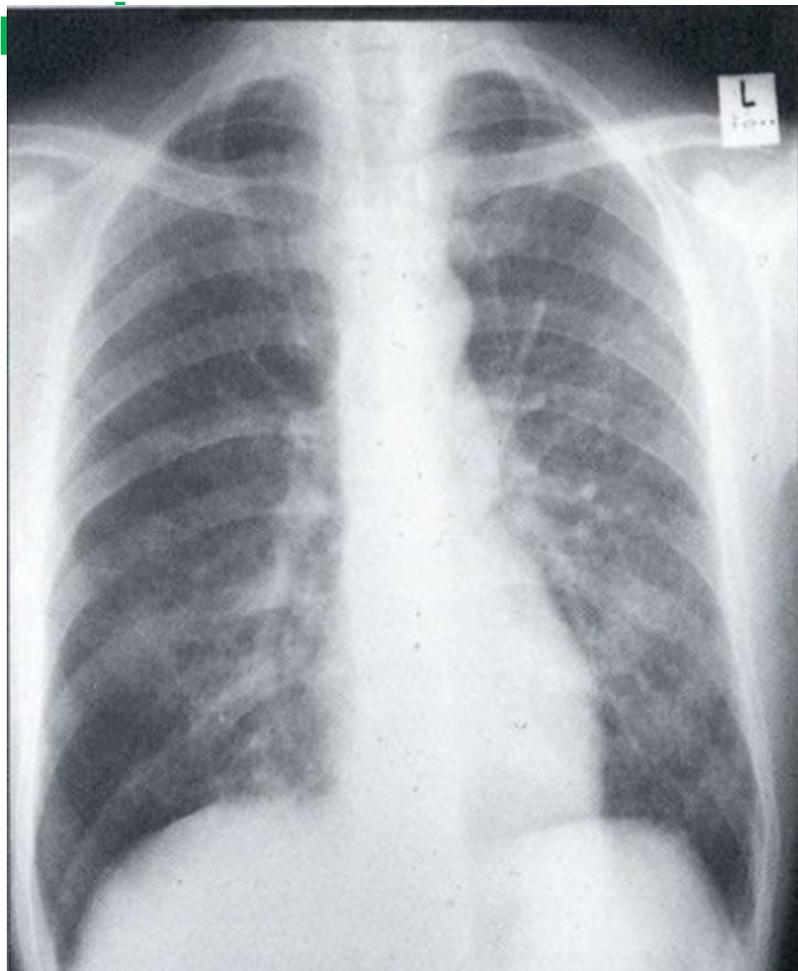


**Участок  
инфильтрации  
виден за тенью  
сердца**

# Классификация



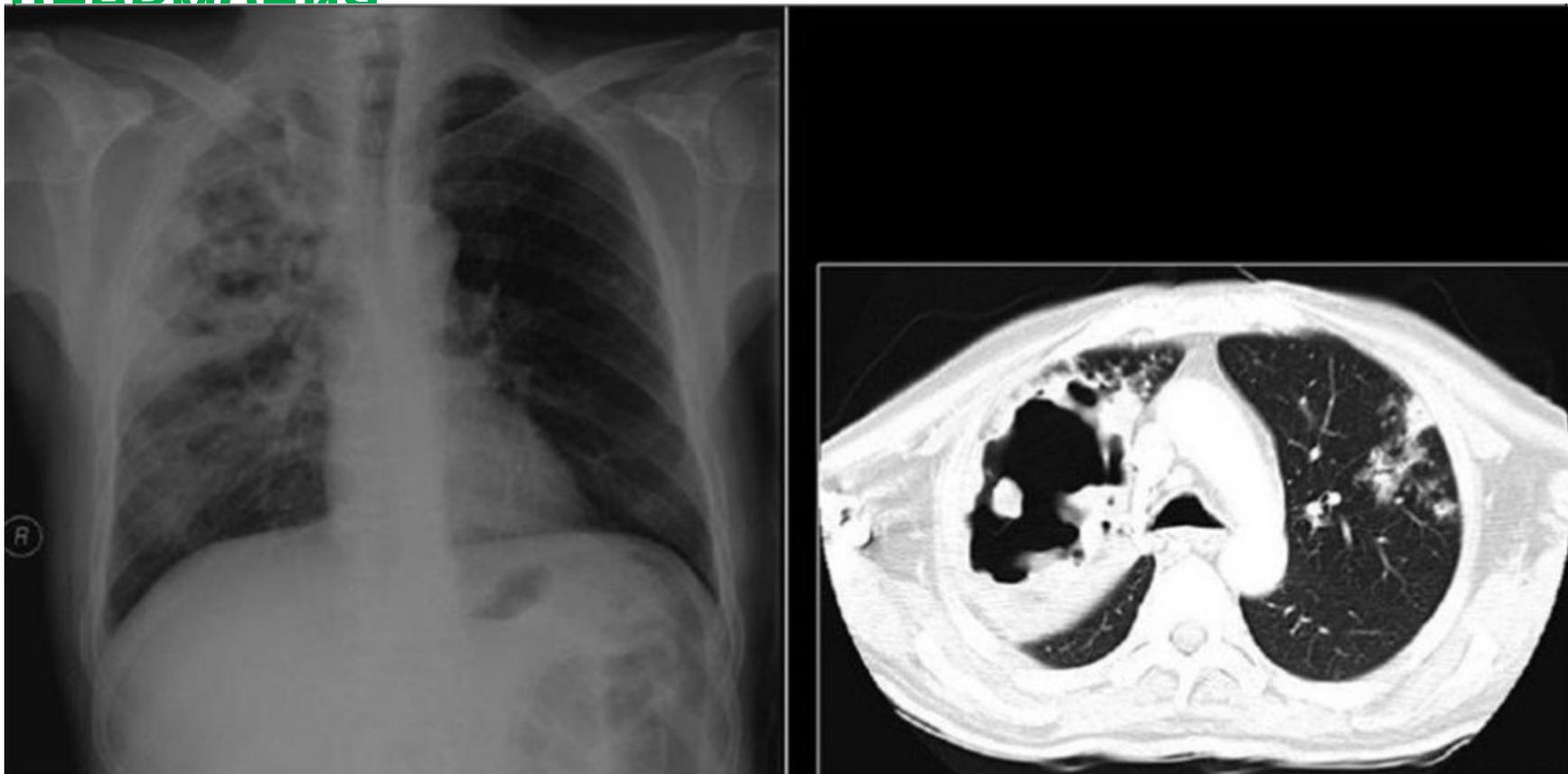
## Пневмоциститная пневмония на фоне ВИЧ-



