Национальный
Легочный
Фонд

ПНЕВМОНИЯ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И КЛАССИФИКАЦИЯ

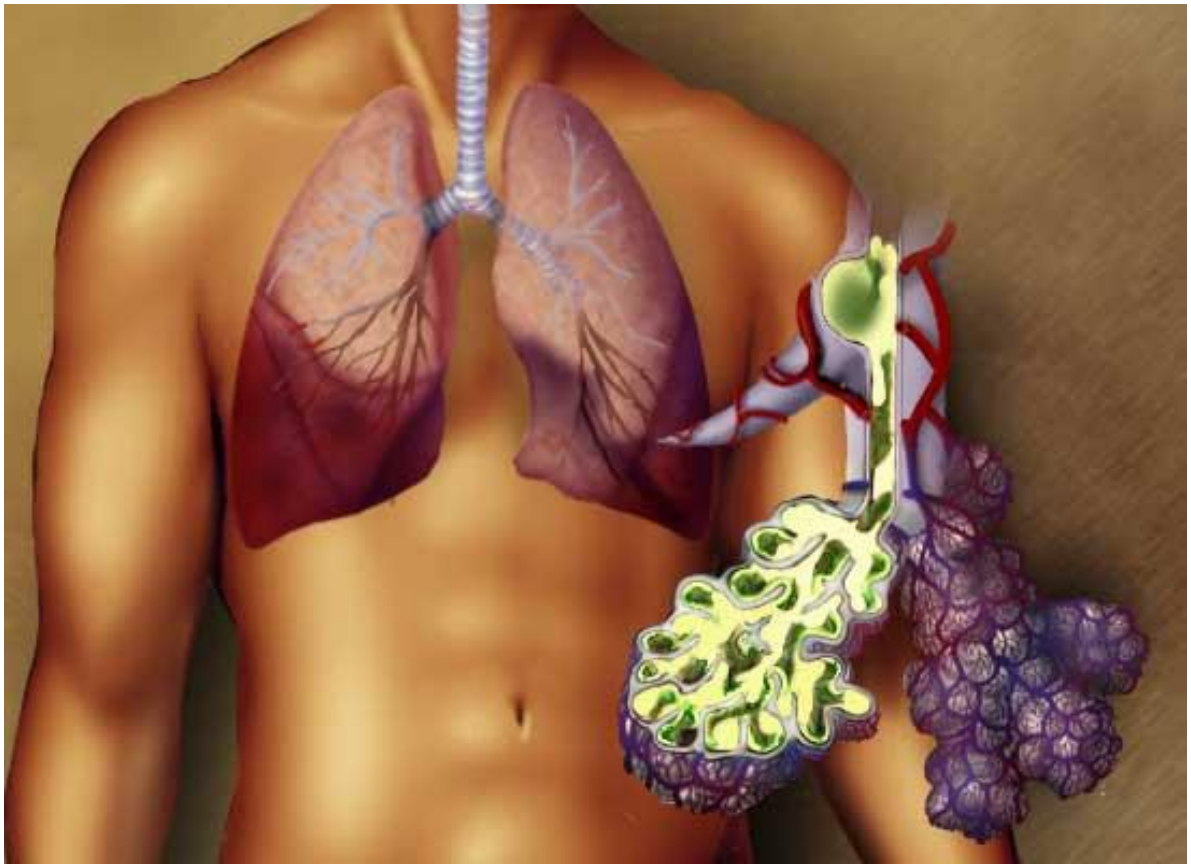
ОПРЕДЕЛЕНИЕ

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.**

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.



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
I. Типичная (у пациентов с отсутствием выраженных нарушений иммунитета): а. бактериальная; б. вирусная; в. грибковая; г. микобактериальная; д. паразитарная. II. У пациентов с выражен-ными нарушениями имму-нитета: а. синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД); б. прочие заболевания/патологические состояния. III. Аспирационная пневмония/абсцесс легкого.	I. Собственно нозокомиальная пневмония. II. Вентиляторо-ассоциированная пневмония. III. Нозокомиальная пневмония у пациентов с выраженными нарушениями иммунитета: а. у реципиентов донорских органов; б. у пациентов, получающих цитостатическую терапию.	I. Пневмония у обитателей домов престарелых. II. Прочие категории пациентов: а. антибактериальная терапия в предшествующие 3 мес.; б. госпитализация (по любому поводу) в течение ≥ 2 суток в предшествующие 90 дней; в. пребывание в других учреждениях длительного ухода; г. хронический диализ в течение ≥ 30 суток; д. обработка раневой поверхности в домашних условиях; е. иммунодефицитные состояния/заболевания.

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.

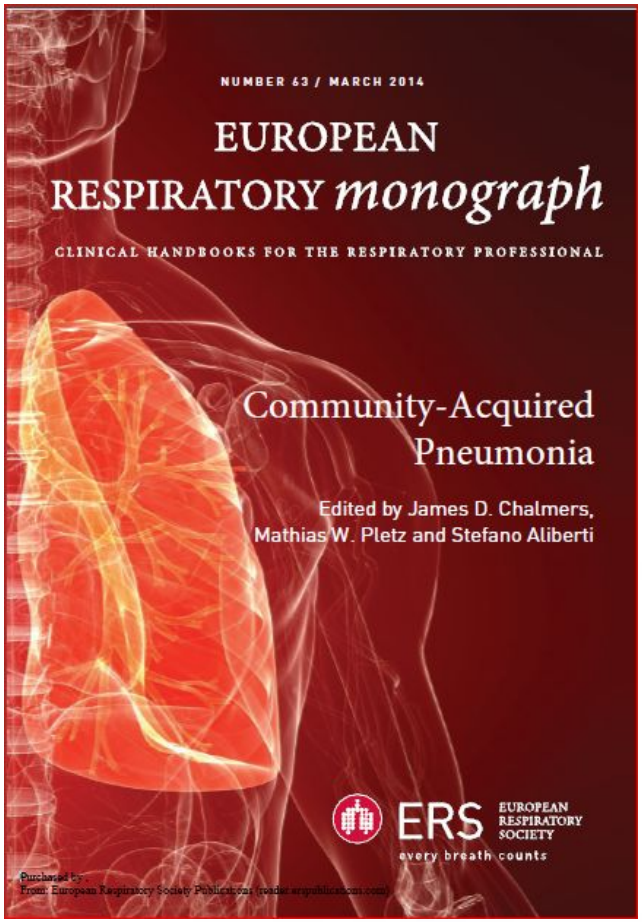
ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ

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.

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.

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.

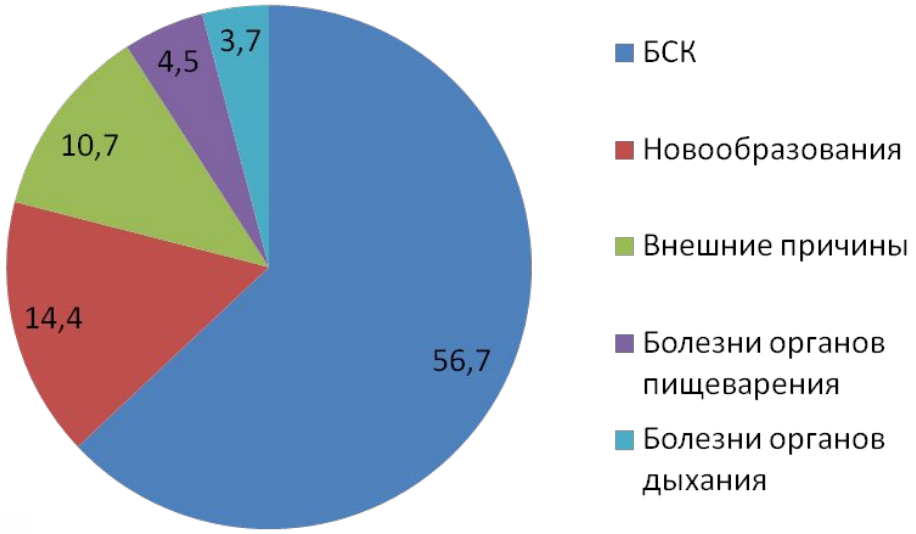
В странах Евросоюза в амбулаторной практике ежегодно выявляют 3 370 000 случаев ВП.

