



**Национальный  
Легочный  
Фонд**

---

# ПНЕВМОНИЯ

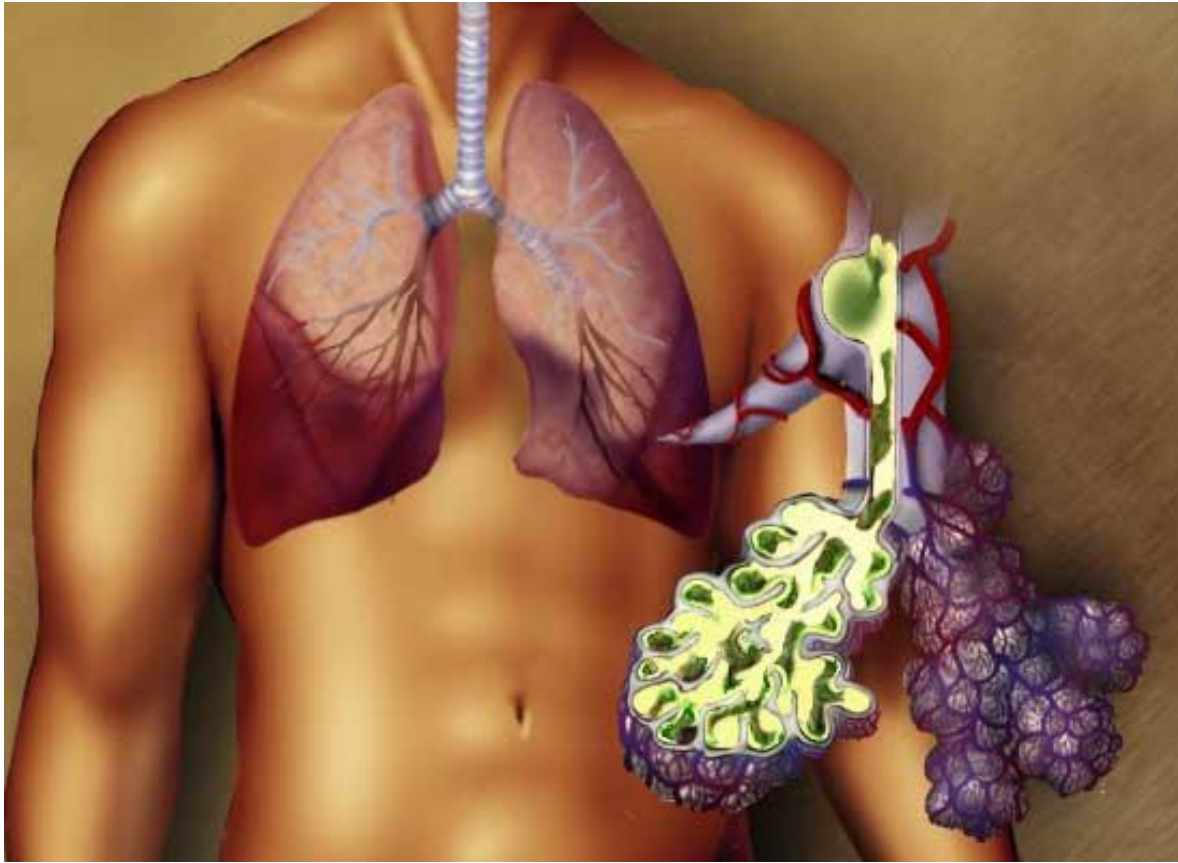
# ОПРЕДЕЛЕНИЕ И КЛАССИФИКАЦИЯ



# ОПРЕДЕЛЕНИЕ

## ПНЕВМОНИЯ:

- **Пневмонии – группа различных по этиологии, патогенезу, морфологической характеристике острых инфекционных (преимущественно бактериальных) заболеваний, характеризующихся очаговым поражением респираторных отделов легких с обязательным наличием внутриальвеолярной экссудации.**
- **Поскольку это острое инфекционное заболевание, то определение «острая» перед диагнозом «пневмония» является излишним, тем более, что диагноз «хроническая пневмония» является патогенетически не обоснованным, а соответствующий термин - устаревшим.**



***Признак пневмонии — поражение респираторных отделов легких с обязательным наличием внутриальвеолярной экссудации...***

# КЛАССИФИКАЦИЯ

## Бронхопневмония / Крупозная пневмония

- *Внебольничная (приобретенная вне лечебного учреждения) пневмония (синонимы: домашняя, амбулаторная).*
- *Нозокомиальная (приобретенная в лечебном учреждении) пневмония (синонимы: госпитальная, внутрибольничная).*
- *Аспирационная пневмония.*
- *Пневмония у лиц с тяжелыми нарушениями иммунитета (врожденный иммунодефицит, ВИЧ-инфекция, ятрогенная иммуносупрессия).*

**Классификация, учитывающая условия,  
в которых развилось заболевание.**

**Важна для эмпирического подхода к стартовой терапии.**

Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Яковлев С.В., Страчунский Л.С., Козлов Р.С., Т Рачина С.А. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. Пособие для врачей. — Москва, 2003. — 56 с.

# Классификация пневмонии

по R.G.Wunderink, G.M.Mutlu, 2006, с изменениями

Внебольничная пневмония	Нозокомиальная пневмония	Пневмония, связанная с оказанием медицинской помощи
<p>I. Типичная (у пациентов с отсутствием выраженных нарушений иммунитета):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. бактериальная;</li> <li>б. вирусная;</li> <li>в. грибковая;</li> <li>г. микобактериальная;</li> <li>д. паразитарная.</li> </ul> <p>II. У пациентов с выраженными нарушениями иммунитета:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД);</li> <li>б. прочие заболевания/патологические состояния.</li> </ul> <p>III. Аспирационная пневмония/абсцесс легкого.</p>	<p>I. Собственно нозокомиальная пневмония.</p> <p>II. Вентилятороассоциированная пневмония.</p> <p>III. Нозокомиальная пневмония у пациентов с выраженными нарушениями иммунитета:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. у реципиентов донорских органов;</li> <li>б. у пациентов, получающих цитостатическую терапию.</li> </ul>	<p>I. Пневмония у обитателей домов престарелых.</p> <p>II. Прочие категории пациентов:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. антибактериальная терапия в предшествующие 3 мес.;</li> <li>б. госпитализация (по любому поводу) в течение <math>\geq 2</math> суток в предшествующие 90 дней;</li> <li>в. пребывание в других учреждениях длительного ухода;</li> <li>г. хронический диализ в течение <math>\geq 30</math> суток;</li> <li>д. обработка раневой поверхности в домашних условиях;</li> <li>е. иммунодефицитные состояния/заболевания.</li> </ul>

Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Козлов Р.С., Тюрин И.Е., Рачина С.А. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. Пособие для врачей. — Москва, 2010. — 106 с.

# ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ

**острое заболевание, возникшее  
во внебольничных условиях –**

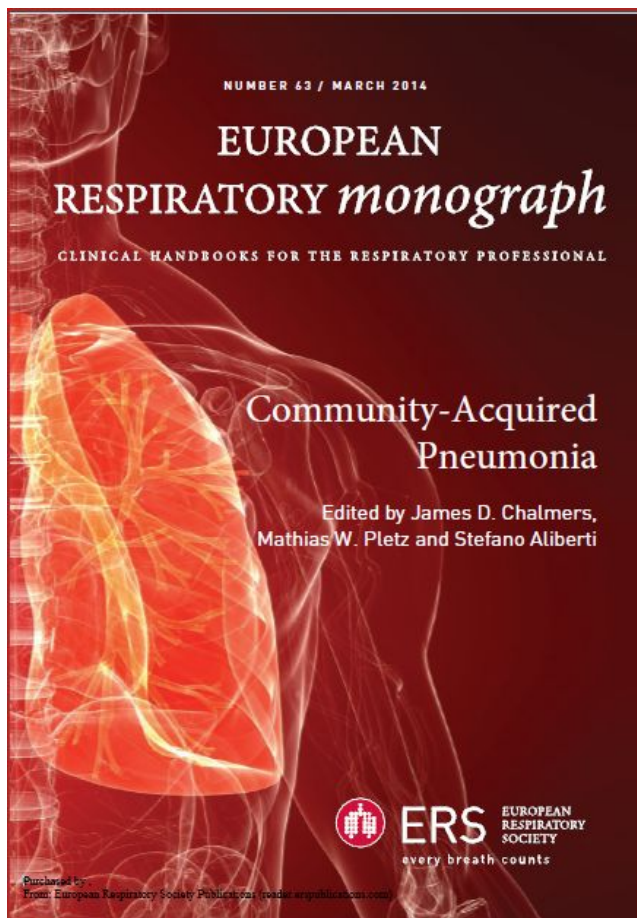
то есть вне стационара или позднее 4-х недель после выписки из него, или диагностированное в первые 48 часов от момента госпитализации, или развившееся у пациента, не находившегося в домах сестринского ухода/ отделениях длительного медицинского наблюдения 14 суток и более, — сопровождающееся симптомами 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 альтернативы.