# Классификация



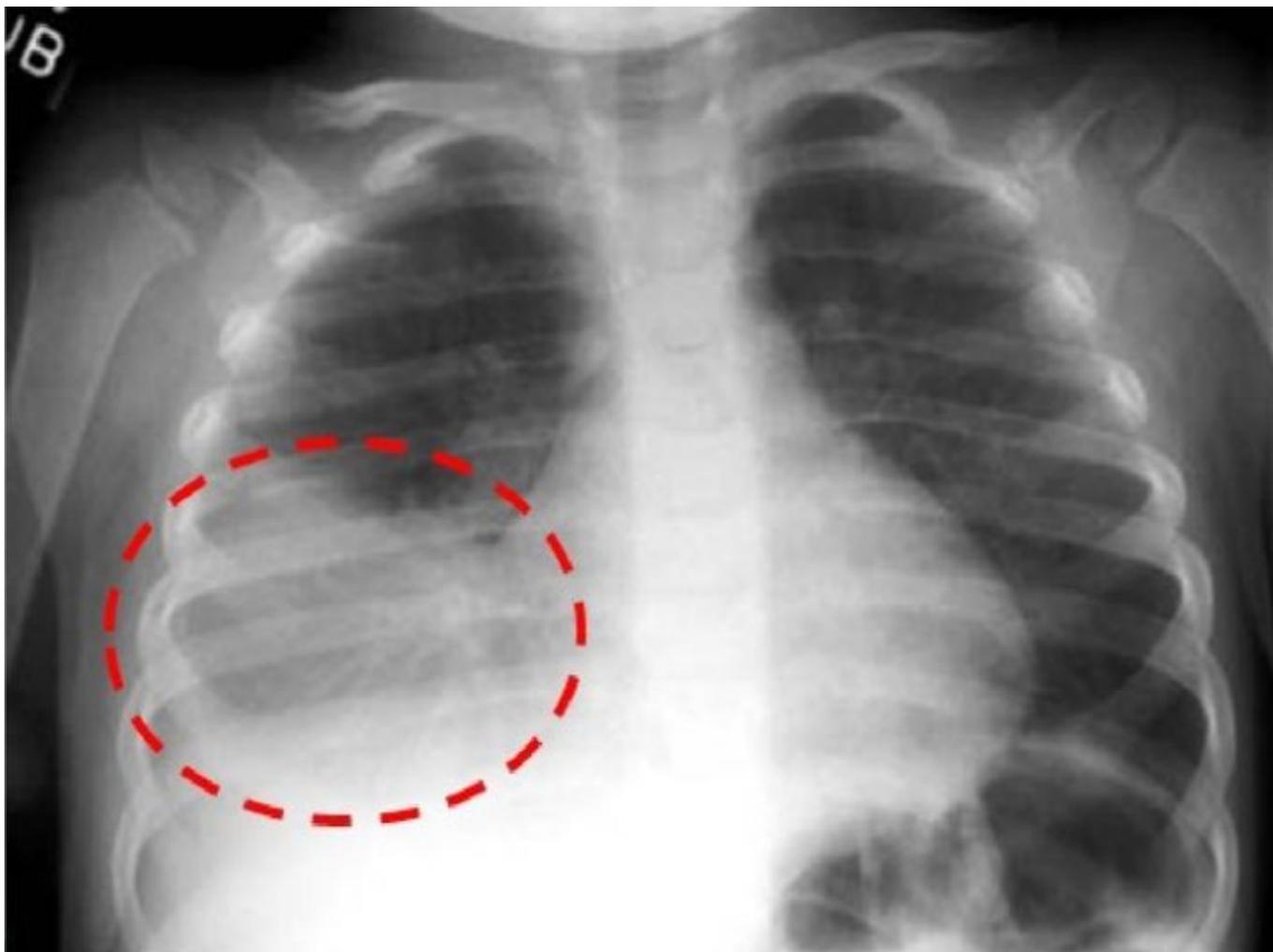
## Стафилококковая пневмония



# Классификация



## Нижнедолевая правосторонняя



# Классификация



## Полисегментальная пневмония



# Классификация





**Известно четыре патогенетических механизма, которые могут обуславливать развитие ВП:**

- аспирация секрета ротоглотки;
- вдыхание аэрозоля, содержащего микроорганизмы;
- гематогенное распространение микроорганизмов из  
вне легочного очага инфекции;
- непосредственное распространение инфекции из соседних пораженных органов или в результате инфицирования при проникающих ранениях грудной клетки.

# Патогенез

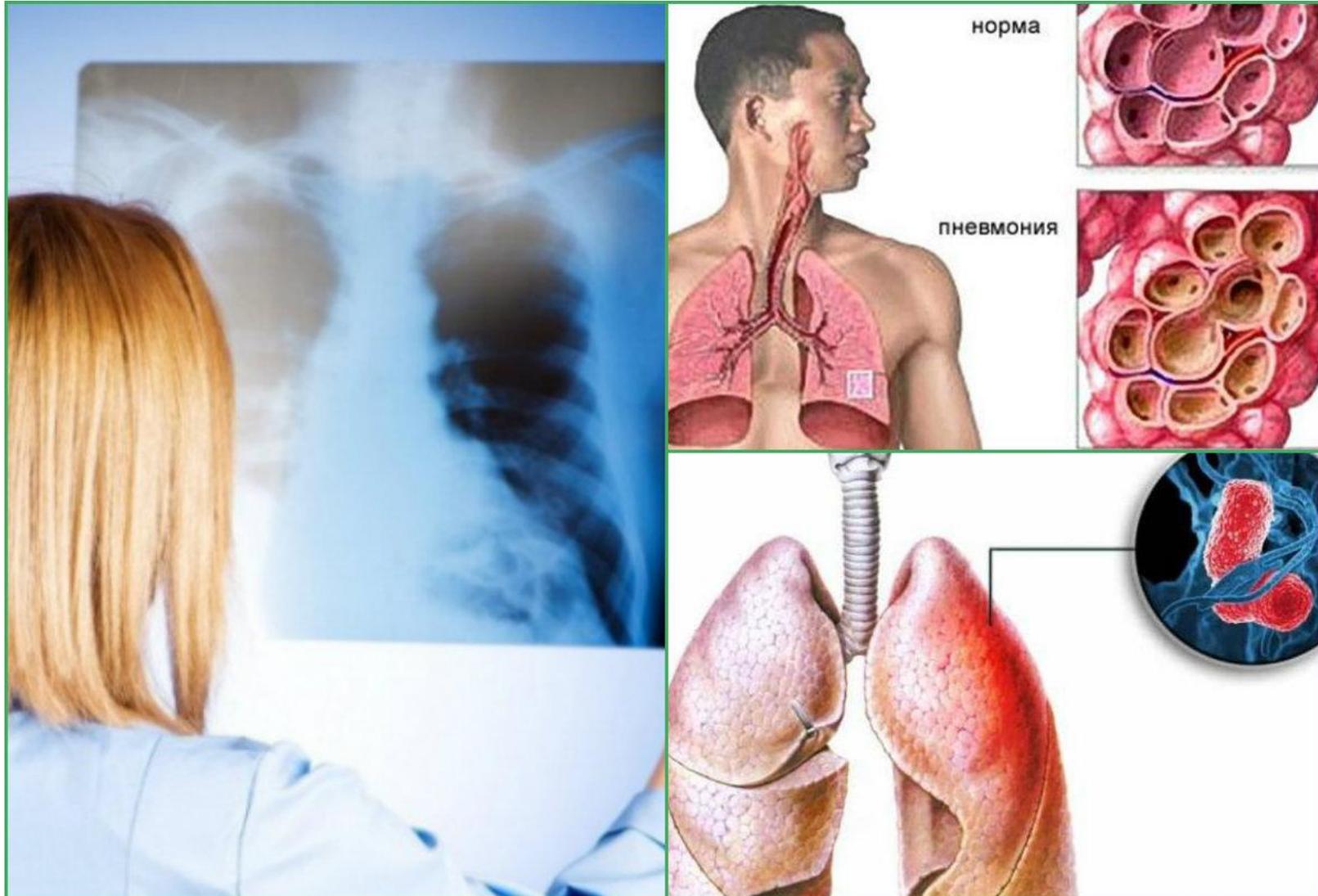
---



**Аспирация секрета ротоглотки** – основной путь инфицирования респираторных отделов легких и основной патогенетический механизм развития ВП. В нормальных условиях ряд микроорганизмов, например анаэробы, *S. pneumoniae*, *H. influenzae* могут колонизировать ротоглотку, но нижние отделы дыхательных путей остаются в большинстве случаев стерильными.

**Микроаспирация секрета ротоглотки** – физиологический феномен, наблюдающийся у многих здоровых лиц, преимущественно во время

