

Региональные аспекты Внебольничной пневмонии в Хабаровском крае

Молчанова Ольга Викторовна-д.м.н.,
зав.кафедрой внутренних болезней ИПКСЗ
Главный терапевт – пульмонолог МЗХК

Распространенность заболеваний бронхолегочной системы за 2013 - 2015 годы

	2013		2014		2015	
Наименование заболевания	(абс.)	на 100000	(абс.)	на 100000	(абс.)	на 100000
пневмония	5852	436,39	5426	405,19	5800	433,38
другая хроническая обструктивная легочная болезнь	4096	305,44	4458	332,91	4962	370,77
Бронхиальная астма	13376	997,47	13253	989,69	13538	1011,58

Собственные данные

Смертность от бронхолегочных заболеваний Хабаровском крае

	Абсолютные данные					На 100 тыс.населения				
	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015
Пневмонии	620	558	538	558	481	56,17	50,68	49,04	50,78	36,0
ХОБЛ	81	93	124	192	160	7,34	8,45	11,30	17,47	12,0
БА	14	14	11	15	19	1,27	1,27	1,00	1,37	1,4

ВП: ФАКТОРЫ РИСКА ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА

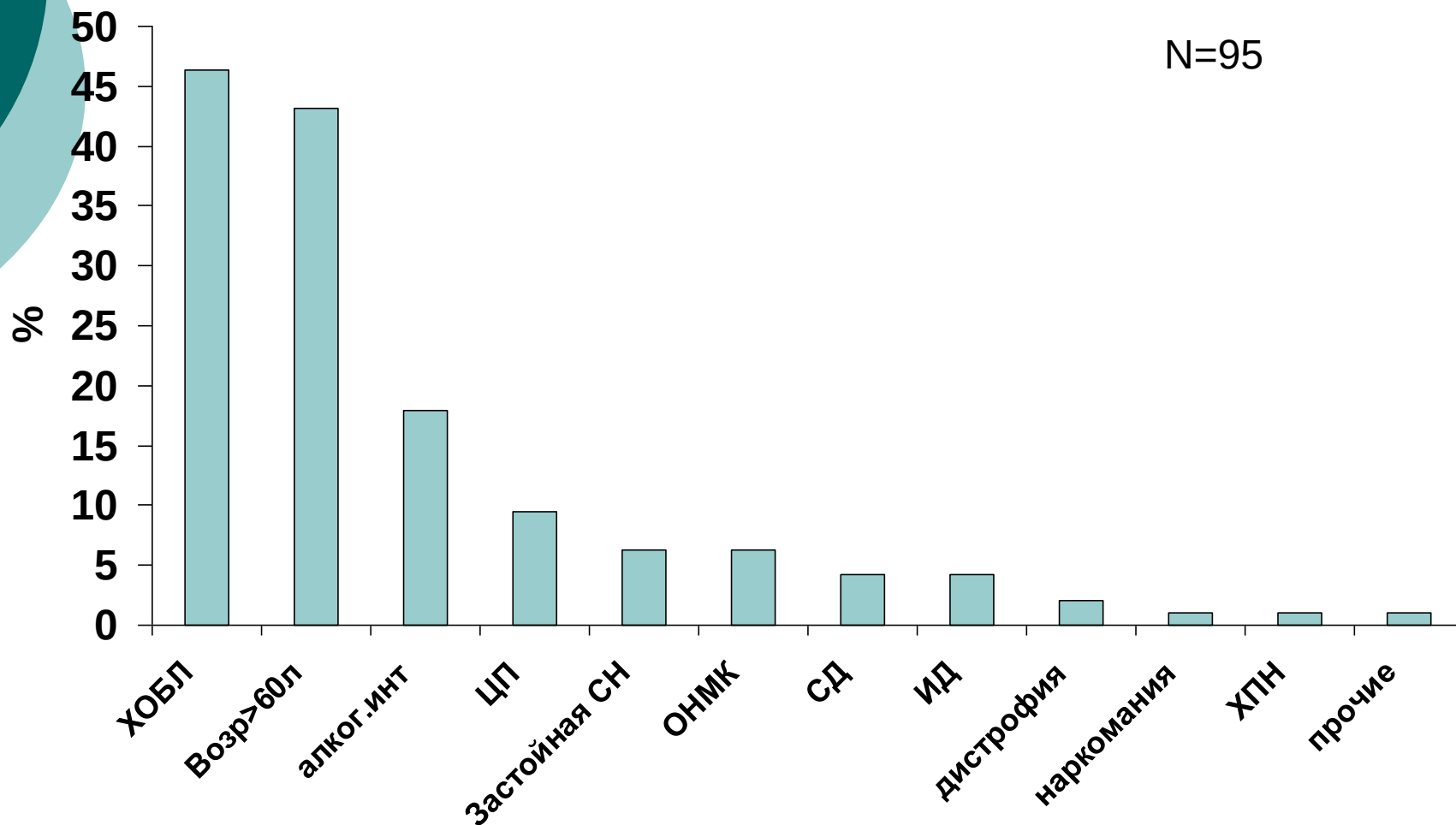
2647 больных; 30-дневная летальность – 6,3%

Факторы риска летального исхода	ОШ
Возраст < / > 65 лет	5,05 (< .001)
Застойная сердечная недостаточность	4,91 (< .001)
Цереброваскулярные заболевания	5,91 (< .001)
Заболевания печени / почек	2,98 – 4,22 (≤ .001)
Сахарный диабет	2,55 (< .001)
Обитатели домов престарелых	8,0 (< .001)
Тяжесть течения заболевания (CURB)	2,60 (< .001)
Неэффективная АБТ*	2,24 (= .001)