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)

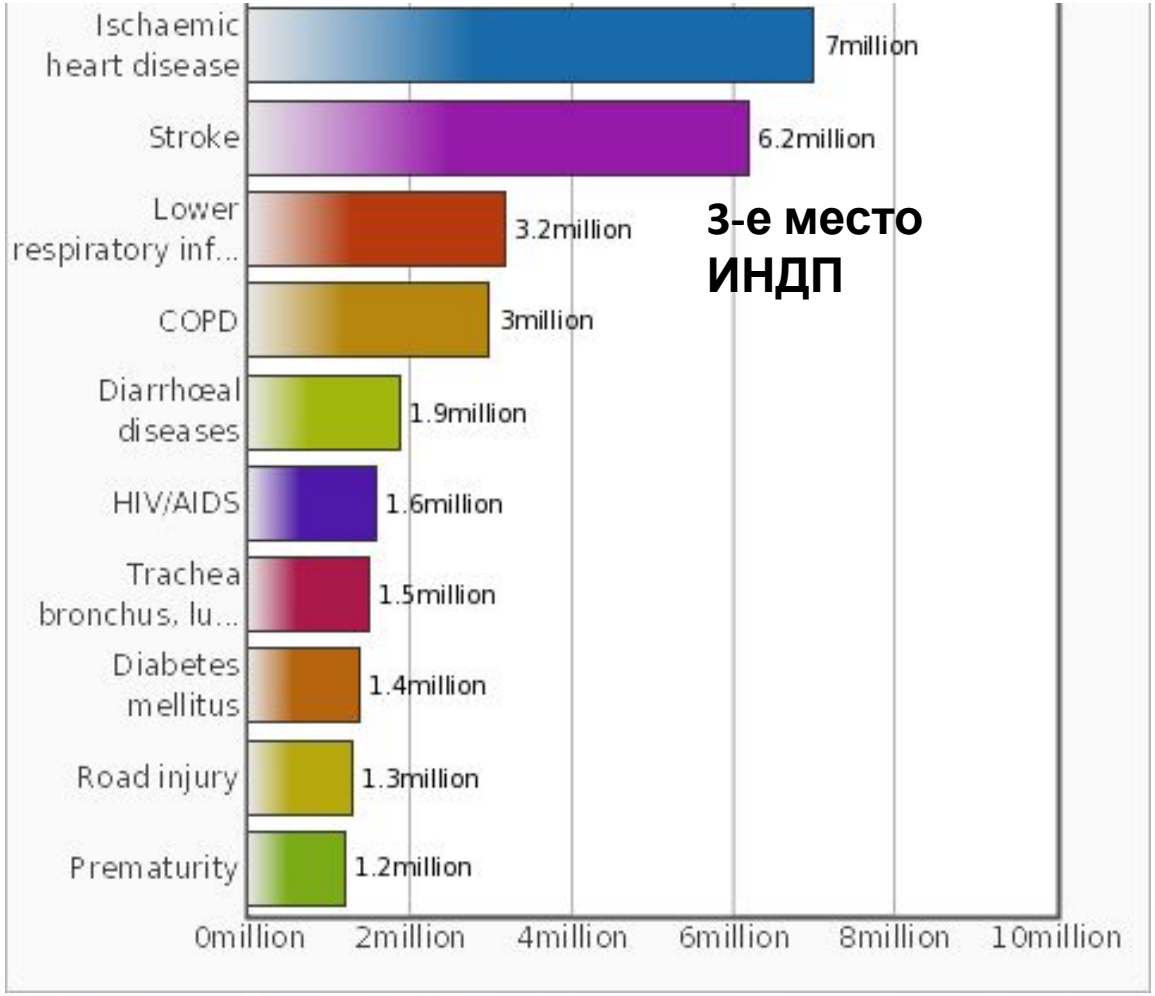


на лиц, не достигших возраста 60 лет, в Российской Федерации приходится 39,7% всех смертей