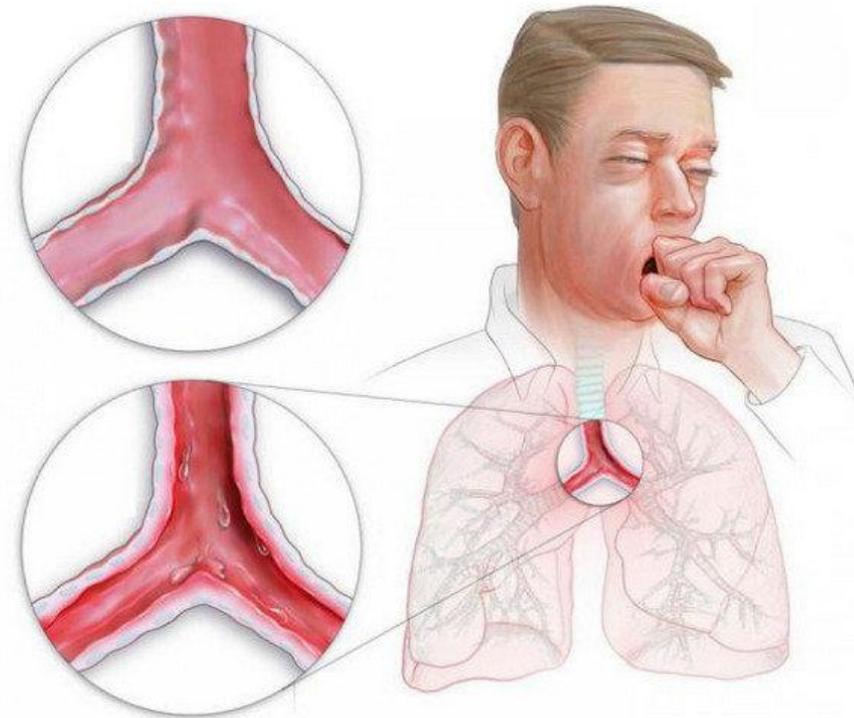
# Патогенез



# Патогенез



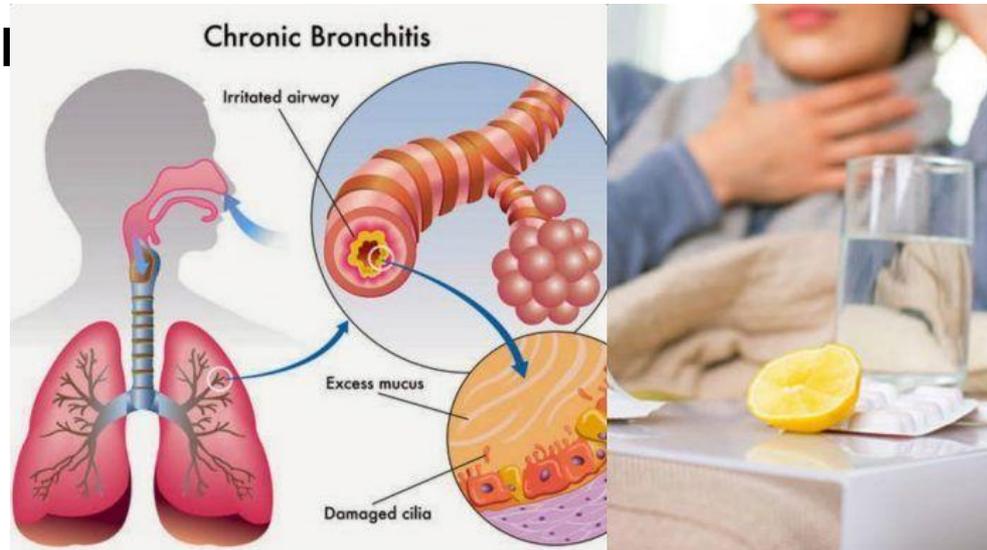
Однако кашлевой рефлекс, мукоцилиарный клиренс, антибактериальная активность альвеолярных макрофагов и секреторных иммуноглобулинов обеспечивают элиминацию инфицированного секрета из нижних отделов дыхательных путей.



# Патогенез



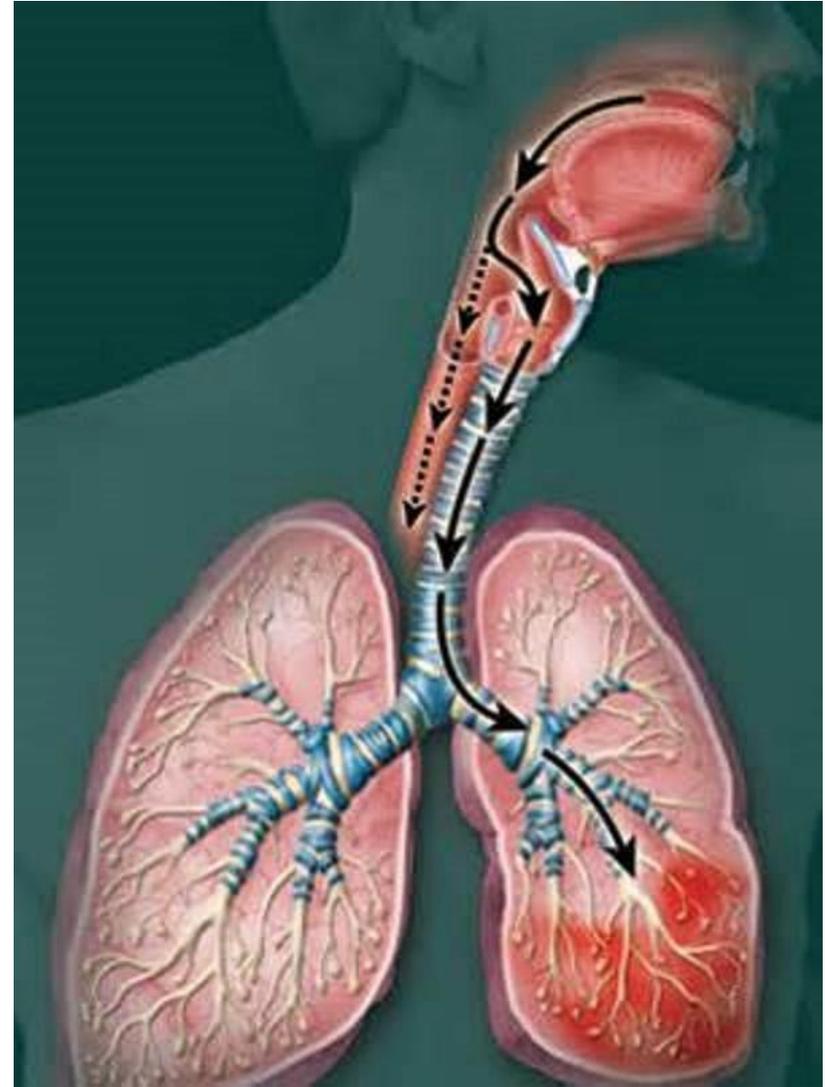
При повреждении механизмов «самоочищения» трахеобронхиального дерева создаются благоприятные условия для развития пневмонии. В отдельных случаях самостоятельным патогенетическим фактором могут быть массивность дозы микроорганизмов или проникновение в респираторные отделы легких даже единичных возбудителей.



# Патогенез



С учетом особенностей патогенеза ВП очевидно, что ее этиология в подавляющем большинстве случаев связана с микрофлорой верхних отделов дыхательных путей, состав которой зависит от внешней среды, возраста пациента, сопутствующих заболеваний, предшествующей АБТ.





**Ингаляция микробного аэрозоля** встречается реже, данный механизм играет основную роль при инфицировании нижних отделов дыхательных путей облигатными патогенами, например *Legionellaspp.*





# Патогенез

---

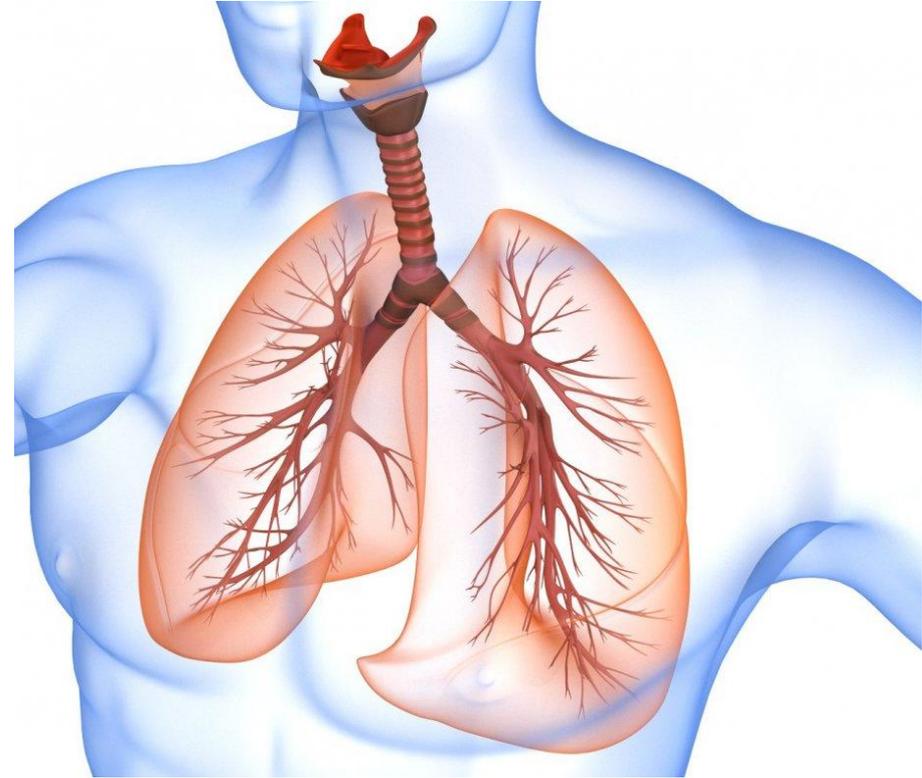
Причины, обуславливающие при прочих равных условиях развитие тяжелой ВП, окончательно не ясны. Это может быть связано как с возбудителем, так и с особенностями пациента.

Со стороны микроорганизма ключевое значение имеет наличие определенных факторов вирулентности, например, продукция лейкоцидина Пантона-Валентина у **CAMRSA** и механизмов защиты от действия иммунной системы (например, полисахаридная капсула *S. pneumoniae*, затрудняющая фагоцитоз).



# Патогенез

Со стороны макроорганизма риск тяжелой ВП, помимо известных факторов (сопутствующие заболевания бронхолегочной системы, злоупотребление алкоголем, дефицит питания и др.), возрастает при наличии ряда генетически обусловленных дефектов со стороны иммунной





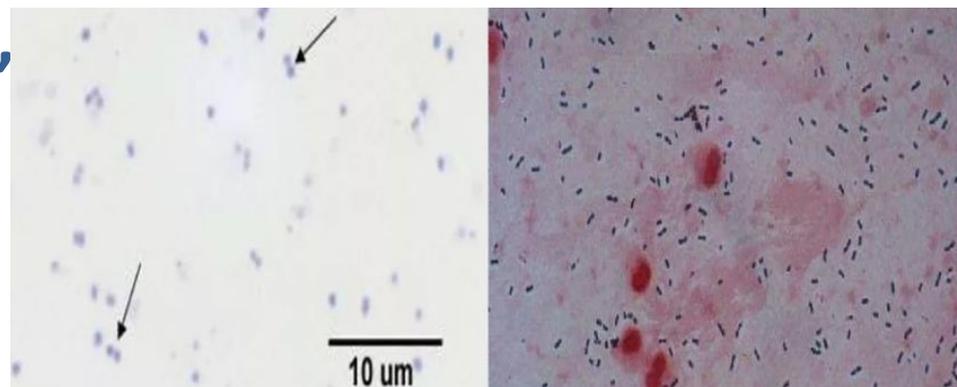
У пациентов с легионеллезной пневмонией выявлено снижение активности маннозо-связывающего лектина, важного фактора врожденного иммунитета; некоторые полиморфизмы **гена FCGR2A** определяют предрасположенность к инвазивным пневмококковым инфекциям, включая развитие тяжелой ВП с бактериемией, а **гена IFITM3**, играющего важную роль в ограничении репликации вирусов, ответственны за тяжелое течение гриппа при инфицировании вирусом H1N1pdm2009.