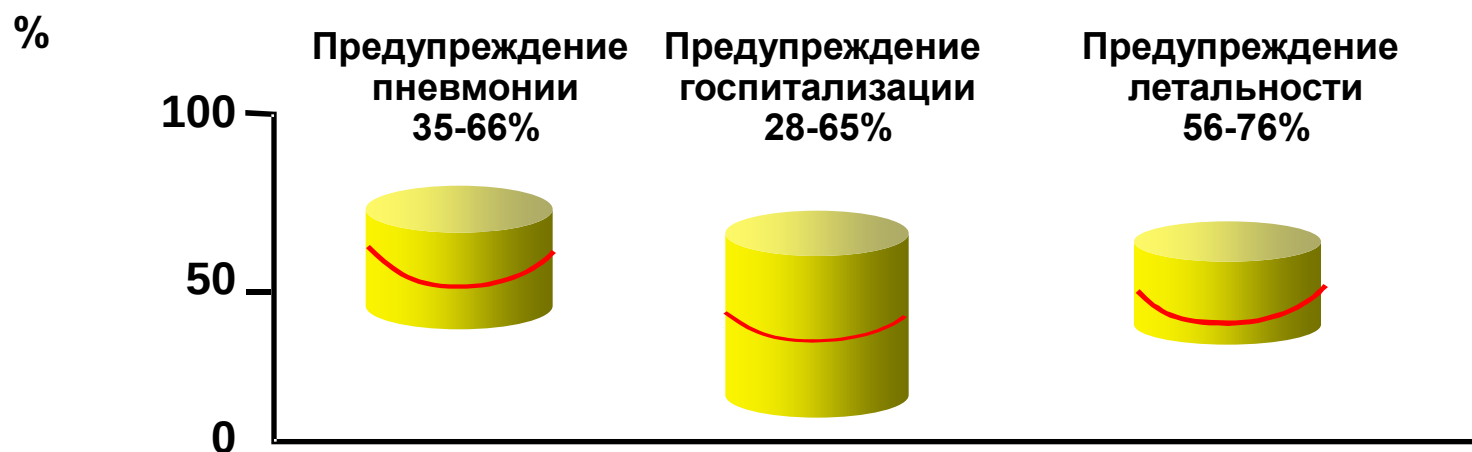
* отсутствие клинического эффекта в ближайшие 48-72 ч

Факторы риска среди умерших от ВП

по данным стационаров Хабаровского края 2010



Результаты мета-анализа 20 исследований – оценка эффективности вакцинации против гриппа

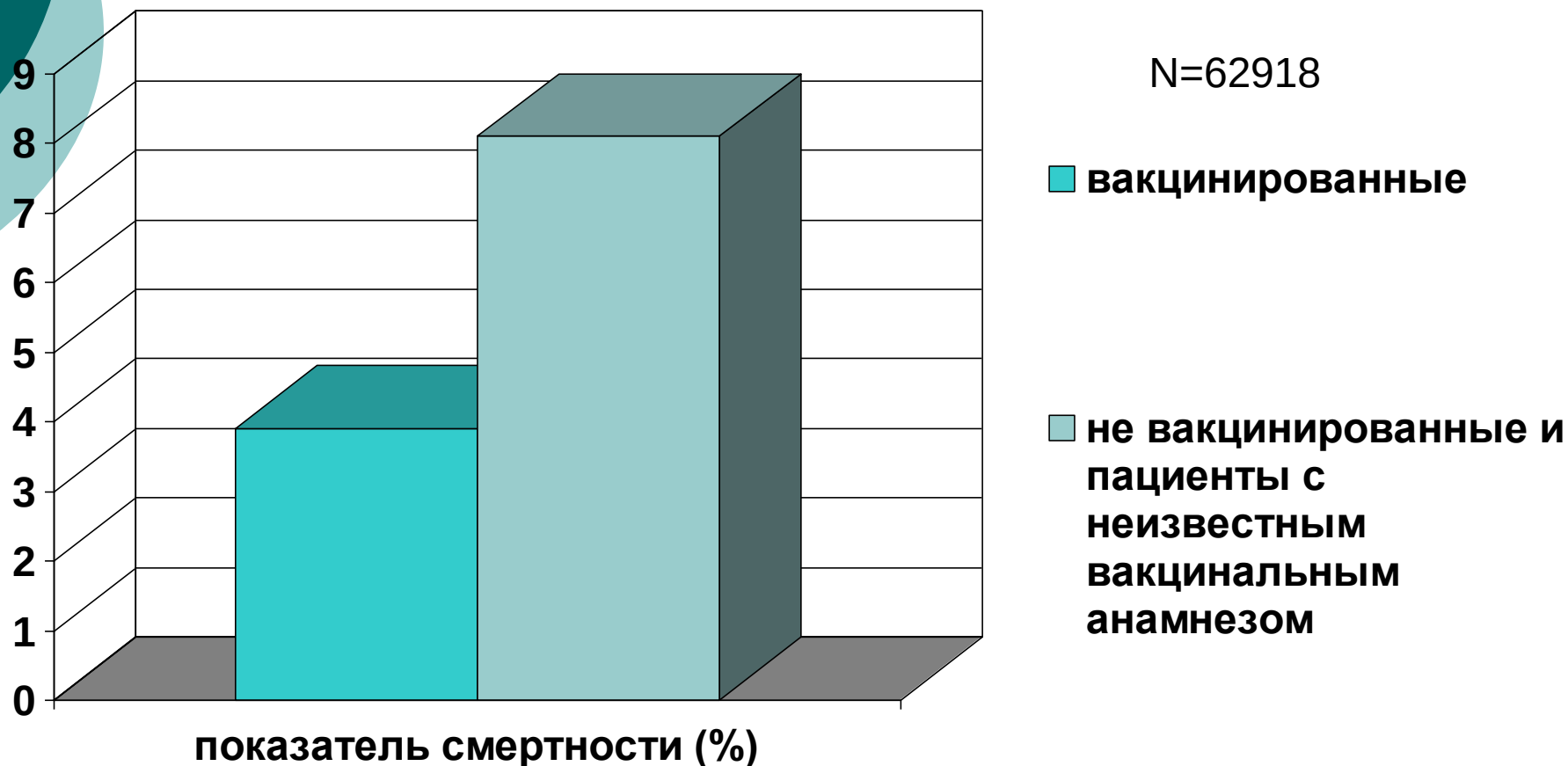


Вакцинация в среднем снижает частоту развития:

- пневмонии - на 53%;
- госпитализации – на 50%;
- летальность – на 68%

Эффективность вакцинации против пневмококковой инфекции у пациентов с внебольничными пневмониями

(влияние на число летальных исходов)



David N. Fishman, Elias Abrutyn, Kimberly A. Spaude
CID 2006:42 (15 April)