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

Коллегия Минздрава России 28 сентября 2012 года

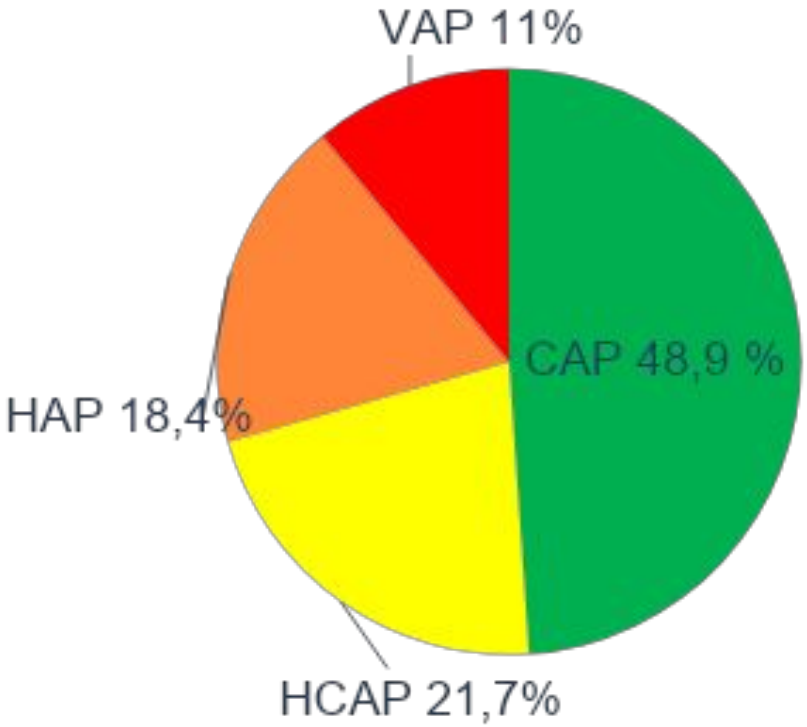
10 главных причин смерти в мире



3-е место ИНДП

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

Распространенность



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

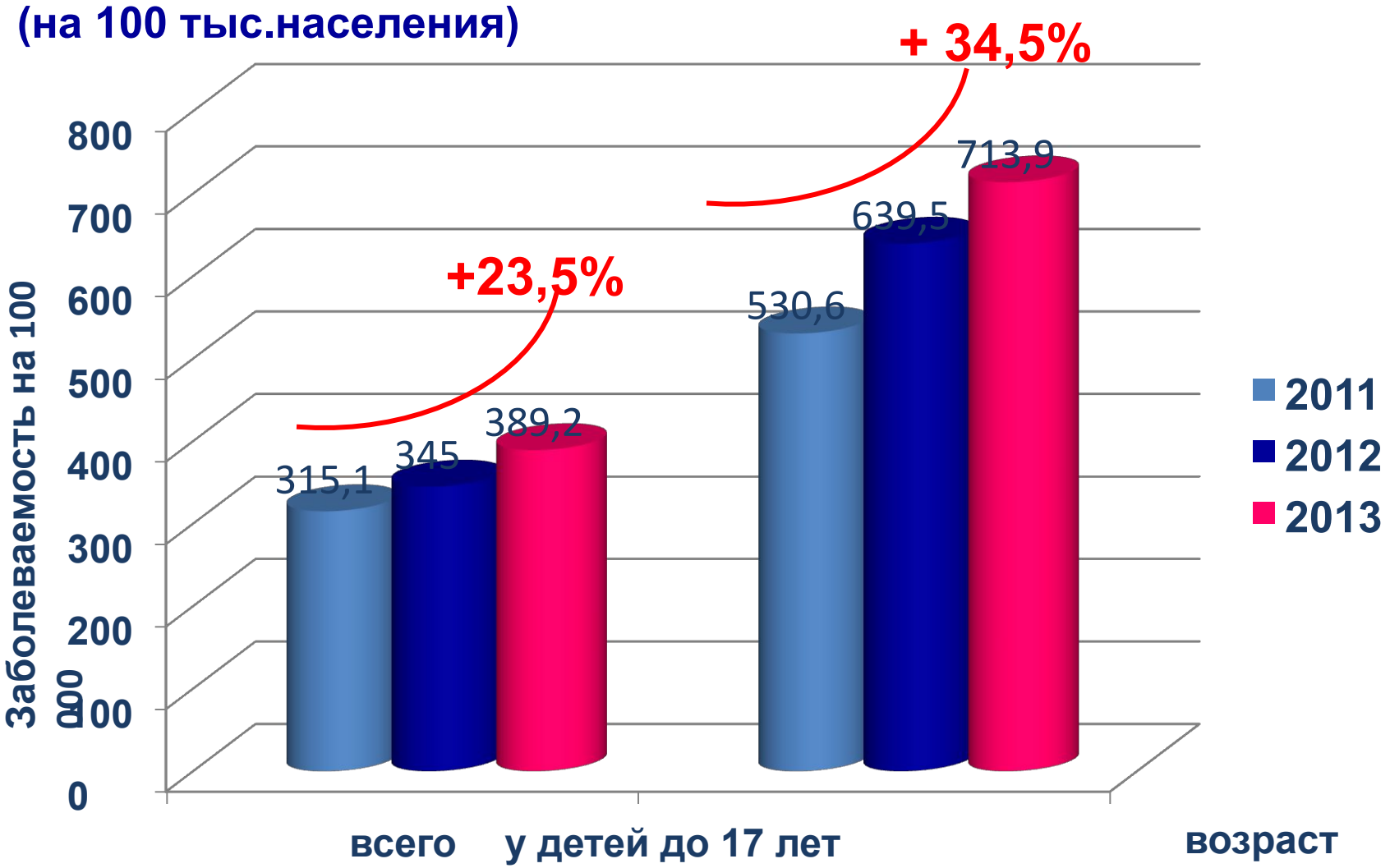
Эпидемиология пневмоний в России

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

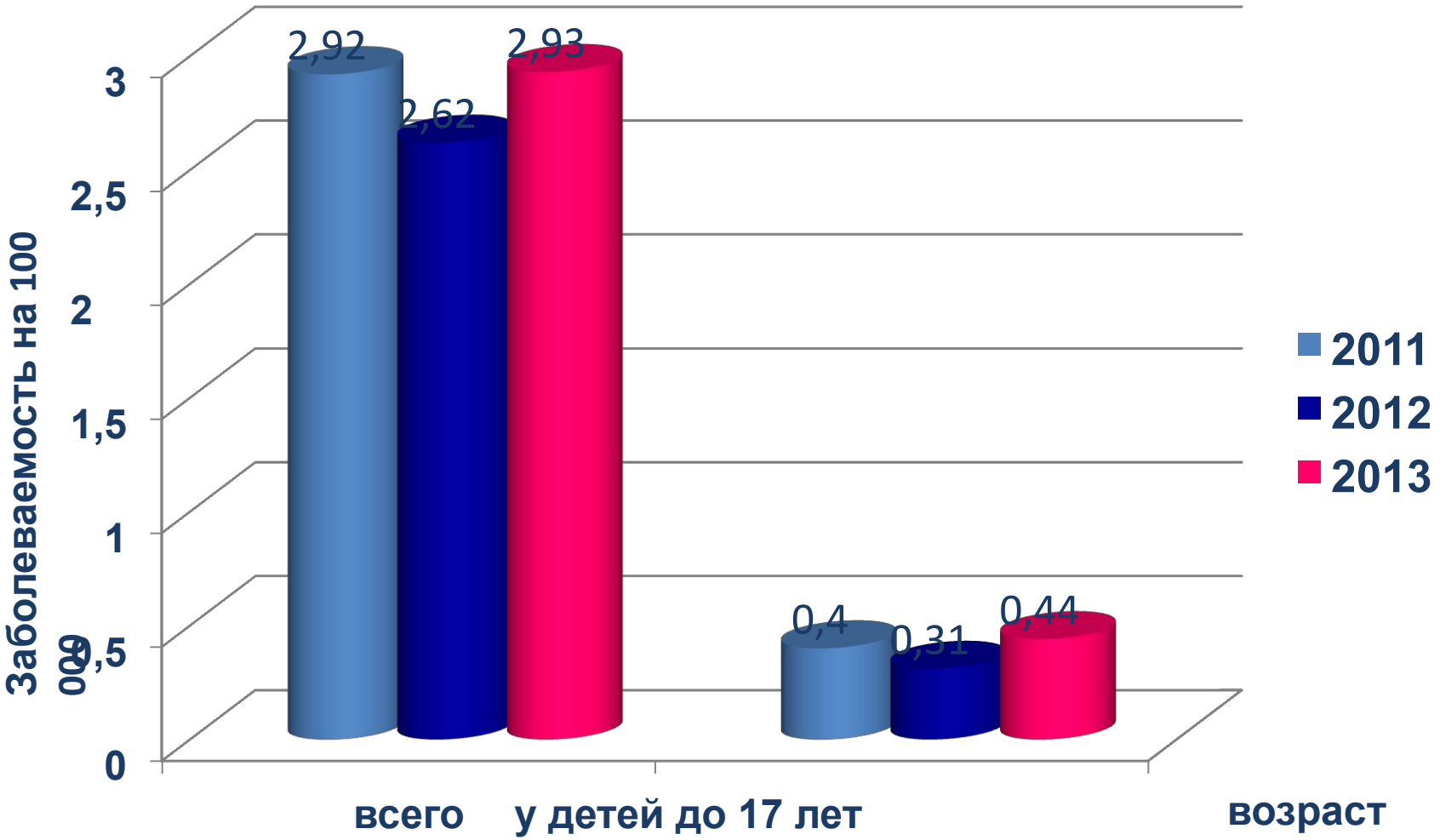
Заболеваемость внебольничной пневмонией в РФ



Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека
Федеральный центр гигиены и эпидемиологии «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях» (Форма 2) 2011-2013