# ЭПИДЕМИОЛОГИЯ





# ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВП В ЕВРОПЕ



**Среди взрослого населения Европы в целом заболеваемость ВП варьируется в пределах 1,07-1,20 на 1000 жителей в год и 1,54-1,7 на 1000 в популяции.**

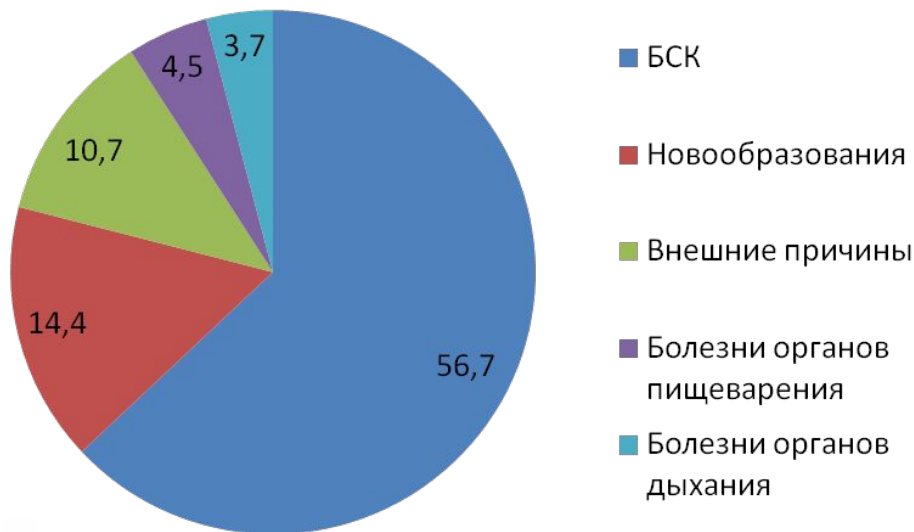
**В странах Евросоюза в амбулаторной практике ежегодно выявляют 3 370 000 случаев ВП.**

**В МКБ-10 отсутствует специальных код для внебольничной пневмонии, поэтому популяционные данные могут быть не точными.**

Singanayagam A., Chalmers J.D., Welte T. Epidemiology of CAP in Europe // Eur. Respir. Monogr. — 2014. — N 63. — P. 1-12.

# БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В СТРУКТУРЕ ПРИЧИН СМЕРТИ ЗАНИМАЮТ В РОССИИ 5-е МЕСТО

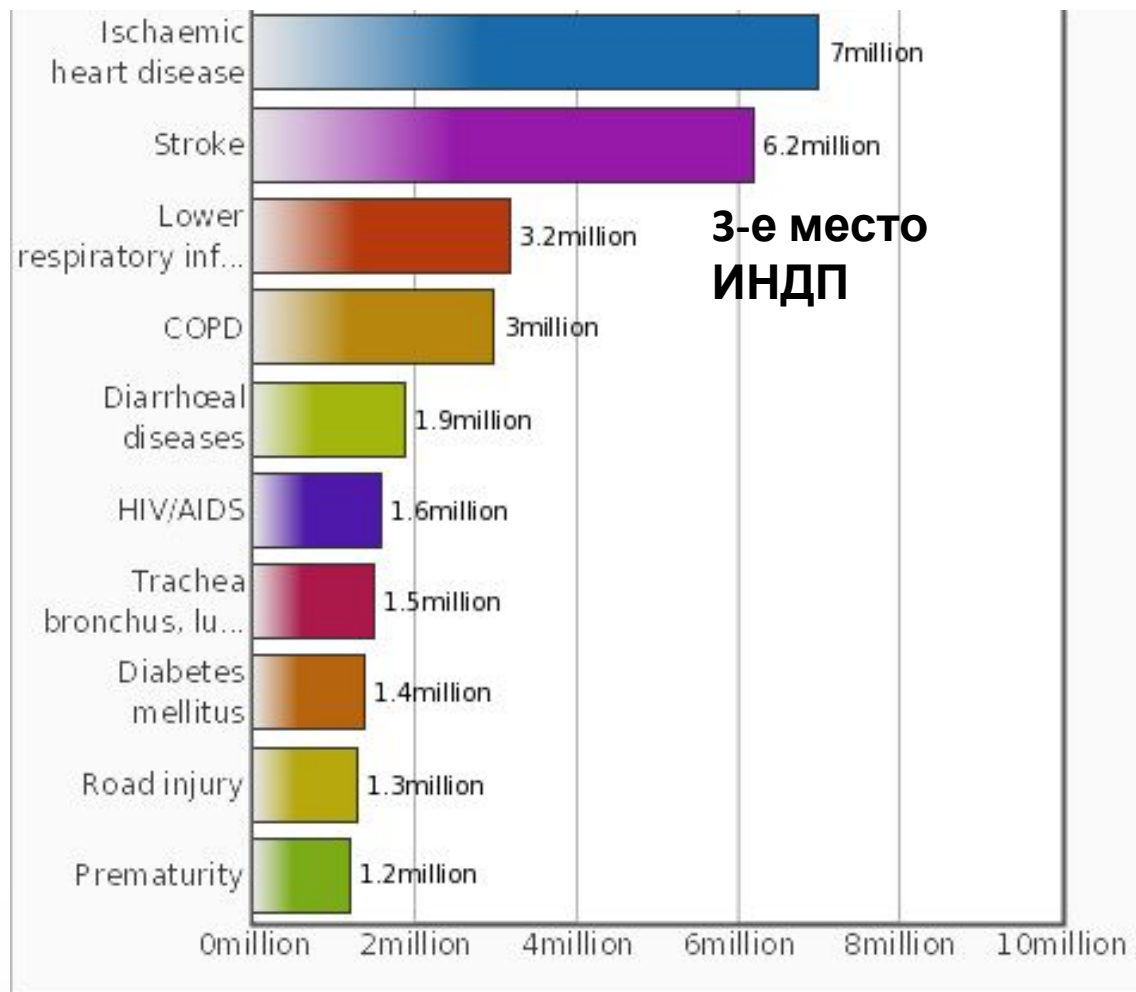
Структура причин смерти  
в Российской Федерации  
(Росстат, 2010)



на лиц, не достигших возраста 60 лет, в Российской Федерации  
приходится **39,7%** всех смертей

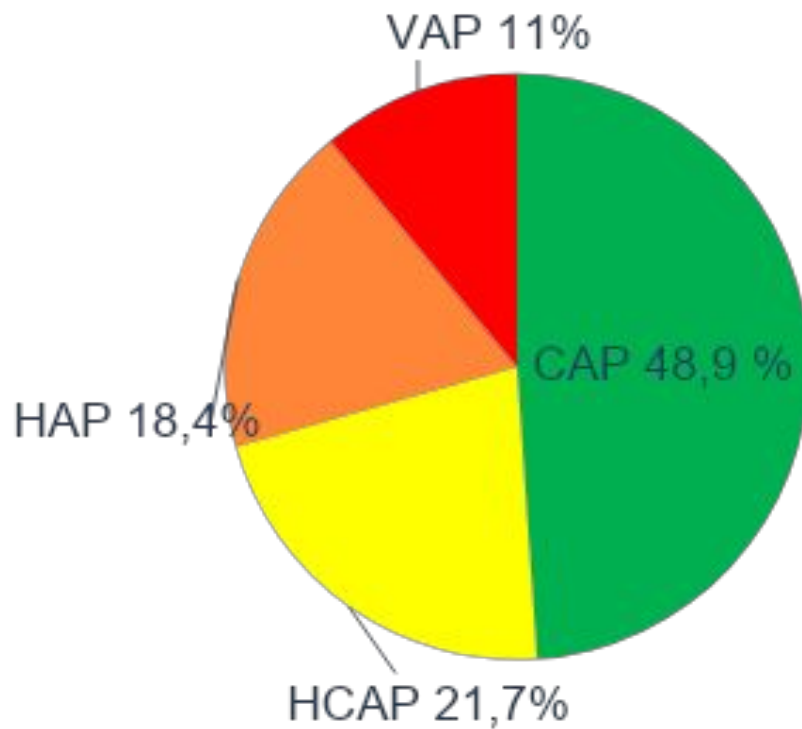
Суммарный экономический ущерб только от болезней системы  
кровообращения составляет около **1 трлн. руб.** в год