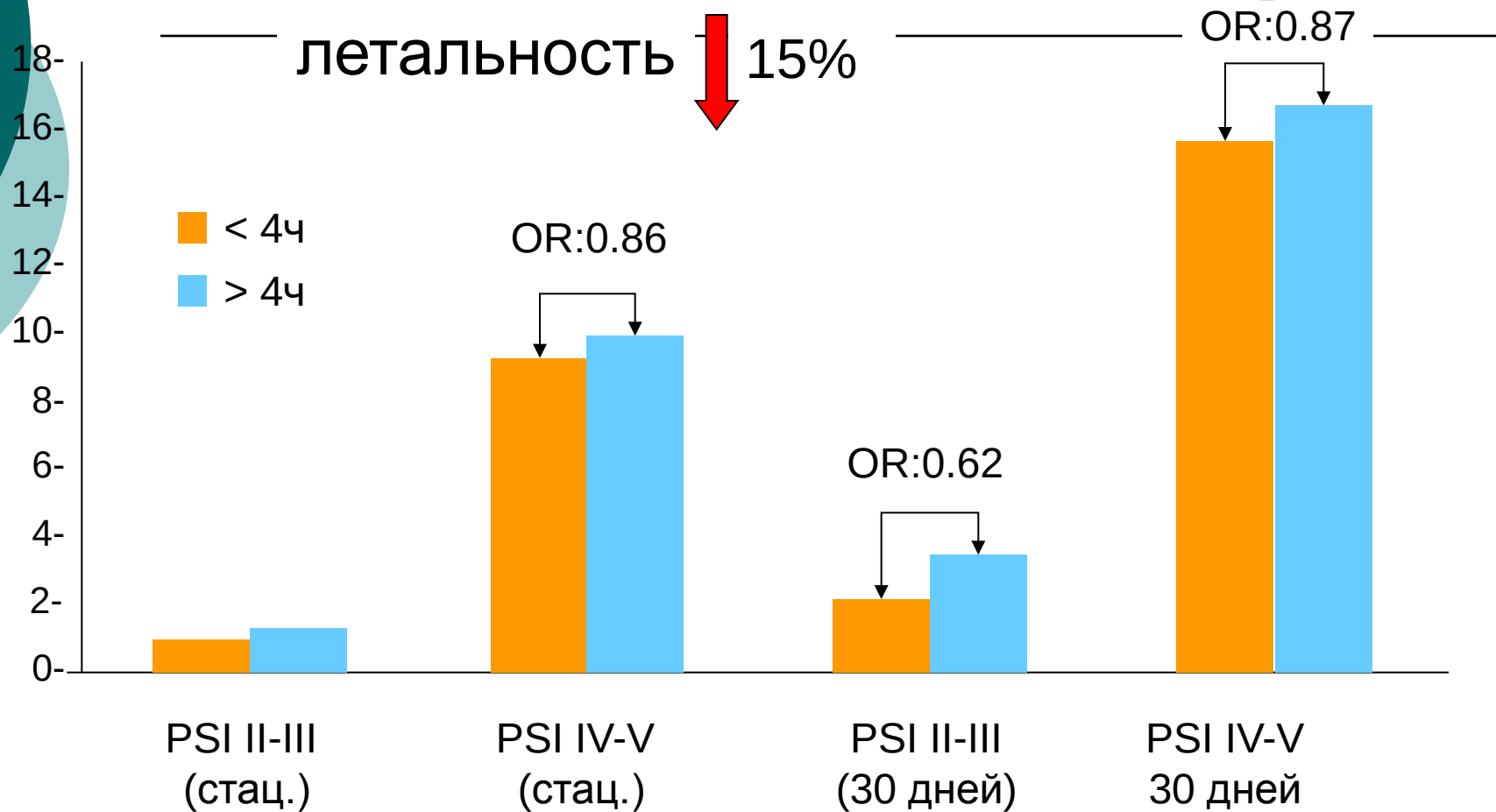
Внебольничная пневмония ХК (2015 г)

- Факторы риска негативного прогноза:
 - 9,5%-онкопатология
(в т.ч. 1/3-онкогематология)
 - 7,4% - неврология
(в т.ч 1/4 - хроническая патология ЦНС)

Внебольничная пневмония:

- Где лечить?
- Когда начинать лечение и чем лечить?
- Как предотвращать?

Задержка с началом АБТ и летальность при ВП



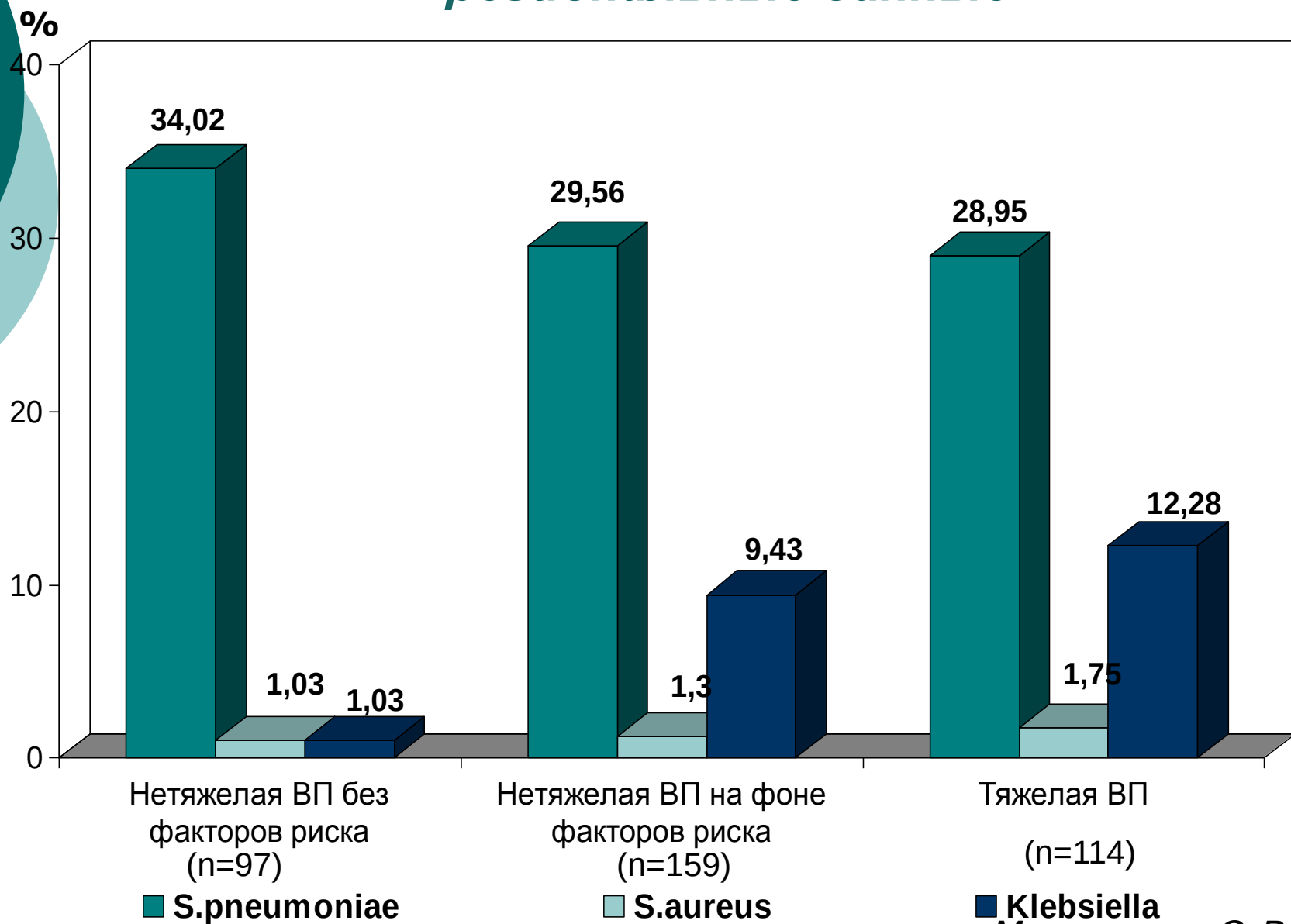
ВП у взрослых

	Адекватная АБТ	Неадекватная АБТ
Осложнения, %	23	69
Госпитализация в ОИТ, %	4	26
Длительность госпитализации, дни	9	18
Летальность, %	2-3,5	22-25