# Этиология



Перечень потенциальных возбудителей ВП включает более 100 микроорганизмов (бактерии, вирусы, грибы, простейшие).

Однако большинство случаев заболевания ассоциируется с относительно небольшим кругом патогенов, к которым относят *S.pneumoniae*, *M.pneumoniae*, *C.pneumoniae*, *H.influenzae*, респираторные вирусы, энтеробактерии,



# Этиология

---



*S.pneumoniae* – самый частый возбудитель, на его долю приходится до 30-50% случаев ВП установленной этиологии. При нетяжелом течении ВП актуальными являются *M.pneumoniae* и *S.pneumoniae* - их доля в этиологической структуре суммарно достигает 20-30%. Нетипируемая *H.influenzae* чаще вызывает ВП у пациентов с сопутствующей хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ); *K.pneumoniae* и *E.coli* (реже других представителей семейства *Enterobacterales*) выявляют преимущественно у лиц с хроническими сопутствующими заболеваниями, такими как сахарный диабет (СД), хроническая сердечная недостаточность (ХСН), алкоголизм, цирроз печени и

# Этиология

---



*S. aureus* чаще ассоциируется с развитием ВП у лиц пожилого возраста, в/в наркоманов, на фоне или после перенесенного гриппа; *P.aeruginosa* – смукровисцидозом, бронхоэктазами, применением системных глюкокортикостероидов (ГКС) в фармакодинамических дозах, предшествующей длительной АБТ.

Удельный вес *L.pneumophila*, очевидно, является невысоким в общей популяции в РФ, однако значимость данного возбудителя существенно увеличивается при тяжелой ВП и наличии определенных факторов риска.



Вероятность инфицирования анаэробами может возрасти у лиц с доказанной или предполагаемой аспирацией, обусловленной эпизодами нарушения сознания при судорогах, некоторых неврологических заболеваниях (например, инсульт), дисфагии, алкоголизме.

Частота встречаемости других бактериальных возбудителей - *C.psittaci*, *S.pyogenes*, *B.pertussis* и др. обычно не превышает 2-3%, а поражения легких, вызванные эндемичными микромицетами в России встречаются чрезвычайно редко.

# Этиология

---



ВП помимо бактериальных возбудителей могут вызывать респираторные вирусы, наиболее часто вирусы гриппа, коронавирусы, риносинцитиальный вирус (РС вирус), метапневмовирус человека, бокавирус человека. Частота выявления респираторных вирусов у пациентов с ВП носит выраженный сезонный характер и возрастает в холодное время года. Различают первичную вирусную пневмонию (развивается в результате непосредственного вирусного поражения легких) и вторичную бактериальную пневмонию, которая может сочетаться с первичным вирусным поражением легких или быть самостоятельным поздним осложнением респираторной вирусной

# Этиология

---



В большинстве случаев ВП, вызываемые респираторными вирусами, характеризуются нетяжелым течением, однако у лиц пожилого и старческого возраста, при наличии сопутствующих бронхолегочных, сердечно-сосудистых заболеваний или иммунодефицита они могут ассоциироваться с развитием тяжелых, угрожающих жизни осложнений. У **10-30%** пациентов с ВП выявляется смешанная или ко-инфекция, которая может быть вызвана ассоциацией различных бактериальных возбудителей (например, *S.pneumoniae* с *H.influenzae* или *M.pneumoniae*), либо их сочетанием с респираторными вирусами. ВП, вызванная ассоциацией возбудителей, имеет тенденцию к более тяжелому течению и



## Этиология

---

Для некоторых микроорганизмов (*S.viridans*, *S.epidermidis* и другие коагулазанегативные стафилококки, *Enterococcuspp.*, *Neisseriaspp.*, *Candidaspp.*) нехарактерно развитие бронхолегочного воспаления. Их выделение из мокроты с высокой степенью вероятности свидетельствует о контаминации материала микрофлорой верхних отделов дыхательных путей.

**Необходимо отметить тот факт, что, несмотря на расширение возможностей для микробиологической диагностики, примерно у половины пациентов с ВП этиологический**



# Диагностика

**Диагностические исследования при ВП направлены на верификацию диагноза, идентификацию возбудителя, оценку тяжести течения и прогноза заболевания, выявление осложнений**





# Диагностика

**Диагностический алгоритм** при подозрении на ВП включает сбор анамнеза, оценку жалоб, физическое обследование, комплекс лабораторных и инструментальных исследований, объем которых определяется тяжестью течения ВП, наличием и характером осложнений, сопутствующими заболеваниями.





# Диагностика

## Жалобы и анамнез

У всех больных с подозрением на ВП рекомендуется провести оценку жалоб, социального статуса и семейно-бытовых условий, собрать полный медицинский, эпидемиологический и профессиональный

а

**МЕДИЦИНСКИЙ ОКРУГ №870**



Семейный врач: Денисова Елена Алексеевна  
Медицинская сестра:  
Гончарова Анна Александровна  
Кабинет №206  
Адрес: ул. Есенина, 48Б  
8-920-597-32-71

График подворных обходов  
по медицинскому округу №870 на 2018 год

МЕСЯЦ	№ ДОМА
январь	Б. Юности, 35б, кв. 1-66
февраль	Б. Юности, 35в, кв. 1-28
март	Б. Юности, 35в, кв. 29-125
апрель	Б. Юности, 35в, кв. 126-219
май	Есенина, 36, кв. 1-96
июнь	Есенина, 36, кв. 97-191
июль	Есенина, 36, кв. 192-269
август	Есенина, 36, кв. 270-289
сентябрь	Есенина, 38, кв. 1-75
	Есенина, 38, кв. 76-160
октябрь	Есенина, 40, кв. 1-50
	Есенина, 40, кв. 51-217
ноябрь	Есенина, 42, кв. 1-139
декабрь	Б. Юности, 35в, кв. 29-125

**ГРАФИК ПОДВОРНЫХ ОБХОДОВ**





**Подозрение на ВП** должно возникать при наличии у больного лихорадки в сочетании с жалобами на острый кашель, одышку, отделение мокроты и/или боль в грудной клетке, связанную с дыханием или кашлем. **Пациенты с ВП часто жалуются на немотивированную слабость, утомляемость, ознобы, сильное потоотделение по ночам.**

Развитию ВП могут предшествовать симптомы поражения верхних дыхательных путей (боли в горле, насморк и др.).

**При тяжелой ВП** клиническая картина может дополняться развитием СШ, острой ДН и другой органной дисфункции.



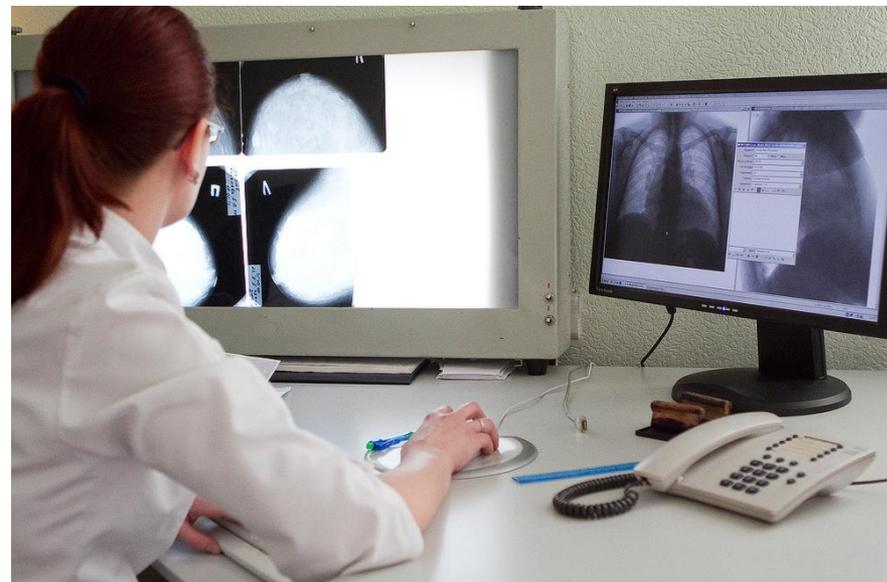
**У лиц пожилого и старческого возраста** характерные для ВП жалобы могут отсутствовать, а на первый план в клинической картине заболевания выходит синдром интоксикации: сонливость или беспокойство, спутанность сознания, анорексия, тошнота, рвота.