# 10 главных причин смерти в мире



<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index.html>

# Распространенность



Marin H. Kollef et al. CHEST 2005; 128:3854–3862

# **Эпидемиология пневмоний в России**

**Главный внештатный специалист терапевт-пульмонолог  
Минздрава РФ, Директор ФГБУ "НИИ пульмонологии" ФМБА**

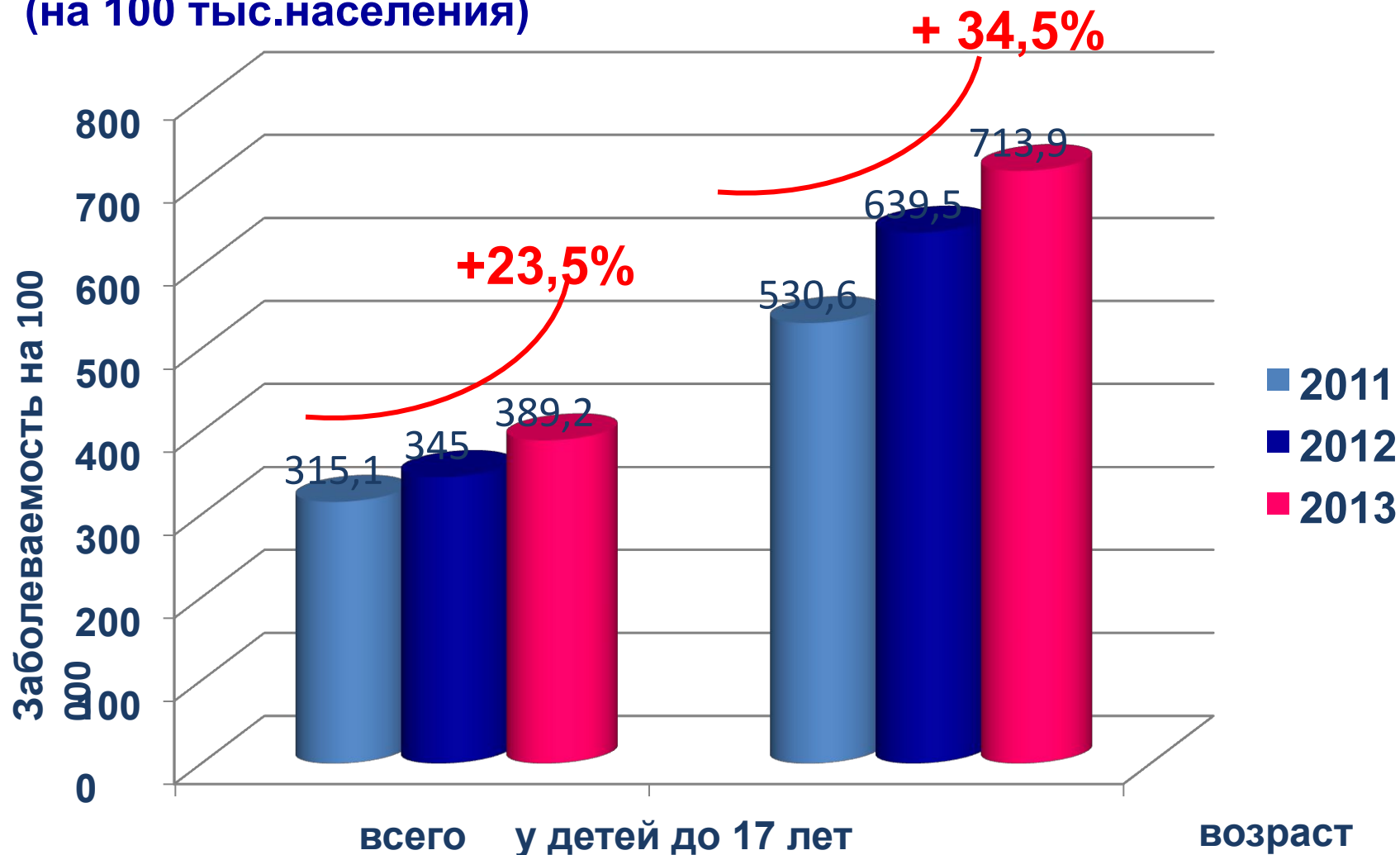
**России,**

**Председатель Правления Российского респираторного  
общества, академик РАМН, профессор, д.м.н.**

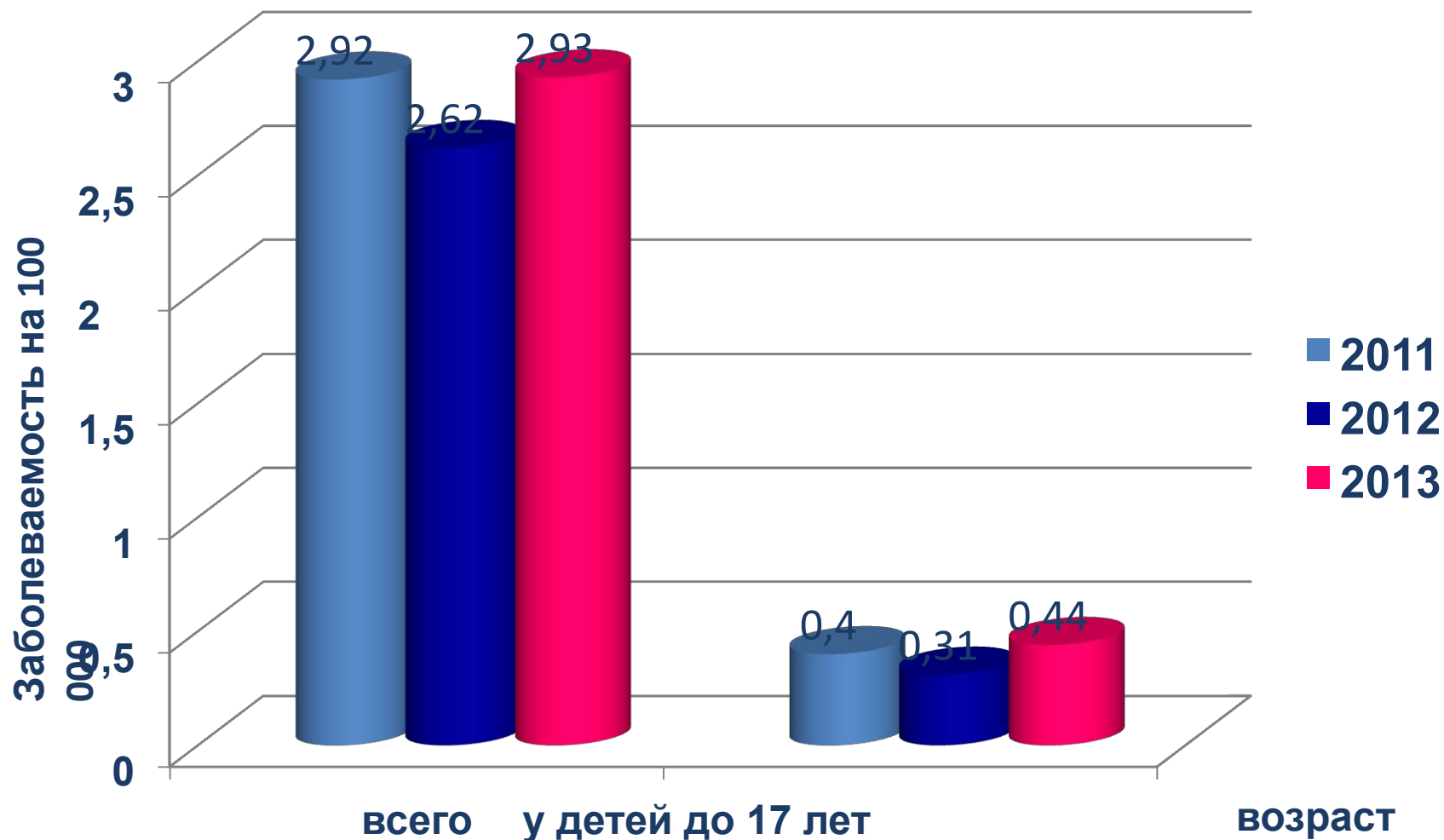
**Чучалин А.Г.**

16 октября 2014

# Заболеваемость внебольничной пневмонией в РФ (на 100 тыс. населения)

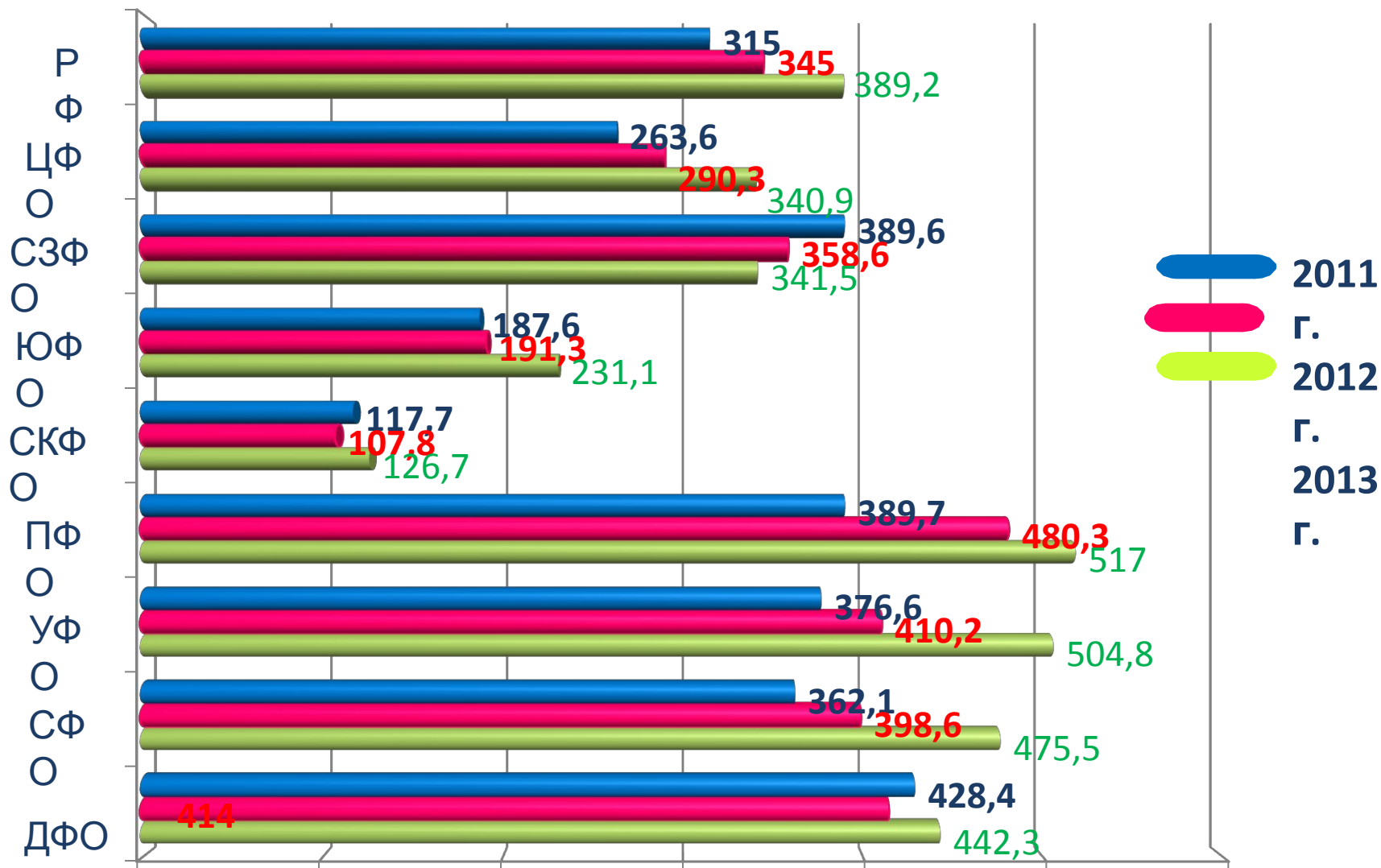


# Смертность от внебольничной пневмонии в РФ (на 100 тыс. населения)



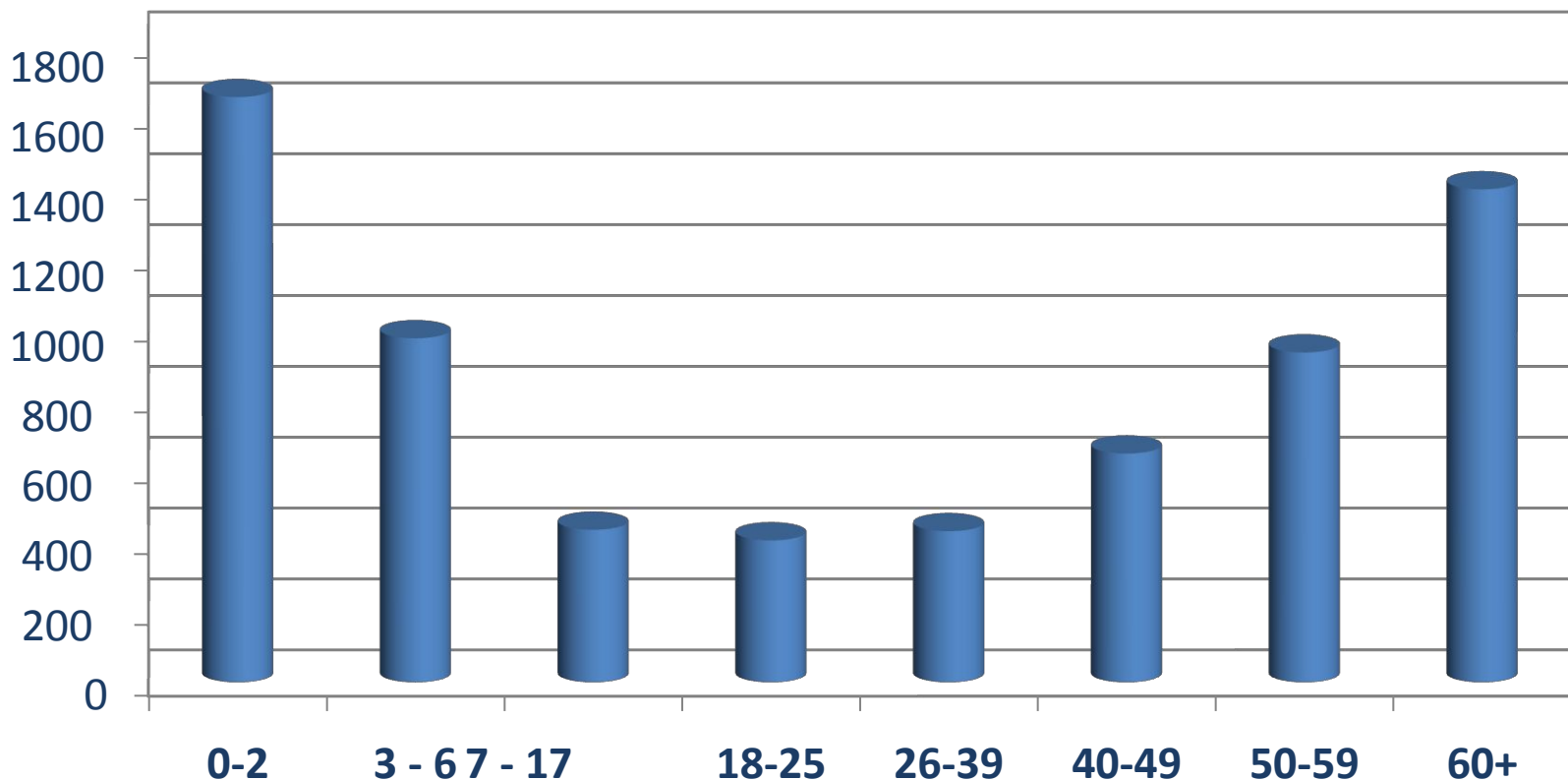