The NACE study, 2004;
Torres, 2005

Этиология внебольничной пневмонии

региональные данные



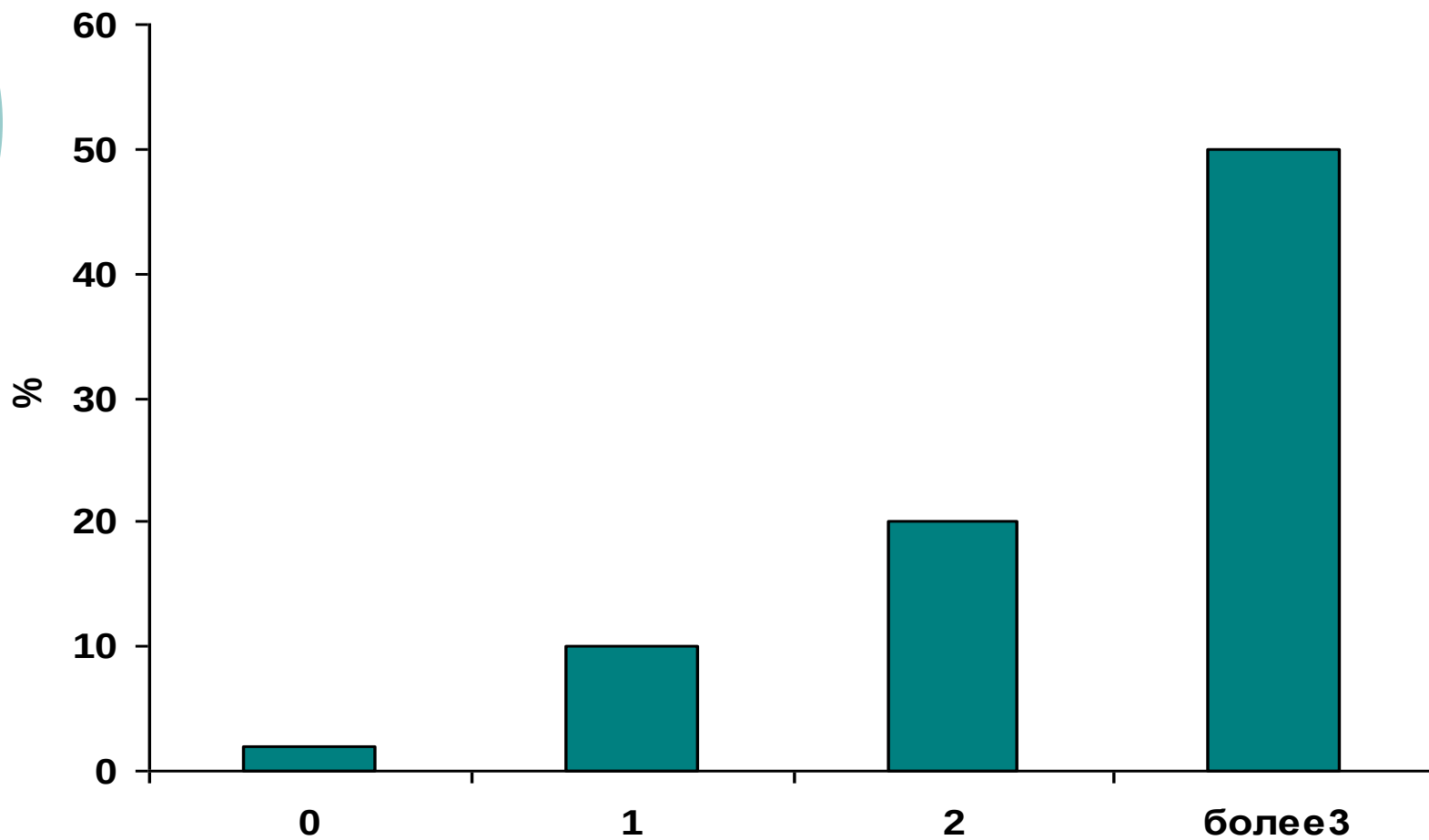


Факторы риска (ФР) инфицирования грам (-)

- хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ),
- сахарный диабет,
- застойная сердечная недостаточность,
- почечная недостаточность,
- цирроз печени,
- иммунодепрессия,
- тяжелые ЦВЗ,
- алкоголизм.

[BTS, 2001-2015; ATS, 2001-2015]