Нередко пневмония у данной категории пациентов “дебютирует” **симптомами декомпенсации хронических сопутствующих заболеваний** (СД, ХСН и др.). Изменению классической картины заболевания также способствует самолечение АБП.



## Физическое обследование

У всех больных ВП рекомендуется провести общий осмотр, измерить показатели жизнедеятельности (ЧДД, ЧСС, АД, температура тела) и выполнить детальное обследование грудной клетки.





## Диагностика

---

Данные, получаемые при физическом обследовании, зависят от многих факторов, включая распространенность и локализацию пневмонической инфильтрации, степень тяжести ВП, возраст пациента, наличие сопутствующих заболеваний.

**Классическими объективными признаками являются** отставание пораженной стороны грудной клетки при дыхании, усиление голосового дрожания, укорочение (притупление) перкуторного звука над пораженным участком легкого, появление бронхиального дыхания, наличие фокуса мелкопузырчатых хрипов или крепитации, усиление бронхофонии. Нужно иметь в виду, что у части пациентов объективные **признаки могут отличаться**



# Диагностика

---

## Лабораторная диагностика

Всем больным ВП рекомендуется:

- **Развернутый общий анализ крови** с определением уровня ритроцитов, гематокрита, лейкоцитов, тромбоцитов, лейкоцитарной формулы;
- **Биохимический анализ крови** (мочевина, креатинин, электролиты, печеночные ферменты, билирубин, глюкоза, альбумин);
- **Исследование уровня С-реактивного белка (СРБ)** в сыворотке крови;
- **Исследование плевральной жидкости** (определение рН, активности ЛДГ, содержания белка, цитологическое исследование);



# Диагностика

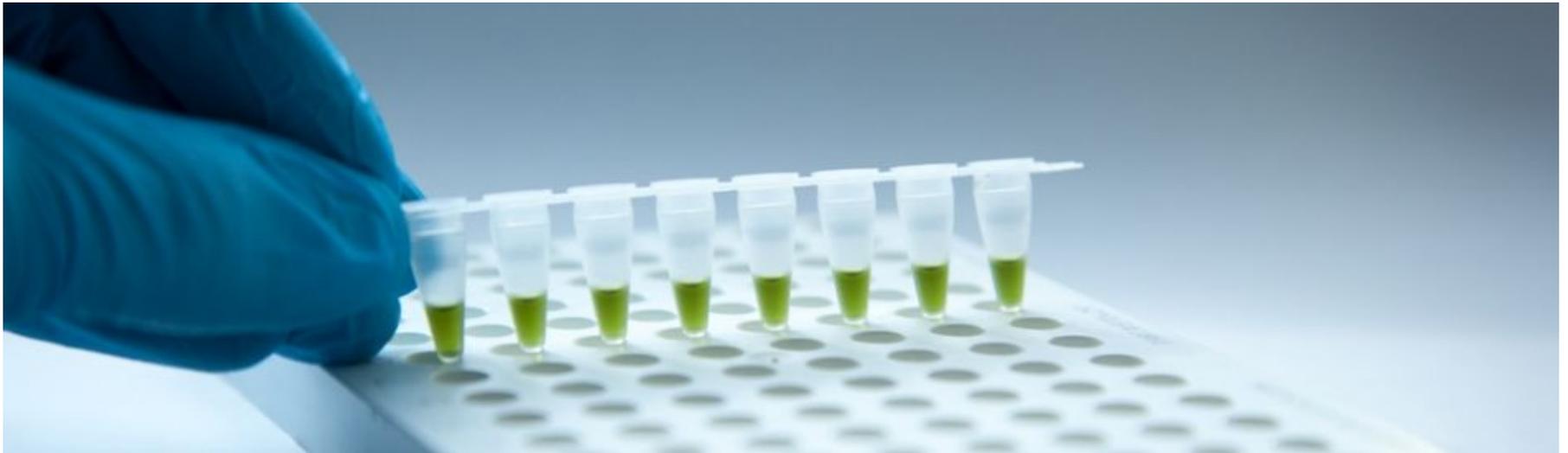
---

- **Исследование газов артериальной крови** с определением  $P_{aO_2}$ ,  $P_{aCO_2}$ , pH, бикарбонатов, лактата;
- **Коагулограмма** с определением протромбинового времени, МНО, АЧТВ;
- **Микробиологическое исследование** образца плевральной жидкости при наличии плеврального выпота и показаний к плевральной пункции;
- **Бактериоскопия и культуральное исследование** респираторного образца – мокрота или ТА (у пациентов, находящихся на ИВЛ).
- **Культуральное исследование** двух образцов венозной крови;



# Диагностика

- **Исследование респираторного образца** (мокрота, мазок из носоглотки и задней стенки глотки и др.) на грипп методом ПЦР во время эпидемии гриппа в регионе или наличии соответствующих клинических и/или эпидемиологических данных;
- **Экспресс-тесты** по выявлению пневмококковой и легионеллезной антигенурии.





# Диагностика

---

## Инструментальная диагностика

Инструментальная диагностика при ВП включает лучевые методы исследования (рентгенография, компьютерная томография органов грудной полости), пульсоксиметрию, ультразвуковые исследования, фибробронхоскопию, электрокардиографическое исследование (ЭКГ).

Всем пациентам с подозрением на ВП рекомендуется:

- **Обзорная рентгенография органов грудной полости (ОГП) в передней прямой и боковой проекциях (при неизвестной локализации воспалительного процесса целесообразно выполнять снимок в правой боковой проекции):**



# Диагностика

---

Основной рентгенологический признак ВП - локальное снижение воздушности легочной ткани (инфильтрация) за счет накопления воспалительного экссудата в респираторных отделах.

- Пульсоксиметрия с измерением SpO<sub>2</sub> для выявления ДН и оценки выраженности гипоксемии;
- ЭКГ в стандартных отведениях;
- Трансторакальное ультразвуковое исследование грудной полости;
- КТ органов грудной полости;
- Рентгеноскопия;
- Фибробронхоскопия.



# Диагностика

## Критерии диагноза ВП

Диагноз ВП является определенным при наличии у больного рентгенологически подтвержденной очаговой инфильтрации легочной ткани и, по крайней мере,

**двух клинических признаков** из числа следующих:  
остро возникшая лихорадка в начале заболевания ( $t^0 > 38,0^{\circ}\text{C}$ );

кашель с мокротой;

физические признаки (фокус

крепитации/мелкопузырчатых хрипов, бронхиальное дыхание, укорочение перкуторного звука);

**Лейкоцитоз  $> 10 \cdot 10^9/\text{л}$**  и/или палочкоядерный сдвиг ( $> 10\%$ )



# Диагностика

---

При этом необходимо учитывать и вероятность терапевтической альтернативы – известных синдромом сходных заболеваний/патологических состояний.

Отсутствие или недоступность рентгенологического подтверждения очаговой инфильтрации в легких делает диагноз ВП **неточным/неопределенным**.

При этом диагноз заболевания основывается на учете данных эпидемиологического анамнеза, жалоб и соответствующих локальных признаков.



## Диагностика

Если при обследовании пациента с лихорадкой, жалобами на кашель, одышку, отделение мокроты и/или боли в грудной клетке, связанные с дыханием рентгенологическое исследование органов грудной полости оказывается недоступным и отсутствует соответствующая локальная симптоматика (укорочение перкуторного звука надпораженным участком легкого, локально выслушиваемое бронхиальное дыхание, фокус звучных мелкопузырчатых хрипов/крепитации, усиление бронхофонии и голосового дрожания), то предположение о ВП становится **маловероятным. Определение степени тяжести пневмонии и выбор места лечения пациента в амбулаторных или**



# Диагностика

## Клинический пример эффективного лечения казеозной пневмонии

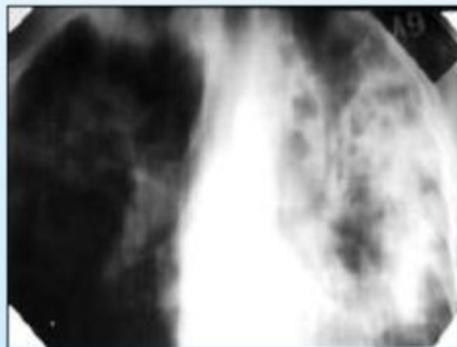
При выявлении



5 мес. лечения



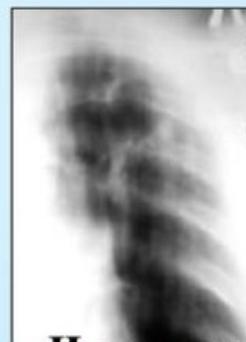
7 лет наблюдения



Двусторонняя  
казеозная пневмония,  
МБТ(+)



Фиброзно -  
кавернозный  
туберкулез, МБТ (-)