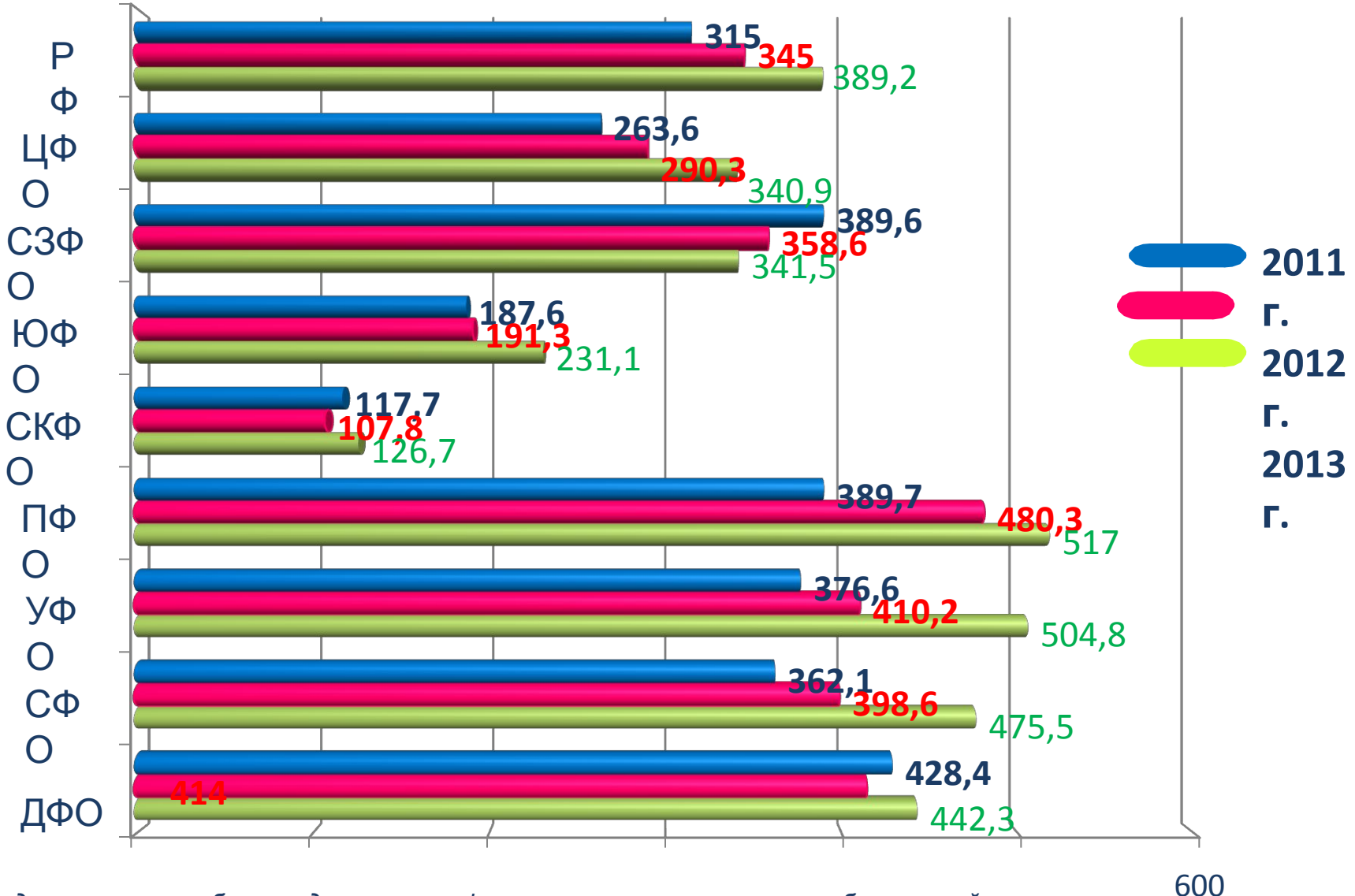
Смертность
от внебольничной пневмонии в РФ

(на 100 тыс.населения)

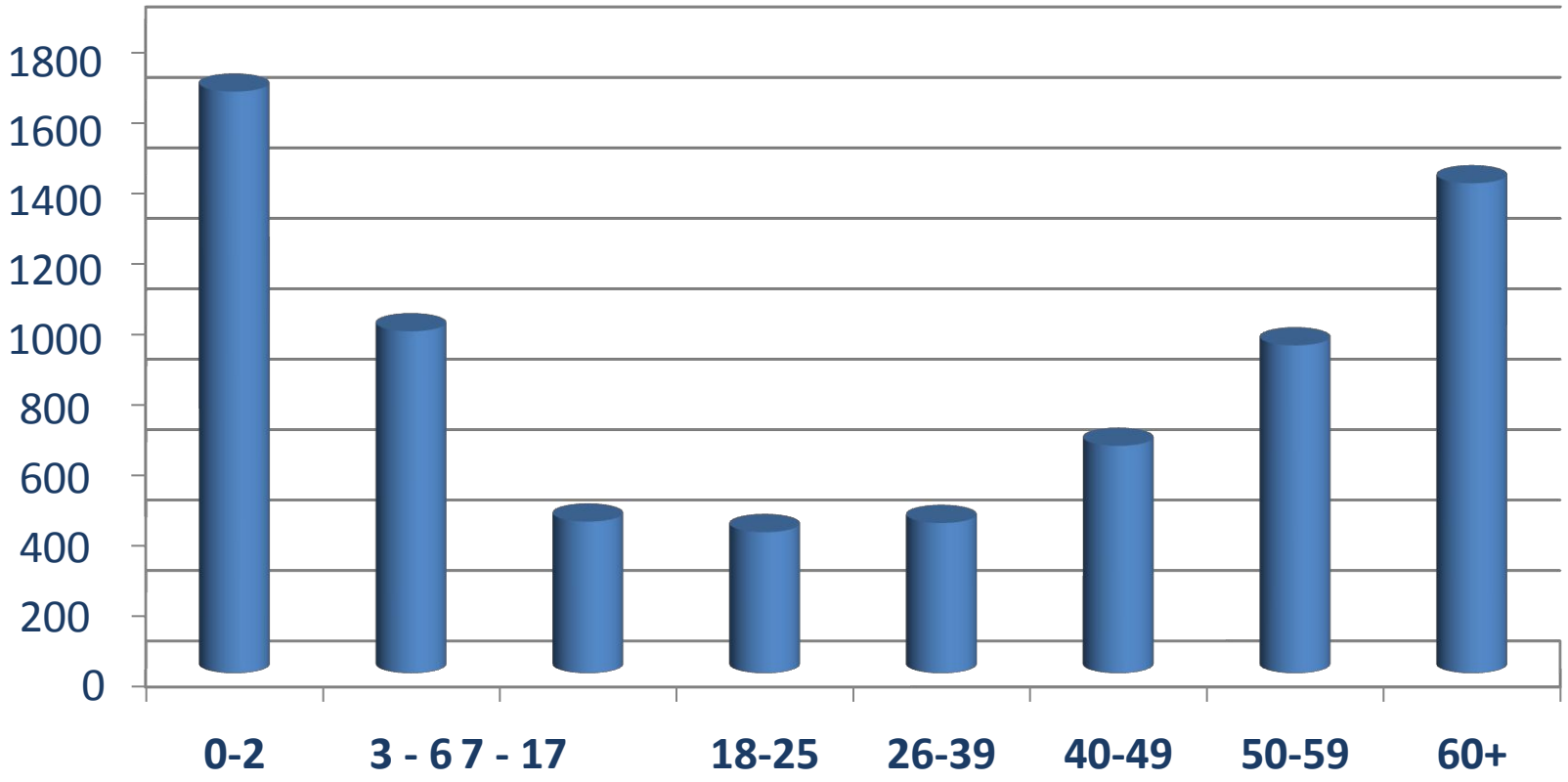


Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека
Федеральный центр гигиены и эпидемиологии «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях» (Форма 2) 2011-2013