# Заболееваемость

## внебольничной пневмонией по ФО (на 100 тыс. населения)

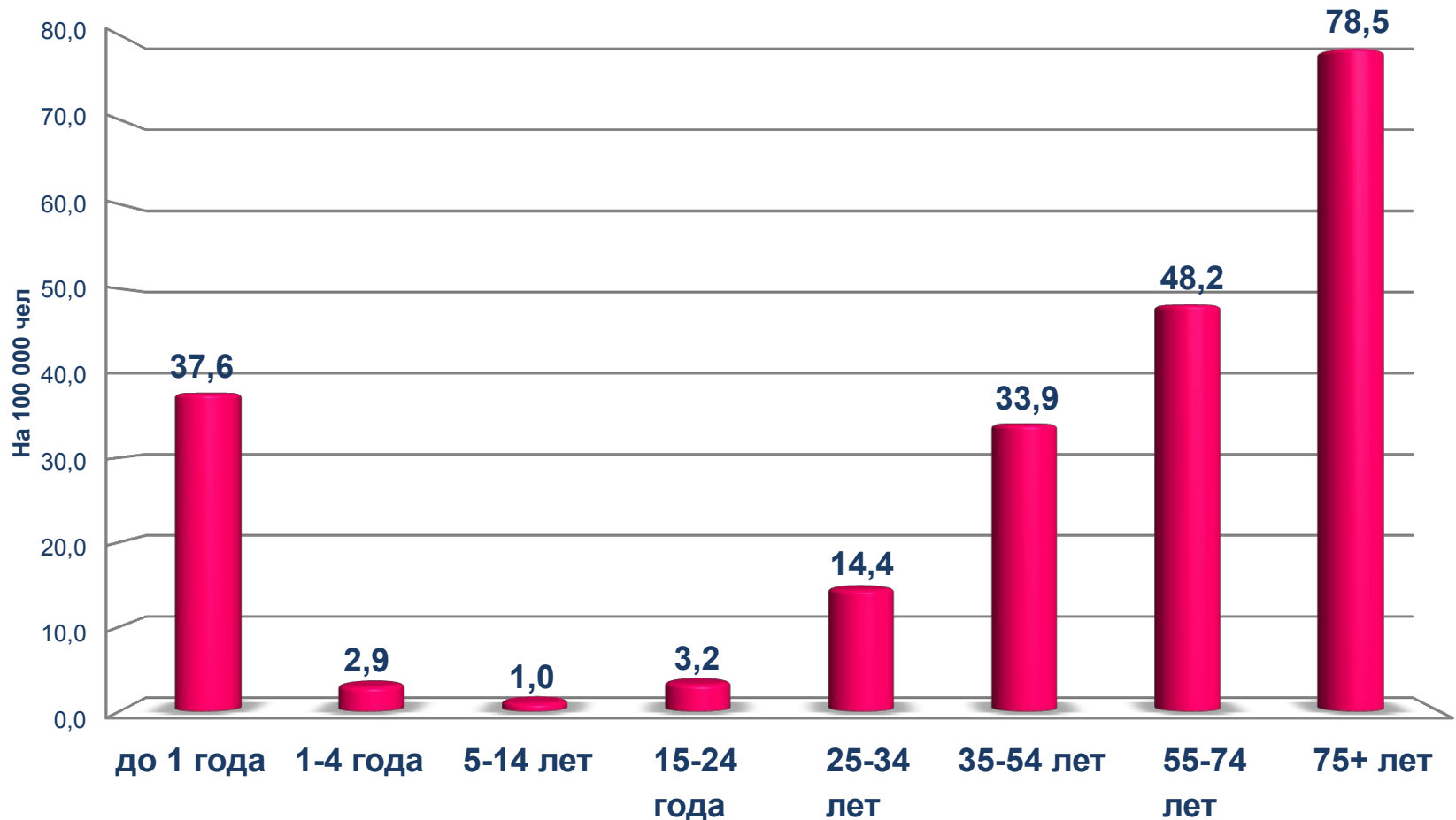




# Возрастная структура внебольничных пневмоний (ВП) (на 100 тыс.населения) (Свердловская область, 2011 г)



# Смертность от пневмонии в РФ по возрастам (данные ВОЗ , 2009 год, на 100 тыс.населения)



1. World Health Organization (WHO) Statistics. Mortality database. <http://www.who.int/healthinfo/morttables/en/>. (No. of deaths, pneumonia, both sexes, ages 1-74 years; 0101= Russian Federation, 2009. <http://apps.who.int/healthinfo/statistics/mortality/whodpms/param.php>
2. Всероссийская перепись населения 2010 г. [http://www.gks.ru/free\\_doc/new\\_site/perepis2010/croc/perepis\\_itogi1612.htm](http://www.gks.ru/free_doc/new_site/perepis2010/croc/perepis_itogi1612.htm)