Риск гр(-) флоры при ВП в зависимости от факторов риска

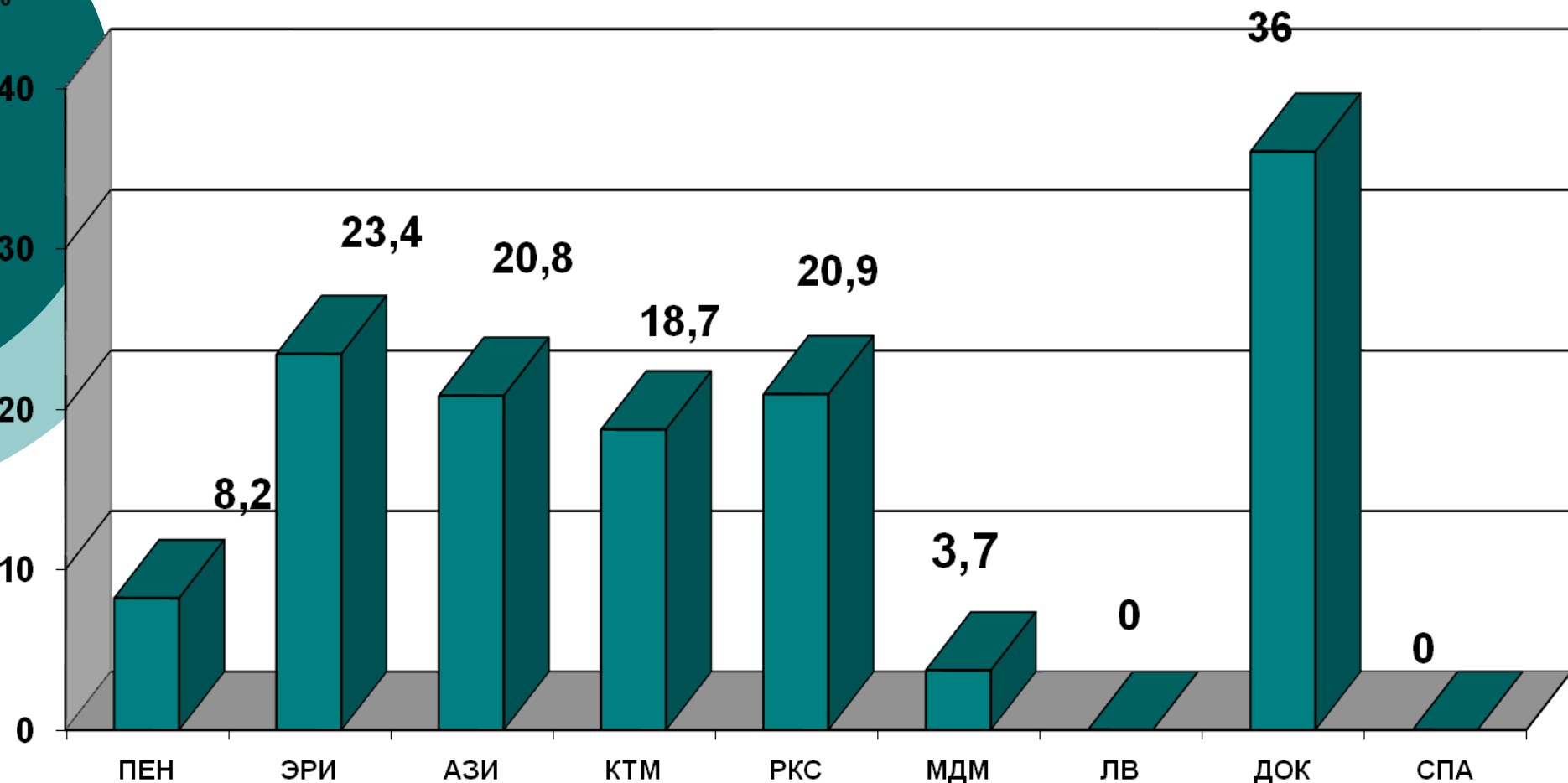


Факторы риска антибиотикорезистентности пневмококка

- возраст 65 лет и старше,
- ХОБЛ,
- алкоголизм,
- множественные сопутствующие заболевания,
- иммунодепрессия
- повторные курсы АБТ в анамнезе

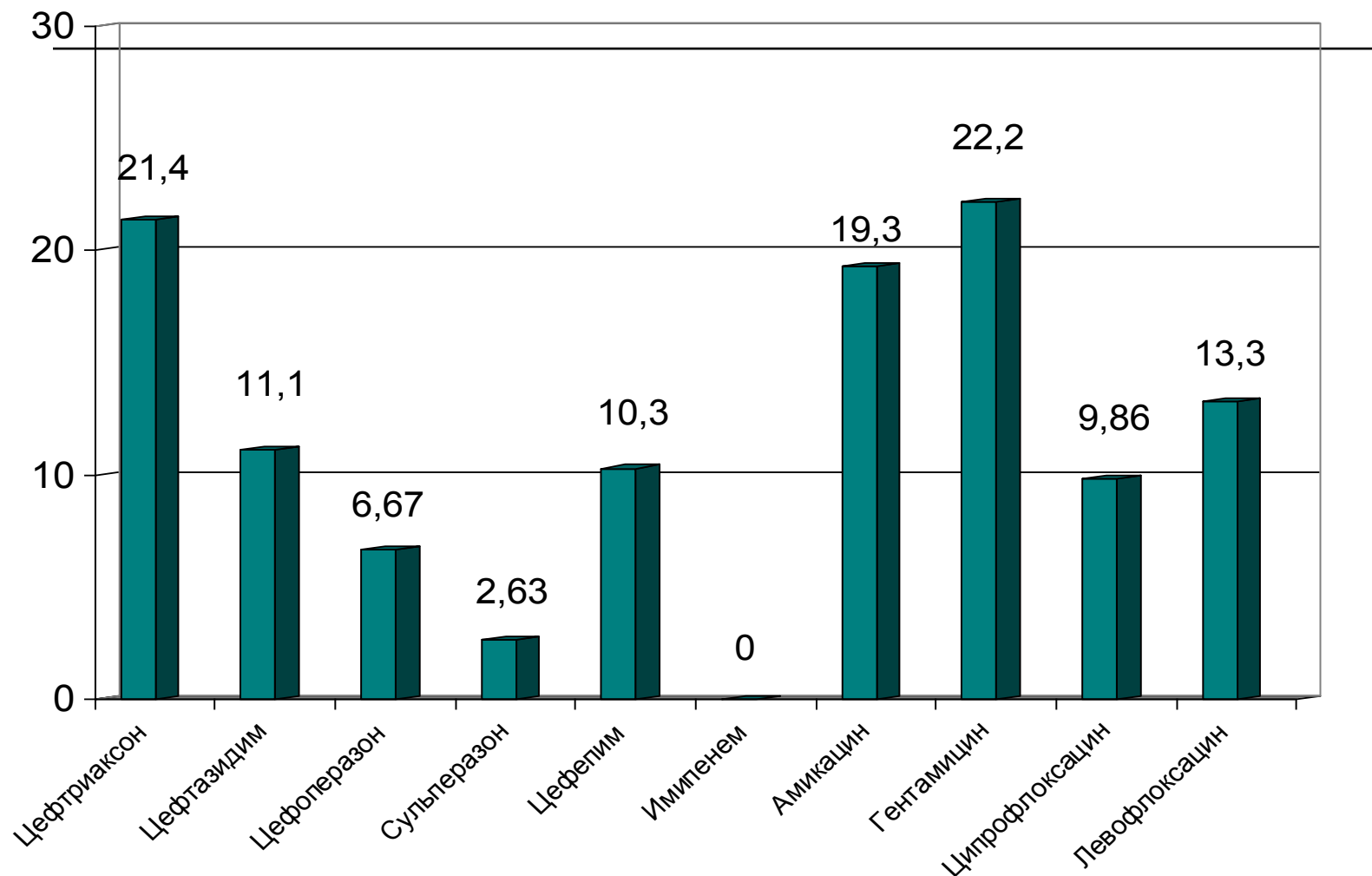
*[Hy Ruhe J.J., 2003; Shah P.B., 2004;
Mandell L.A., 2003; Vanderkooi O.G., 2005]*