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

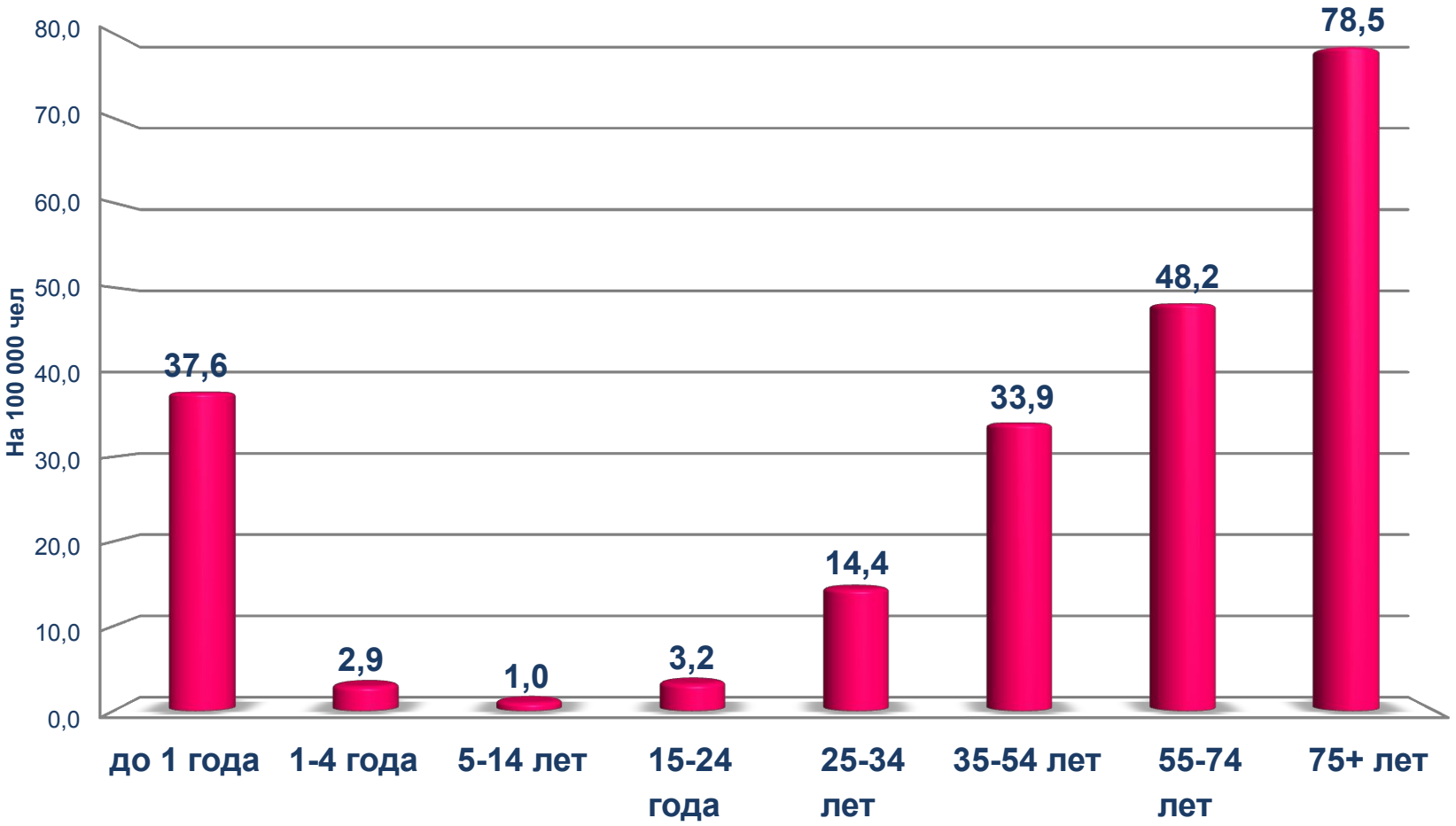


Возрастная структура внебольничных пневмоний (ВП) (на 100 тыс.населения) (Свердловская область, 2011 г)



1.Эпидемиологиеческий надзор за внебольничными пневмониями МУ 3.1.2.3047-13, Введены в действие с 10.01.2013

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

Республика Карелия

Смертность от болезней органов дыхания 2014 год:

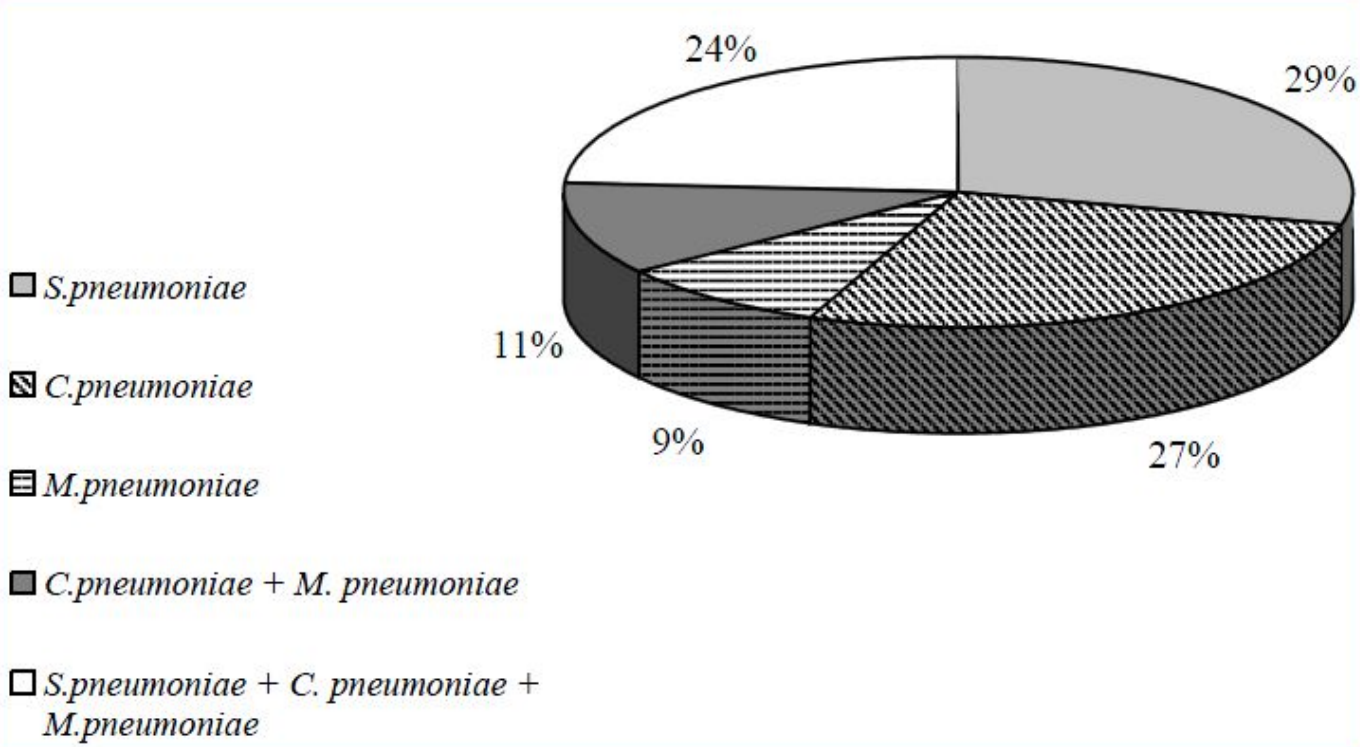
- **49,8 на 100 тыс. населения (309 человек)**
- **От пневмонии 34,9 на 100 тыс. населения**