# Республика Карелия

## Смертность от болезней органов дыхания 2014 год:

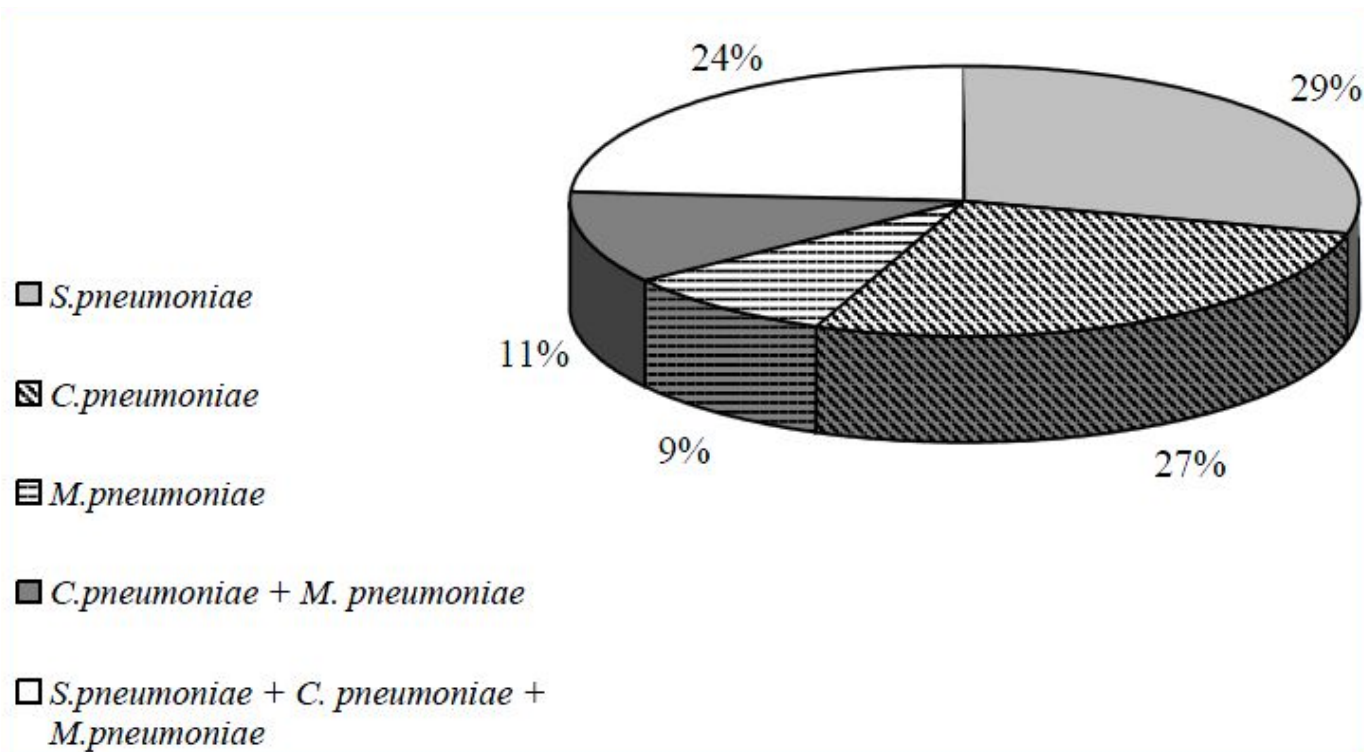
- 49,8 на 100 тыс. населения (309 человек)
- От пневмонии 34,9 на 100 тыс. населения

## Смертность от болезней органов дыхания за 8 месяцев 2015 год:

- 227 человек
- От пневмоний 163 человека (возраст 36-59 лет и старше 80)
- за первые три месяца 2015 года рост смертности от пневмоний в сравнении с аналогичным периодом
- С апреля по август снижение и стабилизация ситуации

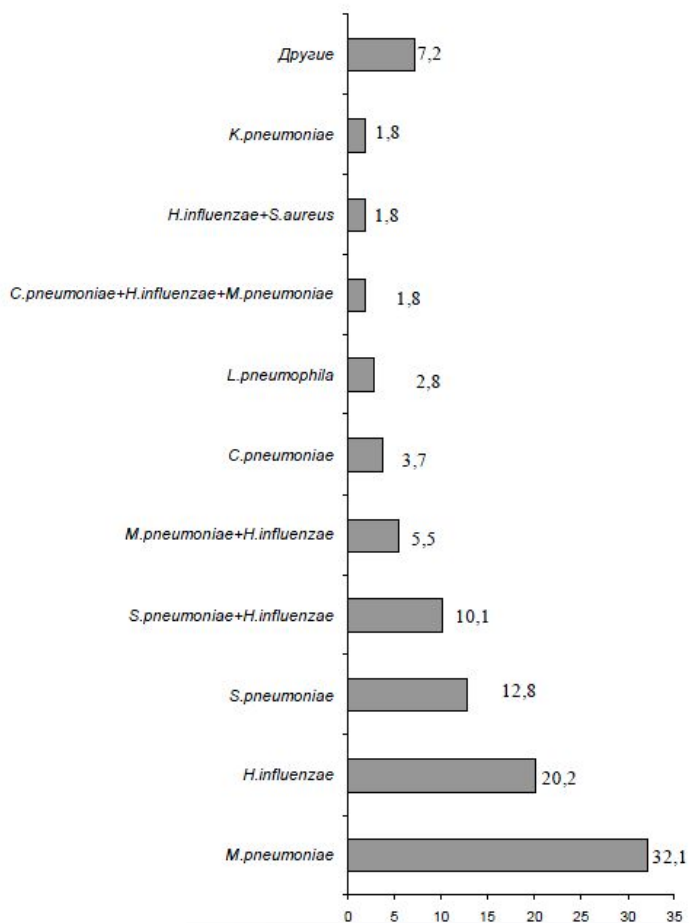
# ЭТИОЛОГИЯ И РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПАТОГЕНОВ

# ЭТИОЛОГИЯ ВП У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА (РОССИЯ)

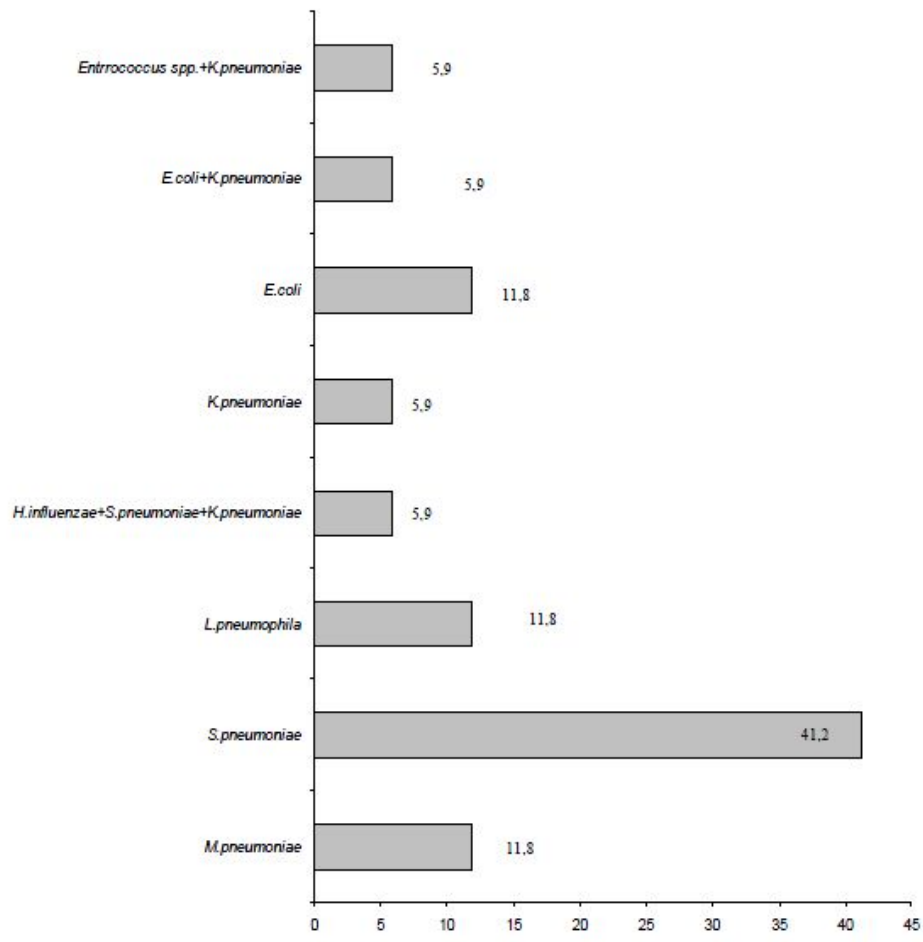


# ЭТИОЛОГИЯ ВП В СТАЦИОНАРАХ (РОССИЯ)

## Не тяжёлая ВП



## Тяжёлая ВП



С.А.Рачина и соавт., 2010

# ДИАГНОСТИКА



# КРИТЕРИИ ДИАГНОЗА ВП

- **Рентгенологически подтверждённая инфильтрация лёгочной ткани и, по крайней мере, два признака из числа следующих:**
  - **Остролихорадочного начала заболевания (более 38 Гр.С);**
  - **Кашля с мокротой;**
  - **Выслушивания локальной крепитации, укорочения перкуторного звука;**
  - **Лейкоцитоза более 10 Г/л и/или палочкоядерного сдвига более 10%.**