Уровень резистентности изолятов *S.pneumoniae*



■ выделенных из мокроты больных I, ККБ № 1,

Уровень антибиотикорезистентности *Kl.pneumoniae*



Выделенных штаммов из мокроты больных, госпитализированных в ККБ1

Молчанова О.В., 2010

Ведение больных ВП в амбулаторных условиях

Группа	Препараты выбора	Альтернативные препараты
Нетяжелая ВП у лиц моложе 60 лет без сопутствующих заболеваний, не принимавшие последние 3 месяца антибиотики	Амоксициллин внутрь <i>или</i> макролиды* внутри	Респираторные ФХ внутри
Нетяжелая ВП у лиц старше 60 лет и/или с сопутствующими заболеваниями, или получавшие последние 3 месяца антибиотик	Амоксициллин/ клавуланат <i>или</i> амоксициллин/ сульбактам внутрь +/- новый макролид*	Респираторные ФХ внутри

* - исключая эритромицин

Эмпирическая АБТ внебольничной пневмонии у взрослых*

* согласительные рекомендации РРО / МАКМАХ (2010-2014гг.)

Лечение в условиях стационара

Отделение
общего
профиля
(нетяжелая
пневмония)

В-Лактам +/-макролид в/в,
или

**Новый фторхинолон
(левофлоксацин, моксифлоксацин)**

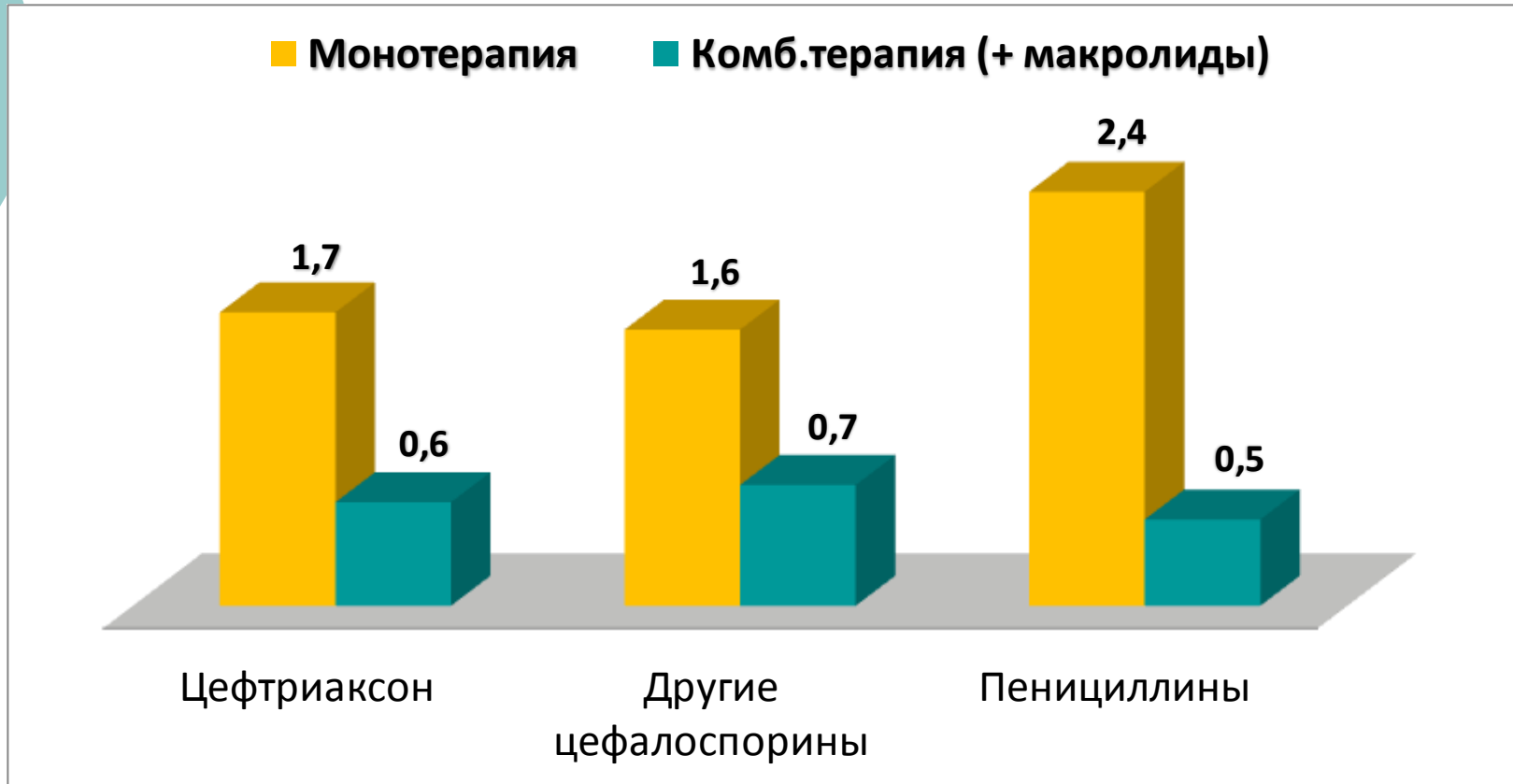
Отделение
интенсивной
терапии
(тяжелая
пневмония)

цефалоспорины III поколения без
антисинежной активности, цефепим,
ингибиторозащищенные аминопенициллины или
эртапенем+макролид (в/в)
или

**Новый фторхинолон (левофлоксацин,
моксифлоксацин)+** цефалоспорин III

Моно- vs. комбинированная АБТ ВП в стационаре: летальность (%)