Излечение с  
поликистозными и  
цирротическими  
изменениями, МБТ(-)



## Диагностика

Для оценки тяжести пневмонии и предложено множество прогностических шкал, использование которых позволяет выделить группу лиц с низким риском неблагоприятного исхода, которых допустимо лечить амбулаторно, и групп лиц, нуждающихся в госпитализации в стационар или отделение интенсивной терапии. Хорошо известной шкалой для оценки тяжести пневмонии и степени риска летального исхода является **индекс PSI (the Pneumonia Severity Index)**. Однако применение данного индекса связано с определением множества критериев, что невозможно в амбулаторных условиях в полном объеме. В амбулаторной практике для оценки степени тяжести и прогноза ВП возможно использование более коротких **шкал CURB-65 или CRB-65**. В их основе лежит оценка <sup>50</sup> 5 и 4



# Диагностика

---

## Симптомы и признаки:

- **C (Confusion)** – нарушение сознания;
- **U (Urea)** – азот мочевины крови  $>7$  ммоль/л (отсутствует в шкале CRB-65);
- **R (Respiratory rate)** – частота дыхания (ЧД)  $\geq 30$ /мин;
- **B (Bloodpressure)** – низкое диастолическое (ДАД) или систолическое (САД) артериальное давление:  $\leq 60$  мм рт. ст. и  $<90$  мм рт. ст. соответственно;
- **65** – возраст  $\geq 65$  лет.



## Диагностика

С практической точки зрения наибольший интерес вызывает **шкала CRB-65**, применение которой возможно в амбулаторных условиях, так как для этого не требуется измерение азотамочевины крови. Каждый признак оценивается в 1 балл. Минимальное количество баллов по данной шкале составляет **0**, максимальное — **4 балла**. Чем больше признаков находит врач у конкретного больного, тем выше риск неблагоприятного исхода, и тем быстрее необходима госпитализация в отделение реанимации и интенсивной терапии. При выявлении **0 баллов** риск летальности составляет **1,2%**, и пациенты могут лечиться амбулаторно. При наличии **1–2 баллов** риск летальности — **8,15%**. Пациенты должны быть госпитализированы в стационар. Если число **баллов 3–4**, риск летальности высокий (**31%**) и показана неотложная госпитализация. Недавние сообщения свидетельствуют об эффективности и сопоставимости индекса PSI и **шкалы CRB-65** и других шкал в определении риска смертности у пациентов с ВП старше 65 лет



## Диагностика

---

Однако прогностические шкалы оценивают состояние пациента на момент осмотра врачом и не учитывают возможность быстрого прогрессирования болезни.

Кроме этого необходимо учитывать дополнительные факторы, например декомпенсацию сопутствующего заболевания, и социальные факторы, не связанные с тяжестью пневмонии.

Поэтому решение о госпитализации остается клиническим решением врача.

**Тяжелое течение ВП встречается в 20% случаев**



# Диагностика

---

**Показания для госпитализации (при наличии как минимум одного из следующих признаков):**

## *Объективные данные:*

- ЧД  $\geq 30$  в мин.;
- САД  $< 90$  мм рт. ст., ДАД  $< 60$  мм рт. ст.;
- ЧСС  $\geq 125$ /мин;
- температура тела  $< 35,5^{\circ}\text{C}$  или  $\geq 40,0^{\circ}\text{C}$ ;
- нарушение сознания.



## **Лабораторные и рентгенологические данные:**

- лейкоцитоз  $> 20,0 \times 10^9/\text{л}$  или  $< 4,0 \times 10^9/\text{л}$  –  $\text{SaO}_2 < 90\%$  (пульсоксиметрия);
- гемоглобин  $< 100$  г/л, гематокрит  $< 30\%$ ;
- многодолевое поражение – наличие полости распада, плевральный выпот;
- быстрое прогрессирование размеров инфильтрата более чем на 50% за 2 сут.;
- в нелегочные очаги инфекции;
- сепсис.





# Диагностика

---

**Стационарное лечение предпочтительно также в случаях:**

- **возраст старше 60 лет;**
- **наличие сопутствующих заболеваний (ХОБЛ, бронхоэктазы, СД, ХСН, ХПН, алкоголизм, наркомания, дефицит массы тела, онкологические заболевания, цереброваскулярные заболевания);**
- **беременность;**
- **неэффективность стартовой антибактериальной терапии;**
- **желание пациента и/или членов его семьи;**
- **невозможность адекватного ухода в домашних условиях**

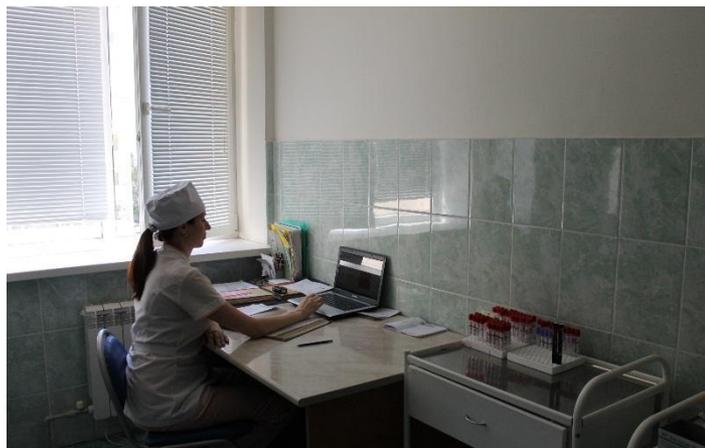


# Дифференциальная диагностика

**Необходимо проводить дифференциальный диагноз с патологическими состояниями, имеющими сходные СИМПТОМЫ:**

- ТЭЛА/инфаркт легкого;
- застойная сердечная недостаточность;
- злокачественные новообразования (центральный рак легкого с обтурацией бронха, бронхиолоальвеолярный рак);
- острый респираторный дистресс-синдром внелегочного происхождения;
- лекарственные пневмопатии;
- лучевой пневмонит;
- васкулиты (системная красная волчанка, гранулематоз Вегенера);
- гиперчувствительный пневмонит;
- острая эозинофильная пневмония;
- облитерирующий бронхиолит с организующей пневмонией;

# Дифференциальная диагностика



Фильтр	Расписание	Пациенты	Посещения
Отделение	Сетка расписания		
Название отделения	Формы приема	Комментарий	
Диагностическое отделение	8:00 - 8:15	В КАРАГОДИНА КАРИНА ИГОРЕВНА, 1999 г. р.	
Клинико-диагностическая лаб...	8:15 - 8:30	В АКИНА ОЛЬГА ВИКТОРОВНА, 1971 г. р.	
Неотложная помощь	8:30 - 8:45	В Павленко Геннадий Александрович, 1960 г. р.	
Рентгенологическое отделение	8:45 - 9:00	В АРТАМОНОВА ЕЛЕНА АНДРЕЕВНА, 1936 г. р.	
Физиотерапия	9:00 - 9:15	В Лыбасова Анна Сергеевна, 1992 г. р.	
	9:15 - 9:30	В ПОПОВА ЮЛИЯ ВИКТОРОВНА, 1988 г. р.	
	9:30 - 9:45	В Чернышова Татьяна Владимировна, 1979 г. р.	
	9:45 - 10:00	В Резвановас гомес омар адрес: 1976 г. р.	
	10:00 - 10:15	В Клименко Иван Михайлович, 1947 г. р.	
	10:15 - 10:30	В Клименко Валентина Павловна, 1949 г. р.	
	10:30 - 10:45	В ГАЛИУЛЛИН УРАТ МАНСУРОВИЧ, 1956 г. р.	
	10:45 - 11:00	В ЩАТРОВ АЛЕКСЕЙ АНАТОЛЬЕВИЧ, 1957 г. р.	
	11:00 - 11:15	В Косович Владимир Геннадьевич, 1983 г. р.	
	11:15 - 11:30	В Виноченко Зинаида Семеновна, 1956 г. р.	

# Профилактика

---



С целью профилактики пневмококковой инфекции и гриппа рекомендуется **вакцинировать всех лиц** с факторами риска пневмококковых заболеваний, а также с повышенным риском осложнений гриппа.

Применяют пневмококковую и гриппозную вакцины при отсутствии у пациента признаков острой инфекции.

**Обе вакцины можно безопасно вводить одновременно в разные участки тела.** Возраст старше 65 лет является основным показанием для проведения ежегодной вакцинации против гриппа и ревакцинации у пожилых пневмококковой вакциной **через 5–10 лет после первичной вакцинации.**

# Профилактика

---



## **Рекомендовано вакцинировать**

неконъюгированной пневмококковой вакциной следующие группы (Комитет советников по иммунизационной практике, 1997):

- **лица старше 65 лет без иммунодефицита;**
- **лица от 2 до 65 лет с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы (застойная сердечная недостаточность, кардиомиопатии), легких (ХОБЛ), сахарным диабетом, печени (цирроз), алкоголизмом, ликвореей, аспленией.**

**Эффективность гриппозной вакцины в предотвращении заболевания гриппом и развития его осложнений у здоровых лиц старше 60 лет**

# Профилактика

---



У лиц старше 65 лет вакцинация менее эффективна, но снижает частоту эпизодов инфекции верхних дыхательных путей, внебольничной пневмонии, госпитализации и смерти.