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

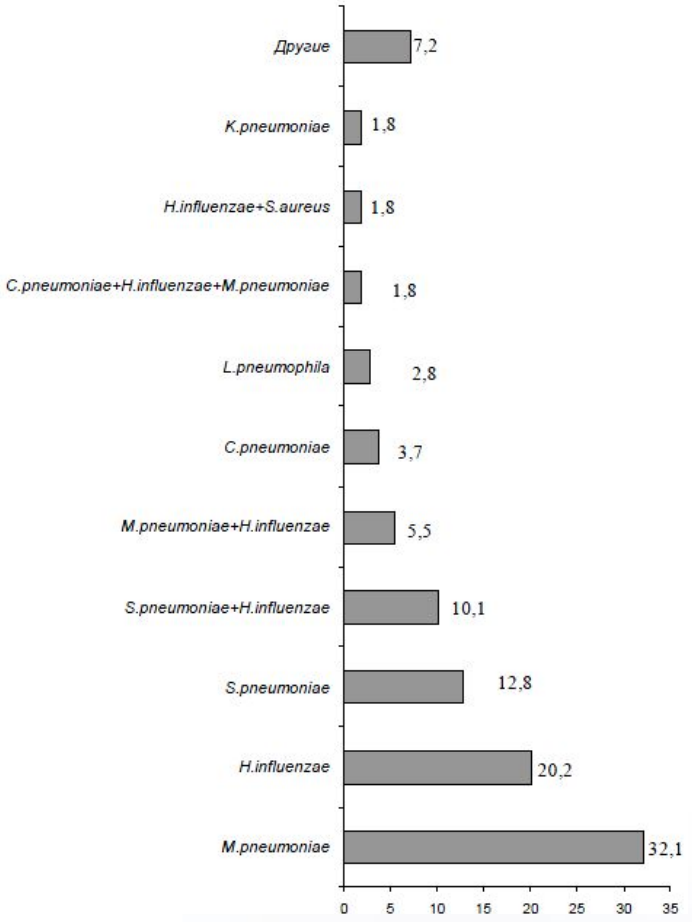
ЭТИОЛОГИЯ ВП У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА (РОССИЯ)



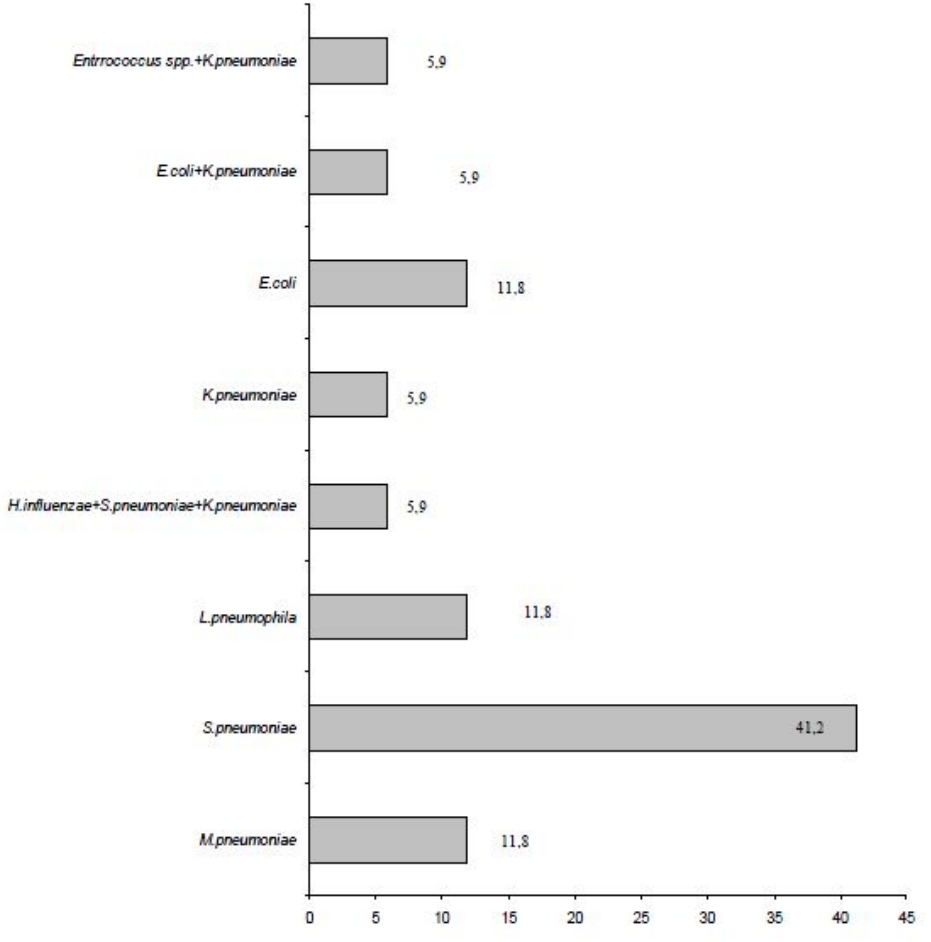
И. А. Гучев, А.Л. Раков, А. И. Синопальников, 2003

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%.**

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.