< 65 лет; n - 13431

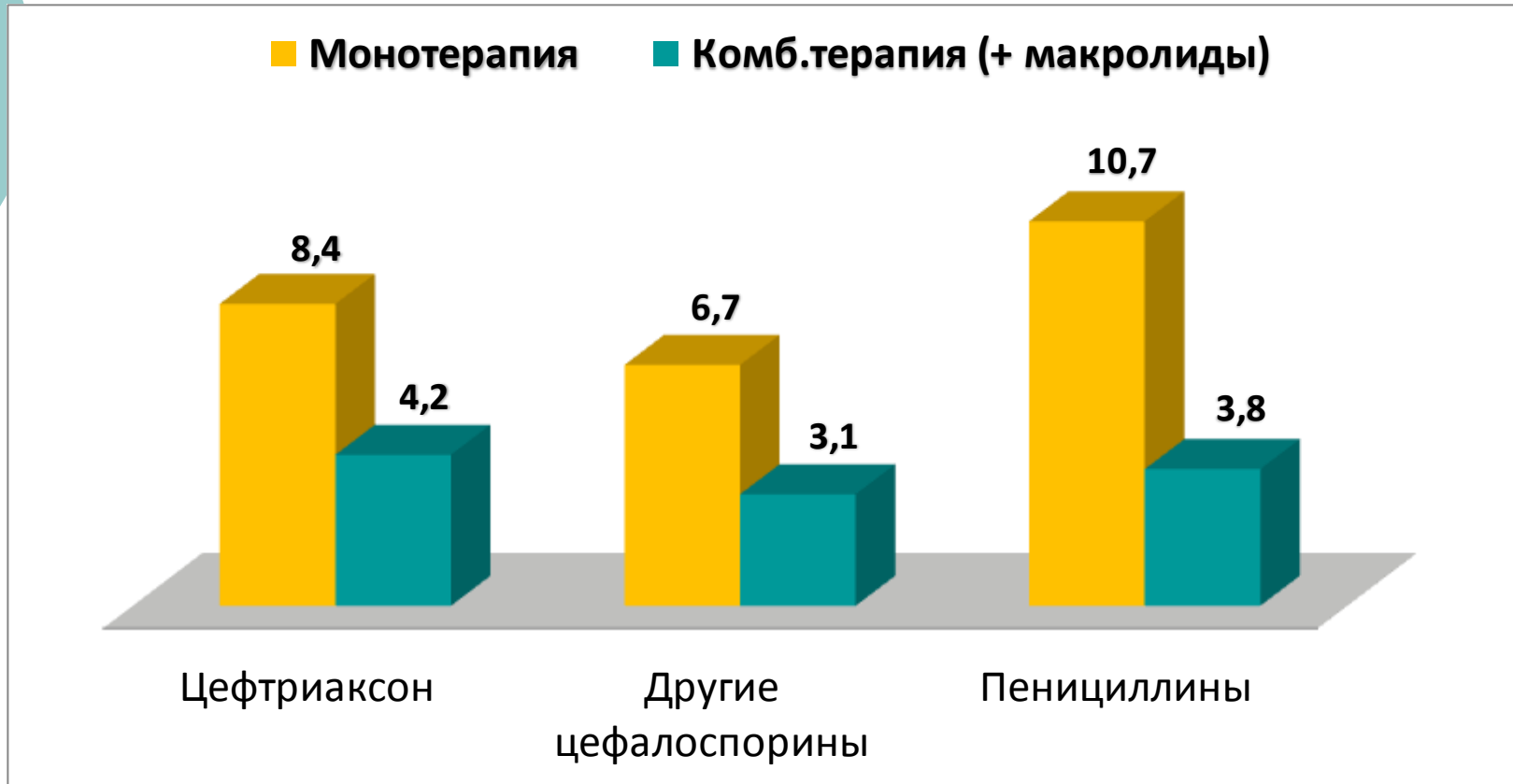


Различия летальности в сравниваемых группах
достоверны

RB Brown et al. Chest 2003; 123: 1503

Моно- vs. комбинированная АБТ ВП в стационаре: летальность (%)

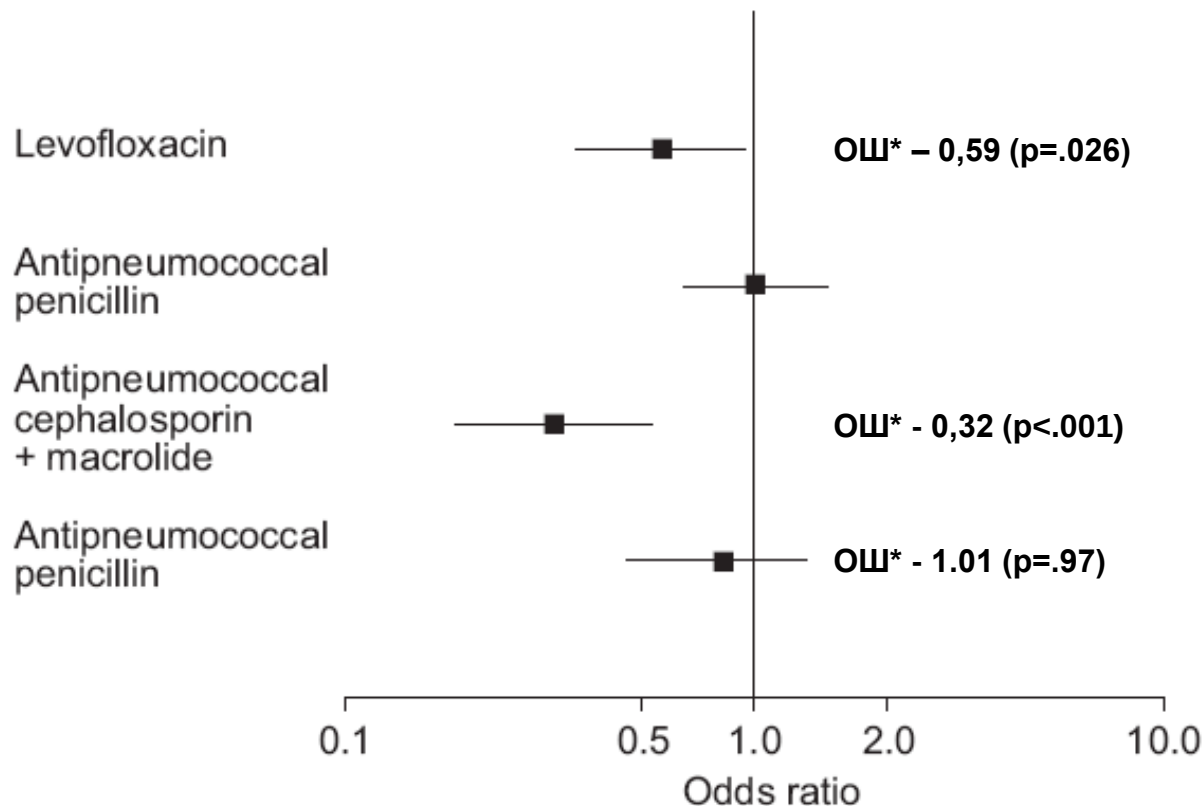
≥ 65 лет; n - 25512



Различия летальности в сравниваемых группах достоверны

RB Brown et al. Chest 2003; 123: 1503

ВЕРОЯТНОСТЬ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА БОЛЬНЫХ ВП В СТАЦИОНАРЕ



•- отношение шансов летального исхода госпитализированных больных ВП (в отделение общего профиля) по сравнению с монотерапией цефалоспорином

Эмпирическая АБТ внебольничной пневмонии у взрослых*

* согласительные рекомендации РРО / МАКМАХ (2010-2014гг.)