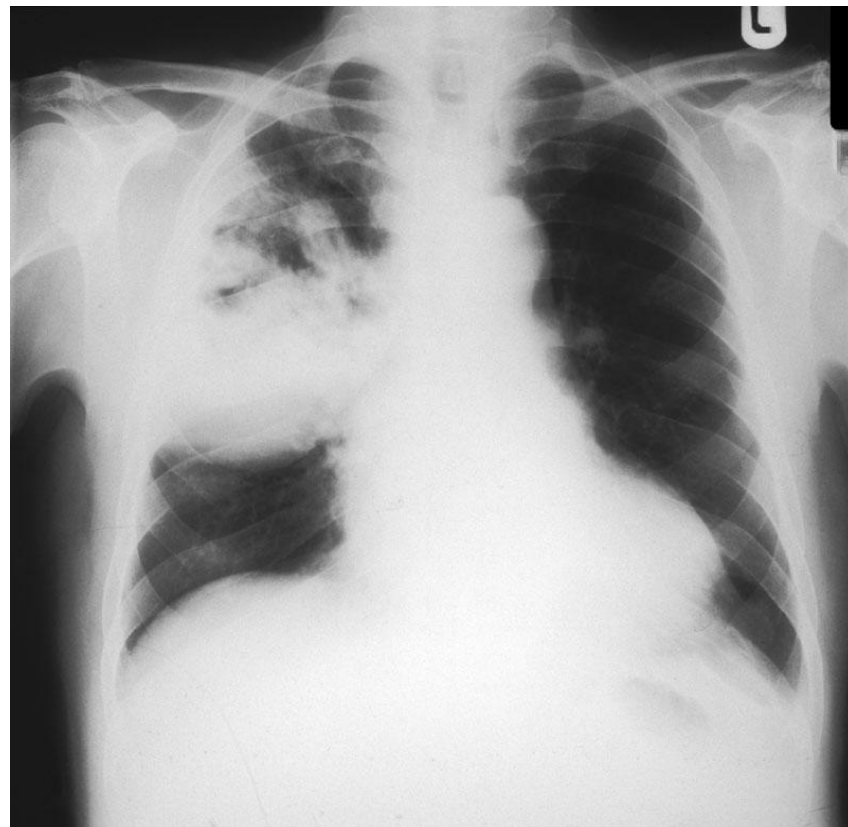
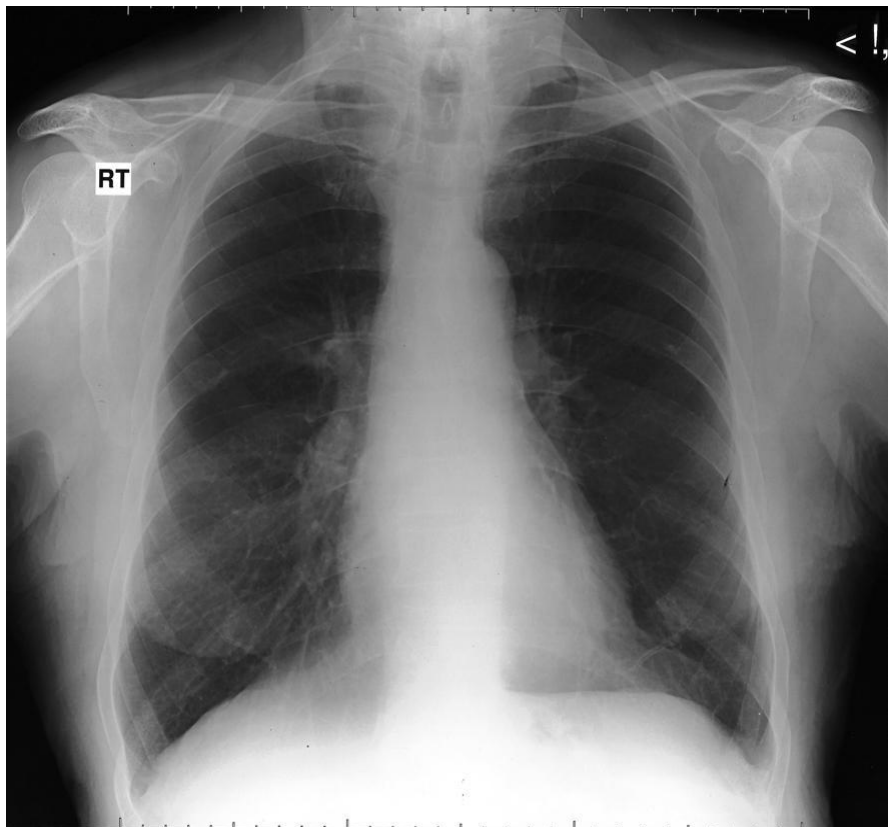
# Диагноз

- Пневмония отмечается у 10-15% больных с острым кашлем
- Риск пневмонии выше:
  - несимметричная локализация симптомов
  - одышка / тахипноэ
  - температура сохраняется >4 суток
- При низких значениях CRP и прокальцитонина диагноз маловероятен
- Окончательное заключение: рентгенография в двух проекциях

# ДИАГНОСТИКА

Рентгенография органов грудной клетки  
в двух проекциях **является обязательным методом исследования** при пневмонии, позволяет визуализировать пневмонический инфильтрат, оценить динамику процесса. Распространённость инфильтрации, наличие плевральный выпота, признаков деструкции лёгочной ткани отражают тяжесть заболевания и существенно влияют на характер лечения.

# Нет «рентген-негативной» пневмонии



НА КАКОМ ИЗ СНИМКОВ ПНЕВМОНИЯ?

Dr Mark Woodhead  
Manchester Royal Infirmary  
Manchester UK  
ERS, 2007



# ПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ РКТ<sup>вр</sup> БОЛЬНЫМ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

- а) у пациента с очевидной клинической симптоматикой пневмонии изменения в легких на рентгенограмме (флюорограмме) отсутствуют;**
- б) при рентгенологическом исследовании больного с предполагаемой пневмонией выявлены нетипичные для данного заболевания изменения (обтурационный ателектаз, инфаркт легкого на почве тромбоэмболии легочной артерии, абсцесс легкого и др.);**
- в) рецидивирующая пневмония, при которой инфильтративные изменения возникают в той же доле (сегменте), что и в предыдущем эпизоде заболевания, или затяжная пневмония, при которой длительность существования инфильтративных изменений в легочной ткани превышает 4 нед.**



[www.xray2000.co.uk](http://www.xray2000.co.uk)



# Ошибочный диагноз: что чаще всего принимают за пневмонию?

- **Опухоли**
- **Легочные кровотечения**
- **Отек легких**
- **Эозинофильные инфильтраты**
- **Инфильтраты вызванные лекарственными средствами (амиодарон)**
- **Васкулиты**
- **Бронхиолиты**
- **Туберкулёз лёгких**

Arancibia et al. AJRCCM 2000, El-Solh A et al. AJRCCM 2002  
Rosón et al. Arch Inter Med 2004, Menéndez, Torres. Thorax 2004 с дополнениями

ЛЕЧЕНИЕ ВНЕ ГОСПИТАЛЯ  
РЕКОМЕНДАЦИИ ЕВРОПЕЙСКОГО  
РЕСПИРАТОРНОГО ОБЩЕСТВА



European Respiratory  
Society

---

**ДОЛЖНЫ ЛИ ВРАЧИ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА  
НАЗНАЧИТЬ И ПРОВЕСТИ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ  
ИССЛЕДОВАНИЕ ВОЗМОЖНОЙ ПРИЧИНЫ  
ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ?**

Обычно микробиологические исследования **не  
рекомендованы** на уровне врача первичного звена  
здравоохранения.[C1 – C3]

GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF ADULT LOWER RESPIRATORY TRACT INFECTIONS, ERJ 2005, 2011

# Микробиологические тесты в условиях стационара (Российские рекомендации)

- **Микроскопия мазка, окрашенного по Граму**
- **Посев мокроты (или инвазивно полученного материала)**
- **Исследование гемокультуры (при тяжелом течение ВП)**
- **Исследование мочи на наличие антигенов**
- **ПЦР-диагностика**

Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Козлов Р.С., Тюрин И.Е., Рачина С.А. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. Пособие для врачей. — Москва, 2010. — 106 с.



# ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ И ПРОГНОЗ

# Внебольничная пневмония: оценка исхода (PORT Study)

<u>Возраст</u>	баллы
• мужчины	годы
• женщины	годы -10
<u>Сопутствующие заболевания</u>	
• Злокачественное новообразование	+30
• Заболевания печени	+20
• ЗСН	+10
• Цереброваскулярная недостаточность	+10
• Заболевания почек	+10

# Внебольничная пневмония: оценка исхода (PORT Study)

Актуальный статус	баллы
• Нарушение сознания	+20
• ЧД $\geq 30$ / мин	+20
• АД сист. $< 90$ мм рт.ст.	+20
• Т $< 35^{\circ}\text{C}$ или $\geq 40^{\circ}\text{C}$	+15
• ЧСС $\geq 125$ / мин	+10
Лабораторные данные	
• pH $< 7.35$	+30
• Азот мочевины $> 10,7$ ммоль/л	+20
• $\text{Na}^+ < 130$ мэкв/л	+20
• Глюкоза $> 13,9$ ммоль/л	+10
• Hct $< 30\%$	+10
• $\text{pO}_2 < 60$ мм рт. ст. ( $\text{SaO}_2 < 90\%$ )	+10
• Плевральный выпот	+10

# Внебольничная пневмония: классы риска (PORT Study)

Класс	Баллы	Летальность (%)	Лечение
I	-	0,1	Амбулаторное
II	$\leq 70$	0,6	Амбулаторное
III	71-90	2,8	Стационарное (непродолжительное)
IV	91-130	8,2	Стационарное
V	$> 130$	29,2	Стационарное

# Факторы летальных исходов

- **Существенно влияющими на летальность переменными были застойная сердечная недостаточность, цереброваскулярные заболевания, повышенный уровень азота мочевины крови, антибактериальная терапия и наличие предшествующей вакцинации (от гриппа, пневмококковая).**

# ЛЕЧЕНИЕ



# Внебольничная vs нозокомиальная пневмония

	<b>Внебольничная</b>	<b>Нозокомиальная</b>
<b>Возбудители</b>	<b>небольшой и предсказуемый круг возбудителей</b>	<b>широкий и непредсказуемый круг возбудителей</b>
<b>Уровень резистентности</b>	<b>невысокий и стабильный</b>	<b>высокий и непредсказуемый</b>
<b>Уровень летальности</b>	<b>3-10%</b>	<b>30-50%</b>
<b>Создание рекомендаций по терапии</b>	<b>возможно, рекомендации эффективны</b>	<b>создать детальные рекомендации невозможно</b>

<http://www.pulmonology.ru>



## Рекомендации Российского респираторного общества и МАКМАХ 2010 года

Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Козлов Р.С., Тюрин И.Е., Рачина С.А. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. Пособие для врачей. — Москва, 2010. — 106 с.



# ЭМПИРИЧЕСКАЯ АБТ ВП у ВЗРОСЛЫХ\*

Клинический «сценарий»	Антибиотики выбора
<b>Лечение в амбулаторных условиях</b>	
Больные без сопутствующих заболеваний, не принимавшие последние 3 мес. АМП	Амоксициллин или Макролид* (внутри)
Больные с сопутствующими заболеваниями или принимавшие последние 3 мес. АМП	Амоксициллин/клавуланат± макролид или Новый фторхинолон** (внутри)

\* - азитромицин, кларитромицин и др.

Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Козлов Р.С., Тюрин И.Е., Рачина С.А. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. Пособие для врачей. — Москва, 2010. — 106 с.

# ЭМПИРИЧЕСКАЯ АБТ ВП у ВЗРОСЛЫХ\*

Клинический «сценарий»	Антибиотики выбора
Лечение в условиях стационара	
Отделение общего профиля	<b>β-Лактам + макролид (в/в*)</b> или <b>Новый фторхинолон** (в/в*)</b>
Отделение интенсивной терапии	β-Лактам + макролид (в/в) или Новый фторхинолон** + цефалоспориин III***

\*- Предпочтительная ступенчатая терапия. При стабильном состоянии пациента допускается сразу назначением антибиотиков внутрь

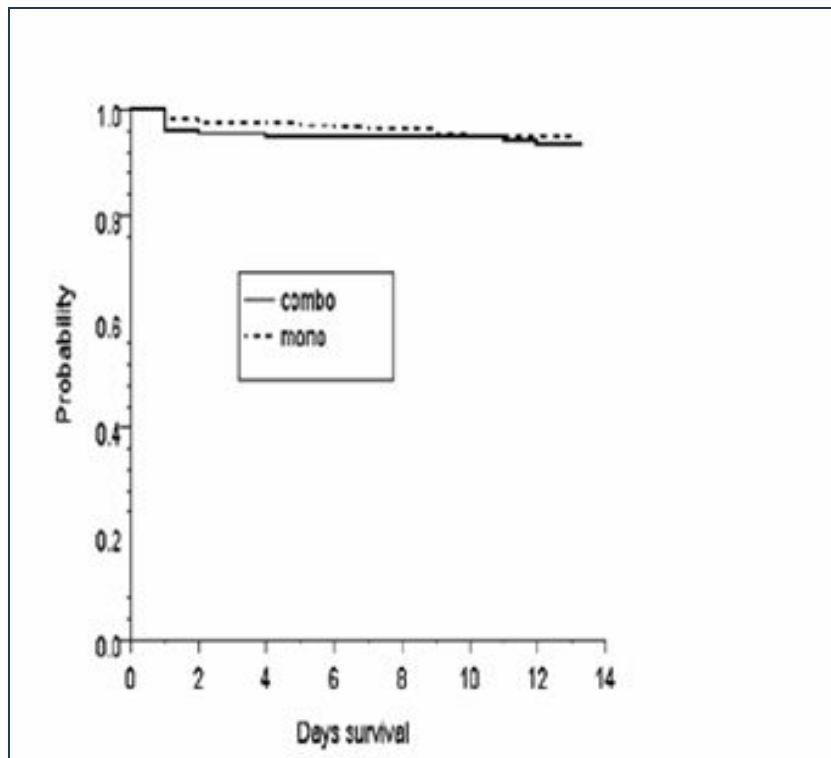
\*\* - левофлоксацин, моксифлоксацин

Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Козлов Р.С., Тюрин И.Е., Рачина С.А. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. Пособие для врачей. — Москва, 2010. — 106 с.

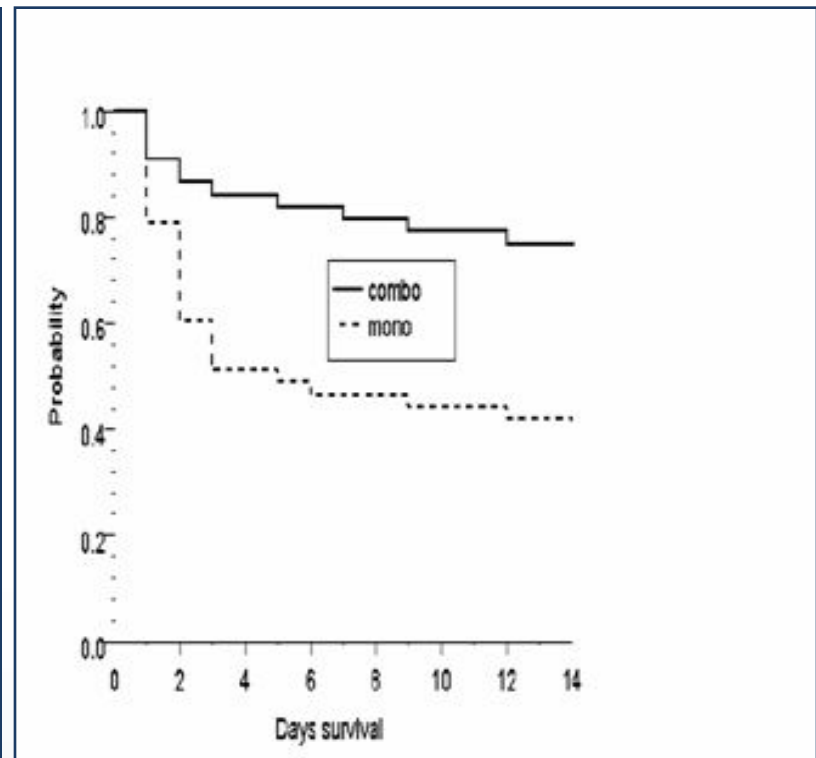
# График выживаемости Каплана-Мейера при пневмококковой бактериемии

**2 или 1 антибиотик ?**

Нет критического  
состояния



Критическое  
состояние



***Старт – 4 часа от постановки диагноза пневмония!***

**«Если мы должны назначить антибиотик,  
то мы очевидно должны назначить оптимальный  
антибиотик.»**

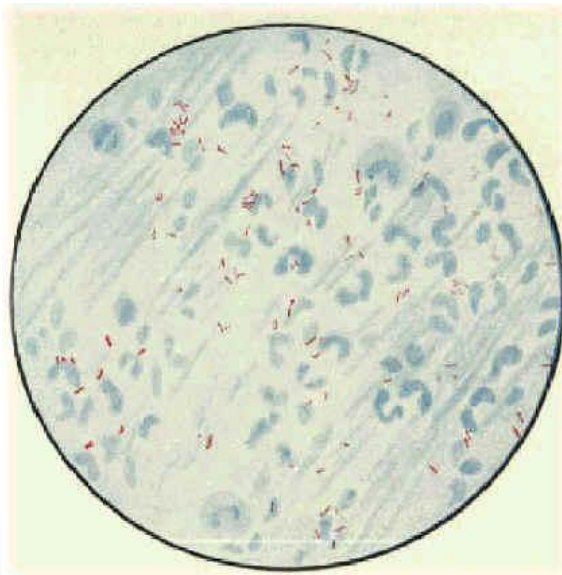
Ball, 2001

[www.legkie.org](http://www.legkie.org)

A decorative graphic at the bottom of the slide showing a dynamic splash of blue water with several bubbles, set against a dark blue background.