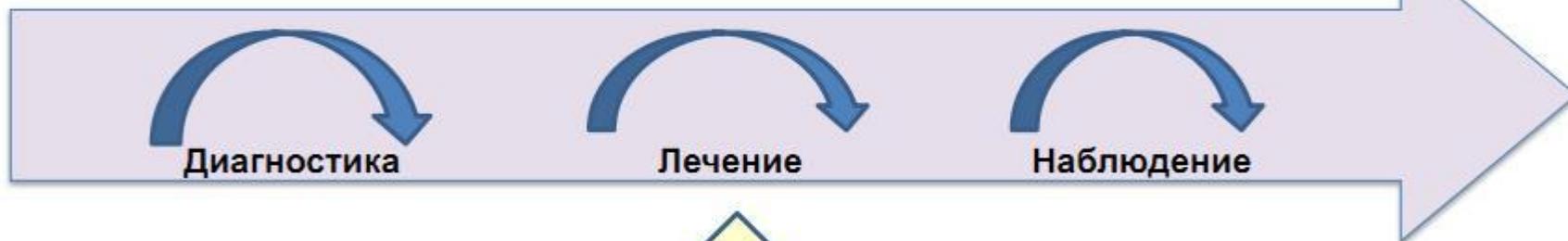
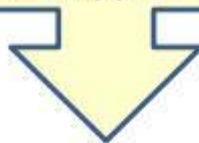
**Рекомендовано вакцинировать следующие целевые группы населения (октябрь–первая половина ноября):**

- Лица старше 50 лет;
- Лица, проживающие в домах длительного ухода;
- Взрослые и дети с хроническими бронхолегочными и сердечно-сосудистыми заболеваниями;
- Взрослые и дети с сахарным диабетом, заболеваниями почек, гемоглобинопатиями, иммунодефицитными состояниями;

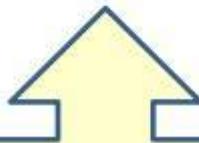
# Диспансерное наблюдение



Улучшение общего состояния;  
Исчезновение боли;  
Нормализация температуры тела;  
Восстановление дееспособности...



Улучшение общего состояния;  
Нормализация клинических показателей;  
Снижение риска осложнений;  
Восстановление функциональной активности..





# Диспансерное наблюдение

## Критерии выздоровления:

- хорошие самочувствие и общее состояние больного;
- стойкая нормализация температуры тела;
- ликвидация клинических, лабораторных и рентгенологических изменений.





# Диспансерное наблюдение

## Прогноз при пневмонии.

Исход пневмонии во многом зависит от распространенности воспалительного процесса, наличия или отсутствия осложнений, срока начала и адекватности антибиотикотерапии, состояния организма и других причин. Пневмония легкого и среднетяжелого течения с нераспространенным воспалительным процессом заканчивается полным выздоровлением при проведении рациональной терапии **в течение 3-4 нед.** Всех больных с распространенным воспалительным процессом, затяжным течением пневмонии, с нарушением функции внешнего дыхания, иммунной системы, осложненной Пневмонии необходимо направлять в реабилитационные отделения для долечивания и восстановления как морфологических, так и функциональных показателей. Период диспансеризации больных, перенесших Пневмонию без осложнений, может



# Заключение

**Внебольничная пневмония часто является непосредственной причиной смерти больного.**

Врачи амбулаторного учреждения должны быть осведомлены о критериях оценки тяжести состояния, принципах дифференциальной диагностики с основными заболеваниями, тактике

ве



# Заключение (ИНФОРМАЦИОННАЯ СИСТЕМА)



1	Канайкина Жанна Геннадьевна	16 <sup>00</sup>	20 <sup>00</sup>	16 <sup>00</sup>	20 <sup>00</sup>
ВОП	Перова Инна Владимировна	8 <sup>00</sup> -12 <sup>00</sup>	8 <sup>00</sup> -12 <sup>00</sup>	16 <sup>00</sup> -20 <sup>00</sup>	12 <sup>00</sup> -16 <sup>00</sup>
2	Петрова Елена Владимировна	Вых.	Отп.	Отп.	Отп.
ВОП	Петрова Елена Владимировна	Вых.	Отп.	Отп.	Отп.
2	Прошай Антонина Викторовна	12 <sup>00</sup>	12 <sup>00</sup>	16 <sup>00</sup>	16 <sup>00</sup>
ВОП	Рядинская Валентина Михайловна	8 <sup>00</sup> -12 <sup>00</sup>	12 <sup>00</sup>	16 <sup>00</sup>	16 <sup>00</sup>
204	Схаб Екатерина Владимировна	Отп.	Отп.	Отп.	Отп.
1	Чернышова Ольга Александровна	14 <sup>00</sup>	14 <sup>00</sup>	14 <sup>00</sup>	14 <sup>00</sup>
ВОП	Чернышова Ольга Александровна	20 <sup>00</sup>	20 <sup>00</sup>	20 <sup>00</sup>	20 <sup>00</sup>
1	Чернышова Ольга Александровна	14 <sup>00</sup>	14 <sup>00</sup>	14 <sup>00</sup>	14 <sup>00</sup>
ВОП	Чернышова Ольга Александровна	20 <sup>00</sup>	20 <sup>00</sup>	20 <sup>00</sup>	20 <sup>00</sup>

**Онкология**

Каб. Врач

Фильтр

Название отделения

Диагностическое отделение
Клинико-диагностическая лаб...
Неотложная помощь
Рентгенологическое отделение
Физиотерапия

Расписание Пациенты Посещения

Сетка расписания

Время приема	Комментарий
8:00 - 8:15	[В] КАРАГОДИНА КАРИНА ИГОРЕВНА, 1993 г. р.
8:15 - 8:30	[В] АТКИНА ОЛЬГА ВИКТОРОВНА, 1971 г. р.
8:30 - 8:45	[В] Павленко Геннадий Александрович, 1960 г. р.
8:45 - 9:00	[В] АРТАМОНОВА ЕЛИЗАВЕТА АНДРЕЕВНА, 1936 г. р.
9:00 - 9:15	[В] Лебедева Алена Сергеевна, 1992 г. р.
9:15 - 9:30	[В] ПОЛОВА КЛИЯ ВИКТОРОВНА, 1988 г. р.
9:30 - 9:45	[В] Чернышова Татьяна Владимировна, 1973 г. р.
9:45 - 10:00	[В] ретавалес гомес смар андрес, 1976 г. р.
10:00 - 10:15	[В] Каминский Иван Михайлович, 1947 г. р.
10:15 - 10:30	[В] Каминская Валентина Платоновна, 1948 г. р.
10:30 - 10:45	[В] ГАДУЛИТИН УРАД МАНСУРОВИЧ, 1966 г. р.
10:45 - 11:00	[В] ШАТРОВ АЛЕКСЕЙ АНАТОЛЬЕВИЧ, 1965 г. р.
11:00 - 11:15	[В] Коржавин Владимир Геннадьевич, 1968 г. р.
11:15 - 11:30	[В] Винченко Зинаида Семеновна, 1955 г. р.
11:30 - 11:45	[В] Анюшина Ирина Алексеевна, 1962 г. р.
11:45 - 12:00	[В] Попова Любовь Ивановича, 1957 г. р.
12:00 - 12:15	[В] Жигалов Алексей Анатольевич, 1958 г. р.
12:15 - 12:30	[В] Воеводина Александра Павловна, 1941 г. р.
12:30 - 12:45	[В] Ферроветте Анатолий Васильевич, 1946 г. р.

**Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №8 города Белгорода»**

+7(4722)78-18-48

308036, г.Белгород, ул.Есенина, 48 б

Полная информация и схема проезда

Версия для слабовидящих

главная | отделения | о поликлинике | услуги | для пациента | контакты | госуслуги | web-camera

## Информационное табло

**Электронная регистратура** 9 августа 2018 г.

- Выбор населенного пункта
- Выбор мед. учреждения
- Выбор специализации
- Выбор врача и др.