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

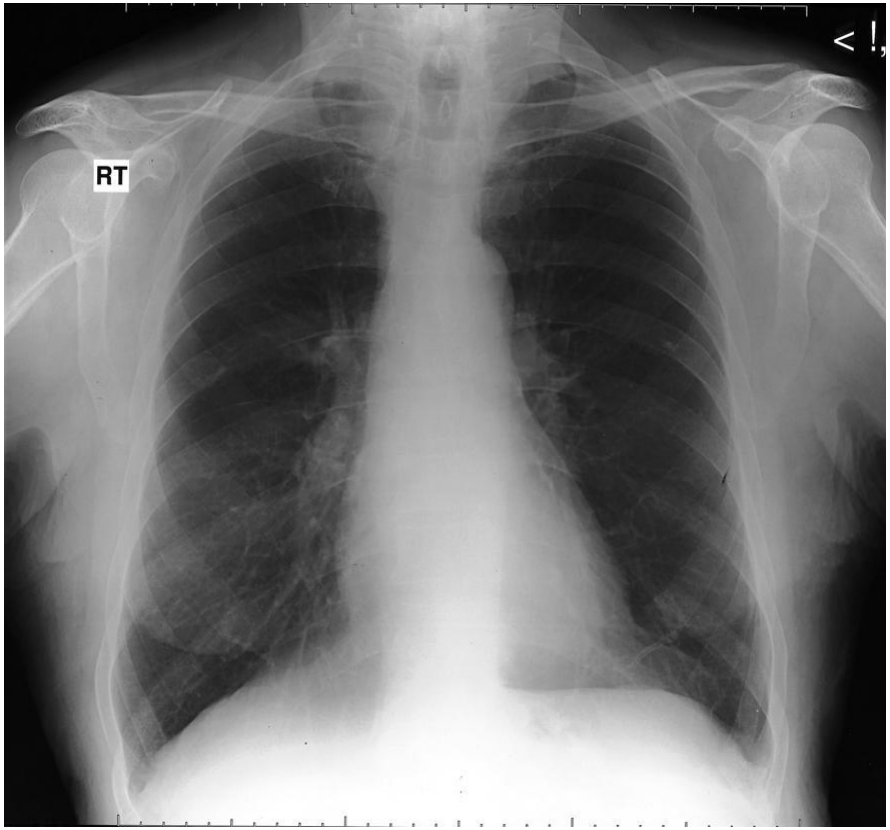
ДИАГНОСТИКА

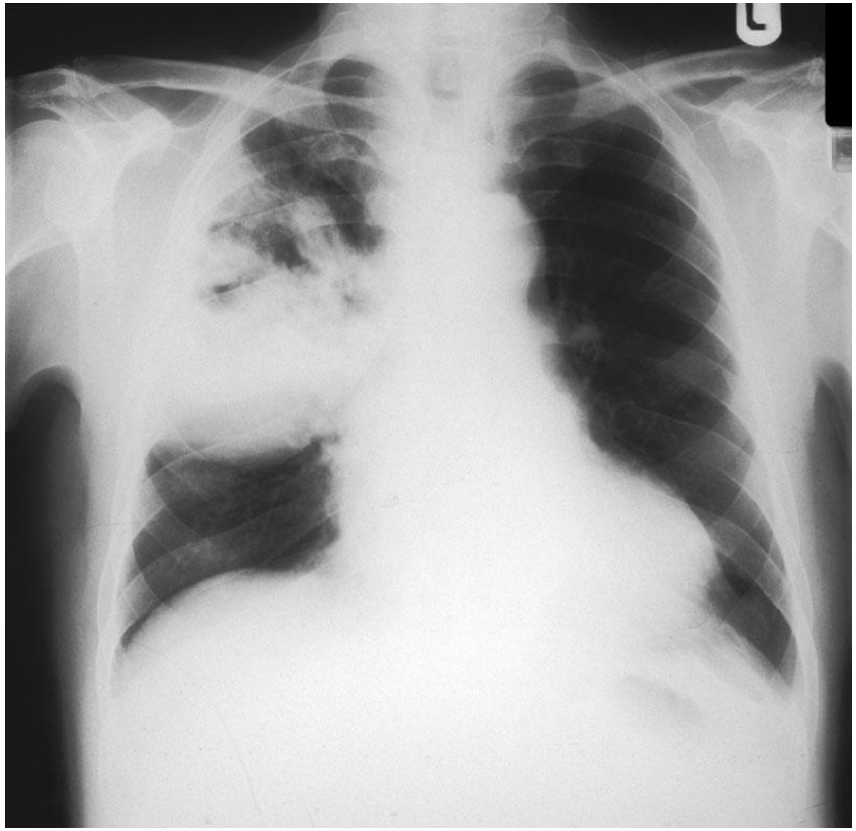
Рентгенография органов грудной клетки

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

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.я

Нет «рентеген-негативной» пневмонии





НА КАКОМ ИЗ СНИМКОВ ПНЕВМОНИЯ?

Dr Mark Woodhead
Manchester Royal Infirmary
Manchester UK
ERS, 2007

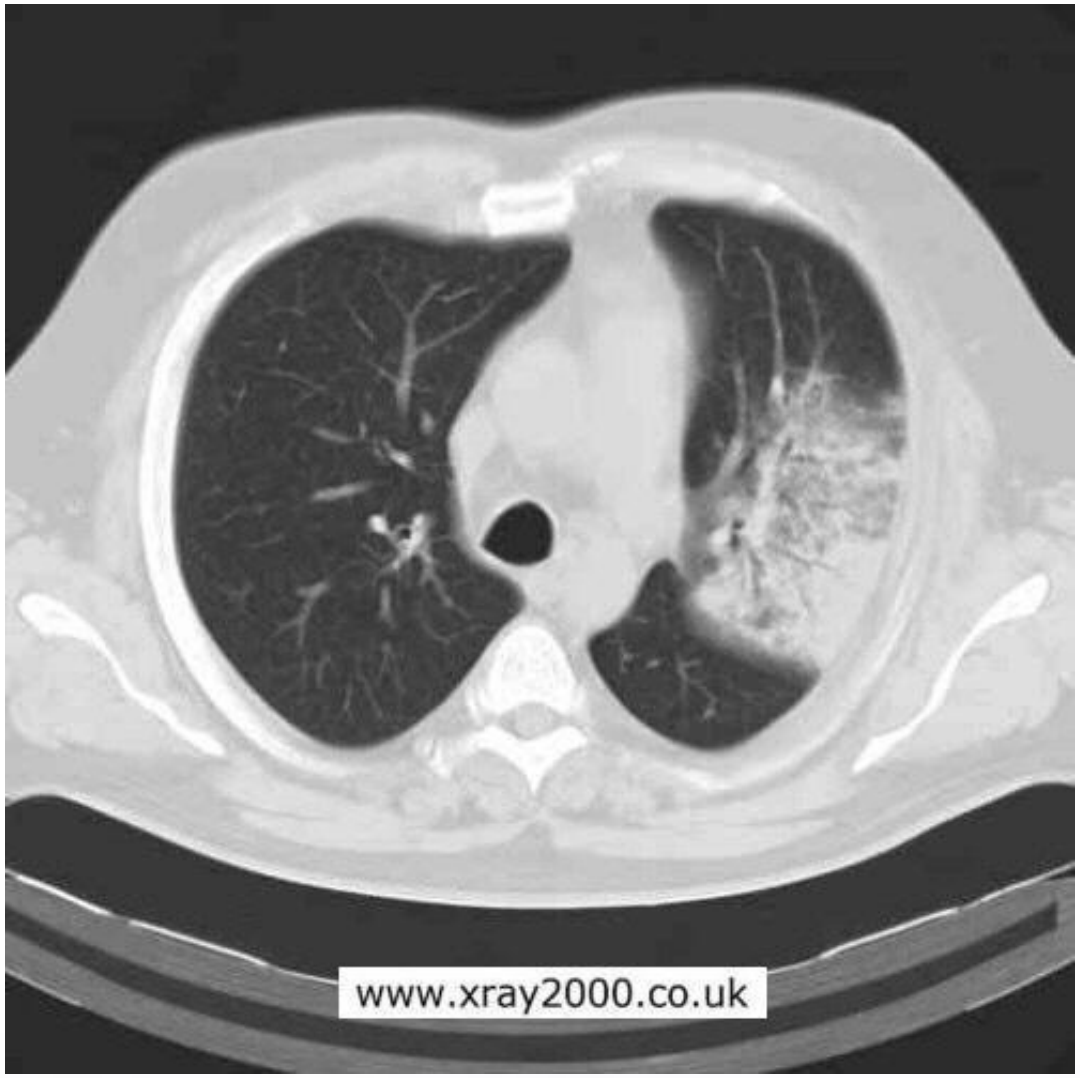
ПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ РКТвр БОЛЬНЫМ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

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.

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.