**ЕСЛИ ВРАЧ НЕ УВЕРЕН В ДИАГНОЗЕ ПНЕВМОНИЯ, ЕСЛИ  
НЕ ИСКЛЮЧАЕТ ТУБЕРКУЛЕЗ,  
ТО НЕЛЬЗЯ ПРИМЕНЯТЬ**

**РИФАМИЦИНЫ, КАНАМИЦИН, АМИКАЦИН,  
СТРЕПТОМИЦИН, ФТОРХИНОЛОНЫ...**



ЕСЛИ ВРАЧ НЕ УВЕРЕН В ДИАГНОЗЕ ПНЕВМОНИЯ,  
ЕСЛИ НЕ ИСКЛЮЧАЕТ ТУБЕРКУЛЕЗ,  
ТО **МОЖНО** ПРИМЕНЯТЬ

**БЕТА-ЛАКТАМЫ, МАКРОЛИДЫ И ИХ СОЧЕТАНИЯ...**

# ОСОБЕННОСТИ ПНЕВМОНИИ ПРИ ПАНДЕМИЧЕСКОМ ГРИППЕ

# ПЕРВЫЙ ТИП ПНЕВМОНИИ

## Гриппозная (первичная) пневмония

**Пневмония первых двух дней заболевания.**

**Этиология вирусная А(Н1N1)**

**Неэффективность антибактериальной  
терапии**



# ВТОРОЙ ТИП ПНЕВМОНИИ

## Гриппозная (вторичная) пневмония

Пневмония конца 1-й и начала 2-й  
недели от начала заболевания –  
вирусно – бактериальной  
ЭТИОЛОГИИ  
(*Str. pneumoniae* и др. возбудители)

# **ТРЕТИЙ ТИП ПНЕВМОНИИ**

## **Гриппозная (постгриппозная) пневмония**

**Пневмония после 14 дня от начала  
заболевания**  
**(нозокомиальная, в том числе ВАП)**

---

**Возбудители – госпитальная, в том числе -  
грамотрицательная флора**

# «Инструменты» оптимизации исходов ВП

- **Время до определения  $SaO_2$  (пульсоксиметрия) < 3 ч**
- **Доступность рентгенографии по cito круглосуточно**
- **Время до взятия образца артериальной крови ( $PaO_2$ ) < 3 ч**
- **Взятие образцов крови для бактериологического исследования (до введения первой дозы антибиотика)**
- **Время до введения первой дозы антибиотика (ов) – 4-8 ч**
- **Антимикробная терапия в соответствии с существующими рекомендациями и вариантом тяжёлой ВП**
- **Использование доступных шкал оценки прогноза для всех госпитализированных больных ВП**
- **Оценка распространенности вакцинопрофилактики среди пациентов групп риска**

# Пути оптимизации исходов тяжелой ВП

- Применять только рекомендованные для ВП антибиотики
- Оперативная доступность антибиотиков в ЛПО
- Не применять препараты, которые пациент принимал ранее 3-6 месяцев

# **Пневмония, связанная с услугами здравоохранения (связанная с контактом с здравоохранением).**

**Под этим термином понимают пневмонию у лиц, недавно выписанных из стационара, находящихся в домах для престарелых или учреждениях длительного ухода объекта, у получавших инфузионную терапию на дому, у находящихся на хроническом диализе или получающих лечение ран на дому.**

**У этих больных выше риск инфекций, вызванных резистентными к антибиотикам возбудителями и, следовательно, выше риск неблагоприятного исхода (препараты резерва – линезолид и др.).**

# ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

- При нетяжёлой ВП – 7-10 дней
- При тяжёлой ВП не менее 14 дней
- При микоплазменной, легионеллёзной или хламидийной ВП 14 дней
- Критерий отмены стойкая нормализация температуры тела в течение 3-4 дней

Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Козлов Р.С., Тюрин И.Е., Рачина С.А. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. Пособие для врачей. — Москва, 2010. — 106 с.

# Успех в терапии внебольничной пневмонии

- Правильный прогноз
- Ранее начало АБ
- Выбор АБ в соответствии с национальными рекомендациями
- Не следует использовать дженерики, у которых не была доказана терапевтическая эквивалентность с оригинальными препаратами

# ВРЕМЯ ВВЕДЕНИЯ ПЕРВОЙ ДОЗЫ АНТИБИОТИКА

- Эксперты IDSA/ATS считают нецелесообразным указывать конкретное «временное окно» как четкий ориентир начала антибактериальной терапии.
- Вместе с тем, эксперты рекомендуют начинать лечение как можно раньше после установления диагноза пневмонии



# ЛЕЧЕНИЕ В СТАЦИОНАРЕ ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ



European Respiratory  
Society

## КОГДА СЛЕДУЕТ ВВОДИТЬ ВНУТРИВЕННО И КОГДА ПЕРЕХОДИТЬ НА ПРИЕМ ВНУТРЬ?

При не тяжёлой пневмонии лечение можно проводить оральными формами с самого начала. [A3]

У больных со средне-тяжёлой пневмонией ступенчатая терапия пригодна для всех больных, кроме наиболее тяжёлых. Оптимальное время перехода с вв на оральную форму неизвестно; разумно это сделать тогда, когда разрешаться наиболее выраженные проявления болезни, имевшие место при поступлении.[A3]

# ЛЕЧЕНИЕ В СТАЦИОНАРЕ ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ



European Respiratory  
Society

## КАКАЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ?

**Низкомолекулярный гепарин показан больным с острой дыхательной недостаточностью. [A3].**

**Применение неинвазивной вентиляции пока не имеет стандартов, но может быть применено прежде всего при сопутствующей тяжёлой ХОБЛ [B3].**

**Лечение тяжёлого сепсиса и септического шока ограничено поддерживающими мероприятиями [A3].**

# Проблемы в Республике Карелия

- Поздняя обращаемость пациентов за медицинской помощью и как следствие высокий процент терапевтической неудачи проводимой антимикробной терапии (позднее начало)
- Низкий уровень охвата вакцинопрофилактикой пневмококковой инфекции у декретированных групп
- Не всегда проводится рентгенография органов грудной клетки в 2-проекциях для рентгенологического подтверждения диагноза пневмонии
- Увеличение числа пациентов с иммуносупрессией (прием ГКС, ВИЧ, алкоголизм и т.д)

# Проблемы в Республике Карелия

- Недооценка тяжести пневмонии: не всегда проводится пульсоксиметрия у больных с ДН, редкое использование в амбулаторных условиях шкал оценки тяжести пневмонии
- Несвоевременная госпитализация в стационар больных с тяжелым течением пневмонии
- Нерациональная антимикробная терапия на амбулаторном и стационарном этапах (согласно существующим национальным рекомендациям по ведению пациентов с пневмонией)
- 
- Статистическое кодирование пневмоний в качестве посмертного диагноза без проведения патологоанатомического подтверждения диагноза

# Новые клинические рекомендации РРО.

## КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ВЗРОСЛЫХ

А.Г.Чучалин, А.И.Синопальников, Р.С.Козлов  
и соавт., 2014 год

[www.pulmonology.ru](http://www.pulmonology.ru)

[www.antibiotic.ru](http://www.antibiotic.ru)

# **МЕРОПРИЯТИЯ ПО СНИЖЕНИЮ СМЕРТНОСТИ ОТ ПНЕВМОНИЙ**

## **(Республика Карелия)**

- **Проведение вакцинации антигриппозной и антипневмококковой вакцинами по эпидемическим показаниям в группах высокого риска заболевания ОРВИ (ХОБЛ, ССЗ, СД)**
- **Обязательный диспансерный учет всех пациентов, перенесших пневмонию (сроки диспансеризации через 1, 3, 6 месяцев и через год)**
- **Все случаи смерти от пневмонии в ЛПУ рассматриваются в обязательном порядке и анализируются на КИЛИ**
- **Повышение квалификации врачей терапевтов всех звеньев терапевтической службы по вопросам диагностики, лечения и профилактики пневмоний на основании Федеральных клинических рекомендаций**
- **Наличие во всех стационарах необходимых антимикробных препаратов соответствующего качества**
- **Выступления в средствах массовой информации по вопросам легочного здоровья**