Лечение в условиях стационара

Отделение
общего
профиля
(нетяжелая
пневмония)

В-Лактам +/-макролид в/в,
или

**Новый фторхинолон
(левофлоксацин, моксифлоксацин)**

Отделение
интенсивной
терапии
(тяжелая
пневмония)

цефалоспорины III поколения без
антисинежной активности, цефепим,
ингибиторозащищенные аминопенициллины или
эртапенем+макролид (в/в)
или

**Новый фторхинолон (левофлоксацин,
моксифлоксацин)+** цефалоспорин III

ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ ВП

- Осельтамивир (тамифлю)
 - по 75 мг 2 раза (max D 300 мг/сут)
- Занамивир (реленза)
 - по 10 мг 2 раза в сутки в виде орального спрея
- Ингавирин
 - 90 мг/сут –взрослым(max D 180 мг/сут)
 - 60мг/сут -дети

ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ ВП

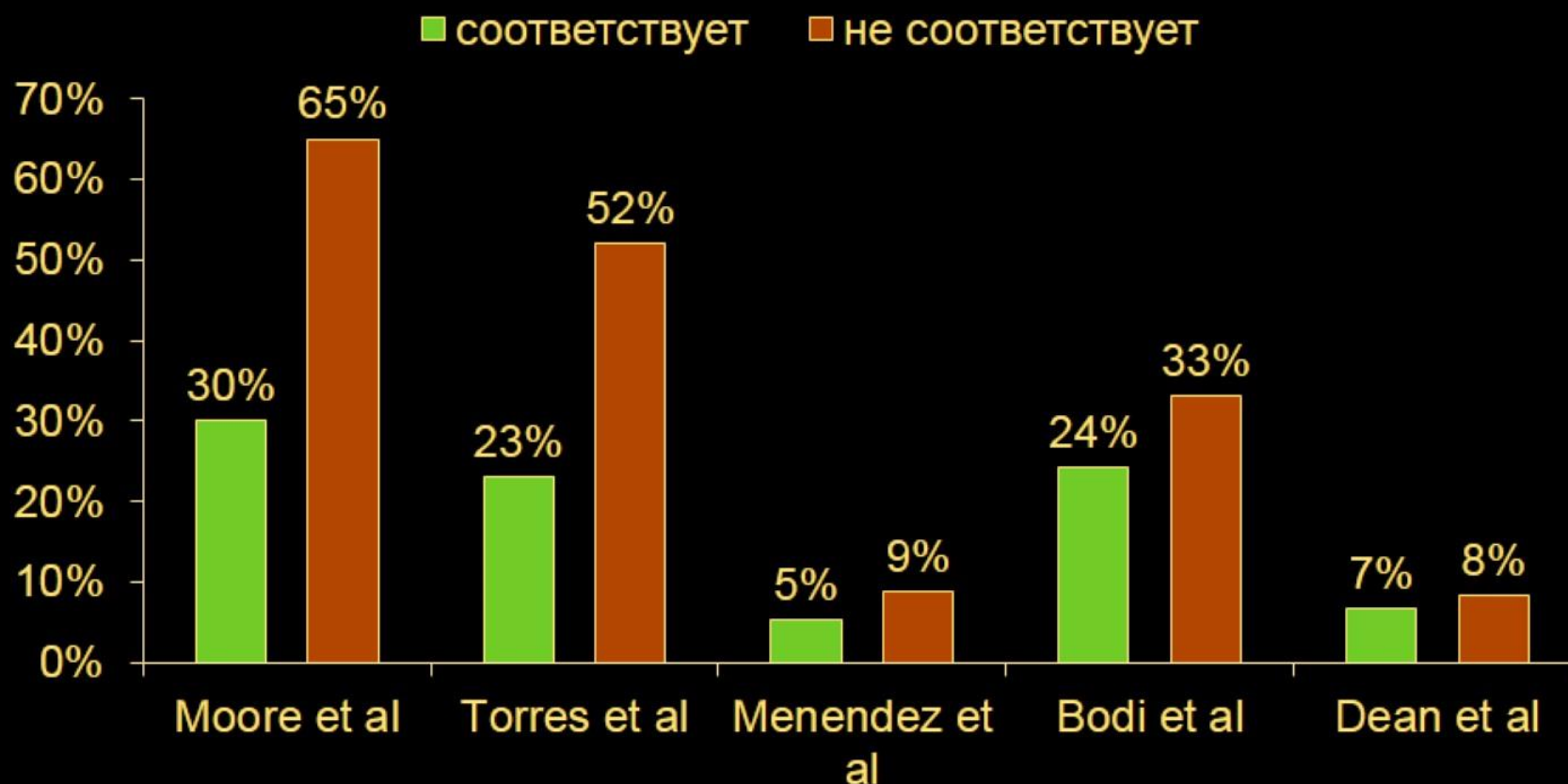
- При неэффективности/ тяжелом течении ВП вирусной этиологии-
 - Озельтамивир (тамифлю) 300 мг/сут
 - +
 - Ингавирин 180 мг/сут

Смертность от заболеваний органов дыхания в Хабаровском крае

на 100 тыс . населения

	2012	2013	2014	2015	2016
ВСЕГО	65,57	65,63	74,53	54,3	52,4
Пневмонии (все формы)	50,68	49,04	50,78	36,0	
ХОБЛ	8,45	11,30	17,47	12,0	
Бронхиальная астма	1,27	1,00	1,37	1,4	

Летальность и доля назначений, соответствующих рекомендациям (IDSA, ATS, SEPAR, FADOI)



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ХАБАРОВСКОГО КРАЯ

КГБОУ ДПО «ИНСТИТУТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

«УТВЕРЖДАЮ»
Министр здравоохранения
Хабаровского края

А.В. Витько
2015 года

ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Информационно-методическое письмо
для специалистов здравоохранения

Хабаровск
2015

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ХАБАРОВСКОГО КРАЯ

КГБОУ ДПО «ИНСТИТУТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

«УТВЕРЖДАЮ»
Министр здравоохранения
Хабаровского края

А.В. Витько
2015 г.

ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Методическое пособие для специалистов
здравоохранения

Хабаровск
2015

Выводы

- 75% больных с пневмонией в Хабаровском крае - пациенты с потенциально негативным прогнозом течения заболевания , в т.ч. в 25 % с тяжелым течением заболевания
- С учетом регионального компонента у всех больных с факторами риска неблагоприятного прогноза при пневмонии терапия первой линии - комбинация В-лактамовых антибиотиков с современными макролидами