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)

Возраст — баллы

- мужчины — годы
- женщины — годы -10

Сопутствующие заболевания

- Злокачественное новообразование +30
- Заболевание печени +20
- ЗСН +10
- Цереброваскулярная недостаточность +10
- Заболевание почек +10

Fine et al., 1997

Внебольничная пневмония: оценка исхода (PORT Study)

баллы

Актуальный статус

- Нарушение сознания +20
- ЧД ≥ 30 / мин +20
- АД сист. < 90 мм рт.ст. +20
- Т < 35°С или ≥ 40°С +15
- ЧСС ≥ 125 / мин +10

Лабораторные данные

- pH < 7.35 +30
- Азот мочевины > 10,7 ммоль/л +20
- Na^+ < 130 мэкв/л +20
- Глюкоза > 13,9 ммоль/л +10
- Hct < 30% +10
- pO_2 < 60 мм рт. ст. (SaO_2< 90%) +10
- Плевральный выпот +10

Fine et al., 1997

Внебольничная пневмония:
классы риска (PORT Study)

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

Fine et al., 1997

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).**

Arnold F.W.et al., 2013

ЛЕЧЕНИЕ

Внебольничная vs нозокомиальная пневмония

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

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
Лечение в амбулаторных условиях	
Больные без сопутствующих заболеваний, не принимавшие последние 3 мес. АМП	Амоксициллин или Макролид* (внутрь)
Больные с сопутствующими заболеваниями или принимавшие последние 3 мес. АМП	Амоксициллин/клавуланат± макролид или Новый фторхинолон** (внутрь)

* - 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	β-Лактам +макролид (в/в*) или Новый фторхинолон** (в/в*)
Отделение интенсивной терапии	β-Лактам +макролид (в/в) или Новый фторхинолон** + цефалоспорин III***

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

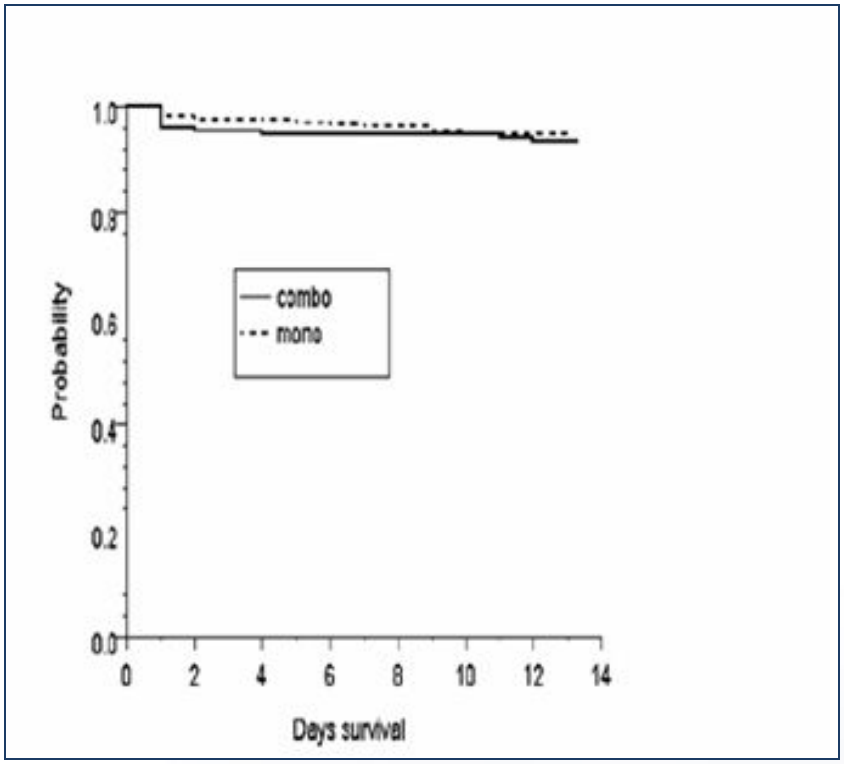
**- левофлоксацин, моксифлоксацин

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.

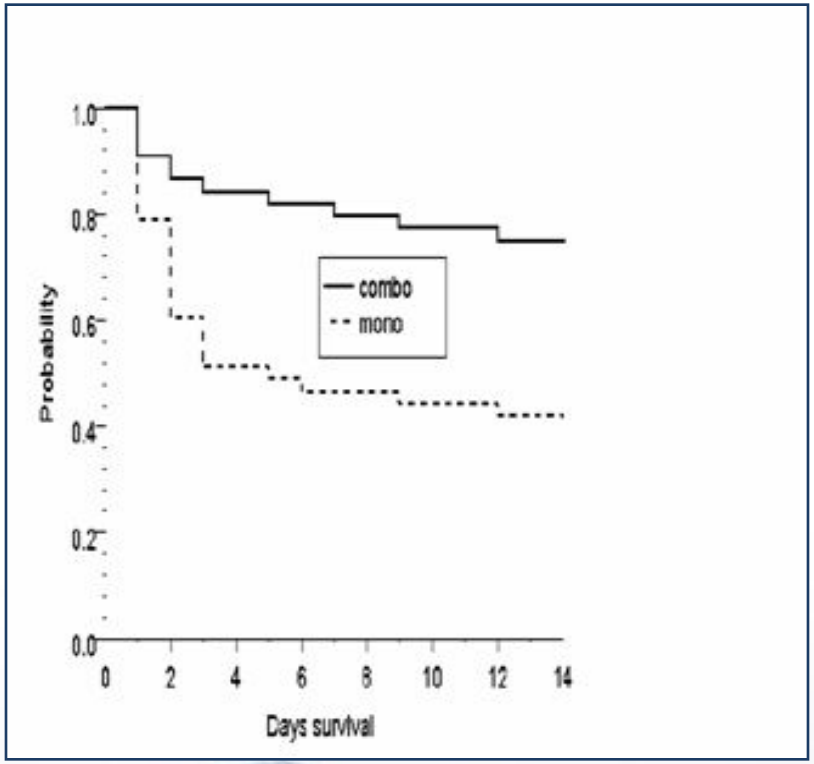
График выживаемости Каплана-Мейера при пневмококковой бактериемии

2 или 1 антибиотик ?

Нет критического состояния



Критическое состояние



Baddour AJRCCM 2004

Старт – 4 часа от постановки диагноза пневмония!

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

Ball, 2001

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 A(H1N1)

Неэффективность антибактериальной терапии

А.Г.Чучалин, И.В.Лещенко, 2009

ВТОРОЙ ТИП ПНЕВМОНИИ
Гриппозная (вторичная) пневмония

Пневмония конца 1-й и начала 2-й недели от начала заболевания – вирусно – бактериальной этиологии

(*Str. pneumonia* и др. возбудители)

А.Г.Чучалин, И.В.Лещенко, 2009

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

А.Г.Чучалин, И.В.Лещенко, 2009

«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**

А.Г.Чучалин, А.И.Синопальников, Р.С.Козлов и соавт., КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ВЗРОСЛЫХ. М, 2014 с дополнениями.

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***

ACCP, ISF

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**

Guidelines IDSA/ATS, 2007

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]

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

ЛЕЧЕНИЕ В СТАЦИОНАРЕ
ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ

European Respiratory Society

КАКАЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ?

Низкомолекулярный гепарин показан больным с острой дыхательной недостаточностью. [А3].

Применение неинвазивной вентиляции пока не имеет стандартов, но может быть применено прежде всего при сопутствующей тяжёлой ХОБЛ [В3].

Лечение тяжёлого сепсиса и септического шока ограничено поддерживающими мероприятиями [А3].

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

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)**

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

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

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

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
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