Выберите специализацию врача

Адрес: г. Белгород, ул. Есенина, 48Б  
Телефон: +7(4722)78-18-48  
[p8b.belzdrav.ru](http://p8b.belzdrav.ru)

- Акушерство и гинекология (свободно талонов: 955)
- Гастроэнтерология (свободно талонов: 253)
- Гематология (свободно талонов: 245)
- Кардиология (свободно талонов: 70)
- Неврология (свободно талонов: 8)
- Общая врачебная практика (семейная медицина) (свободно талонов: 635)
- Онкология (свободно талонов: 185)
- Оториноларингология (свободно талонов: 47)
- Офтальмология (свободных талонов нет)

## Программный комплекс ТМ-МИС

ЗАПИСЬ НА ПРИЕМ К ВРАЧУ

Информация

КЛЯТВА Гиппократа

Белгородская городская поликлиника №8

**Акушерство и гинекология**

	ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ
06.08	07.08	08.08	09.08	10.08	11.08
14 <sup>00</sup>					
20 <sup>00</sup>	8 <sup>00</sup> -14 <sup>00</sup>	20 <sup>00</sup>	20 <sup>00</sup>	8 <sup>00</sup> -14 <sup>00</sup>	20 <sup>00</sup>
8 <sup>00</sup> -14 <sup>00</sup>	14 <sup>00</sup>	8 <sup>00</sup> -14 <sup>00</sup>	8 <sup>00</sup> -14 <sup>00</sup>	8 <sup>00</sup> -14 <sup>00</sup>	14 <sup>00</sup>
8 <sup>00</sup> -10 <sup>00</sup>					
Отп.	Отп.	Отп.	Отп.	Отп.	Отп.
14 <sup>00</sup>					
20 <sup>00</sup>	8 <sup>00</sup> -14 <sup>00</sup>	20 <sup>00</sup>	20 <sup>00</sup>	8 <sup>00</sup> -14 <sup>00</sup>	20 <sup>00</sup>

**Гастроэнтерология**

	ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ
06.08	07.08	08.08	09.08	10.08	11.08
Отп.	Отп.	Отп.	Отп.	Отп.	Отп.
14 <sup>00</sup> -20 <sup>00</sup>	8 <sup>00</sup> -14 <sup>00</sup>	14 <sup>00</sup> -20 <sup>00</sup>	8 <sup>00</sup> -14 <sup>00</sup>	14 <sup>00</sup> -20 <sup>00</sup>	14 <sup>00</sup> -20 <sup>00</sup>

Назад | Вверх ↑ | Вниз ↓

## Официальный сайт поликлиники

## Электронная запись на прием

## Информационный киоск

# Заключение ( КОММУНИКАЦИЯ С НАСЕЛЕНИЕМ)



## Корпоративные телефоны



Возможности а сайте учреждения  
в разделе «Задать вопрос главному врачу или руководителю ТЦСМ»



**Областное государственное бюджетное  
учреждение здравоохранения  
«Городская поликлиника №8 города  
Белгорода»**



**+7(4722)78-18-48**

308036, г.Белгород, ул.Есенина, 48 б

[Полная информация и схема проезда](#)

[Версия для слабовидящих](#)

ГЛАВНАЯ ОТДЕЛЕНИЯ О ПОЛИКЛИНИКЕ УСЛУГИ ДЛЯ ПАЦИЕНТА КОНТАКТЫ ГОСУСЛУГИ WEB-CAMERA

Задать вопрос главному  
врачу или руководителю  
ТЦСМ (территориального  
центра семейной медицины)

Информация о приёме  
претензий

Права пациента

Перечень жизненно  
необходимых и важнейших  
лекарственных препаратов

Перечень лекарственных  
препаратов, отпускаемых  
населению по рецептам  
врачей бесплатно

О дополнительных  
социальных гарантиях  
молодому поколению

Условия, виды, показатели  
доступности и качества  
медицинской помощи

### Задать вопрос

Ваши фамилия, имя, отчество\*

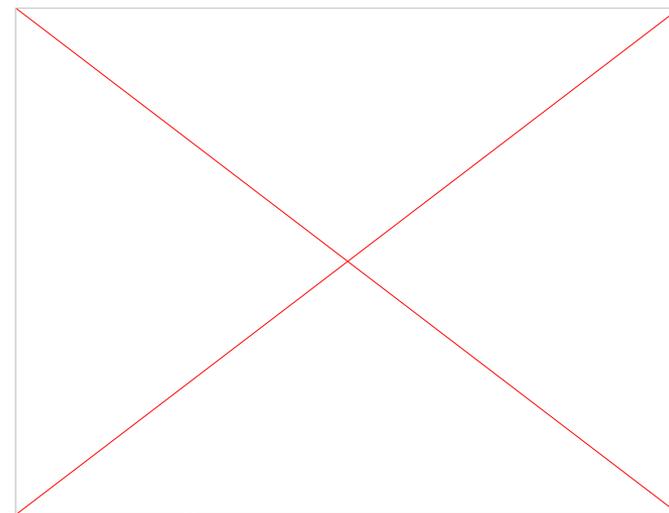
Ваш E-mail\*

Сообщение\*

Защита от автоматических сообщений



Введите слово на картинке\*



За 9 месяцев 2018 года на сайт организации  
поступило 10 электронных обращений.

Прохождение медицинского осмотра вне очереди-4,

Запись на прием через госуслуги-2,

Предоставление электронного варианта амбулаторной карты-2,

Прикрепление к другому врачу гинекологу-2.

# Заключение (ТЕЛЕФОН «ГОРЯЧЕЙ ЛИНИИ»)



Для решения административных вопросов пациент может обратиться к главному врачу лично, по телефону «горячей линии» главного врача, а так же задать вопрос на сайте учреждения в разделе «Задать вопрос главному врачу или руководителю ТЦСМ»



Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №8 города Белгорода»

+7(4722)78-18-48  
308036, г.Белгород, ул.Есенина, 48/6  
[Полная информация и схема проезда](#)

[Версия для слабовидящих](#)

ГЛАВНАЯ ОТДЕЛЕНИЯ О ПОЛИКЛИНИКЕ УСЛУГИ ДЛЯ ПАЦИЕНТА КОНТАКТЫ ГОСУСЛУГИ WEB-CAMERA

Задать вопрос главному врачу или руководителю ТЦСМ (территориального центра семейной медицины)

Информация о приеме претензий

Права пациента

Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов

Перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению по рецептам врачей бесплатно

О дополнительных социальных гарантиях молодому поколению

Условия, виды, показатели доступности и качества медицинской помощи

## Задать вопрос

Ваши фамилия, имя, отчество\*

Ваш E-mail\*

Сообщение\*

Защита от автоматических сообщений



Введите слово на картинке\*



# Заключение (ПЛАН МЕРОПРИЯТИЙ ПО СНИЖЕНИЮ СМЕРТНОСТИ)



1. При проведении подворных обходов, выявить лиц подлежащих диспансерному наблюдению. Сменивших место жительства, ранее наблюдавшихся в другие ЛПУ, позволит увеличить охват населения диспансерным наблюдением.
2. С целью увеличения информированности населения о факторах риска развития ХНИЗ, совместно с медицинской сестрой разнести памятки и буклеты, лицам имеющим контакты в соц. сетях разослать информационные памятки, анкеты по выявлению факторов риска, персональные СМС пригласительные на среду –диспансерный день в поликлинике.
3. Провести обучающее занятие для населения по онконастороженности, сопроводив направлениям на флюорографию и маммографию по показаниям.
4. Уточнять на приемах объективный статус пациента с применением опросников, медсестре распечатать и раздавать пациентам с хрон. патологией перед приемом
5. Проводить всем пациентам с БСК, подсчет СКФ ,с целью выявления ХБП для оптимизации дальнейшего лечения.
6. Проводить скрининговую спирометрию всем курящим в возрасте старше 40 лет.
7. Пройти дополнительную стажировку на рабочем месте онколога(визуальные формы рака)
8. Охватить иммунизацией всех проживающих на территории, особое внимание уделив хрон.больным ,привить от пневмококка и гриппа, информировать совместно с мед. сестрой о необходимости соблюдения санитарно-эпидемического режима в зоне проживания.
9. При каждом профилактическом посещении проводить индивидуальные профилактические консультирования ,с целью формирования здорового образа жизни.
10. В ходе анкетирования стремиться выявить лиц находящихся в депрессивном состоянии или имеющих риск суицидального поведения

# Список литературы

---



1. Клинические рекомендации «Внебольничная пневмония» Министерство Здравоохранения Российской Федерации. 2018.
2. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Козлов Р.С., и соавт. Внебольничная пневмония у взрослых. Практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике (пособие для врачей). Клинический микробиологический журнал 2010.
3. Синопальников А.И. Внебольничная пневмония. В кн.: Внебольничные инфекции дыхательных путей. Руководство для врачей. Под ред. А.И. Синопальникова, Р.С. Козлова. – М: Премьер МТ, Наш Город, 2007.
4. Рачина С.А., Козлов Р.С., Шаль Е.П., и соавт. Структура бактериальных возбудителей внебольничной пневмонии в многопрофильных стационарах г. Смоленска. Пульмонология 2011.
5. Рачина С.А., Захаренков И.А., Дехнич Н.Н., и соавт. Этиология тяжелой внебольничной пневмонии у взрослых в РФ: предварительные результаты многоцентрового исследования Seria. Сборник трудов IX Всероссийской научно-практической конференции с международным участием “Молекулярная диагностика 2017”. Тамбов: ООО фирма “Юлис”, 2017.
6. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Козлов Р.С. и др. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике тяжелой внебольничной пневмонии у взрослых. Пульмонология 2014.



**БЛАГОДАРЮ ЗА  
ВНИМАНИЕ!**