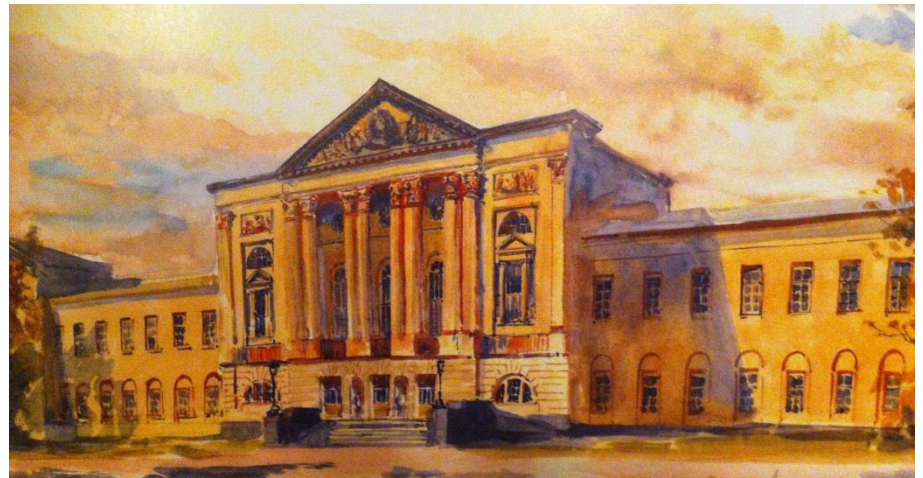


Летальность при внебольничной пневмонии: что нужно сделать, чтобы наши пациенты не умирали?

А. Зайцев



Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко

Эрих Мария Ремарк

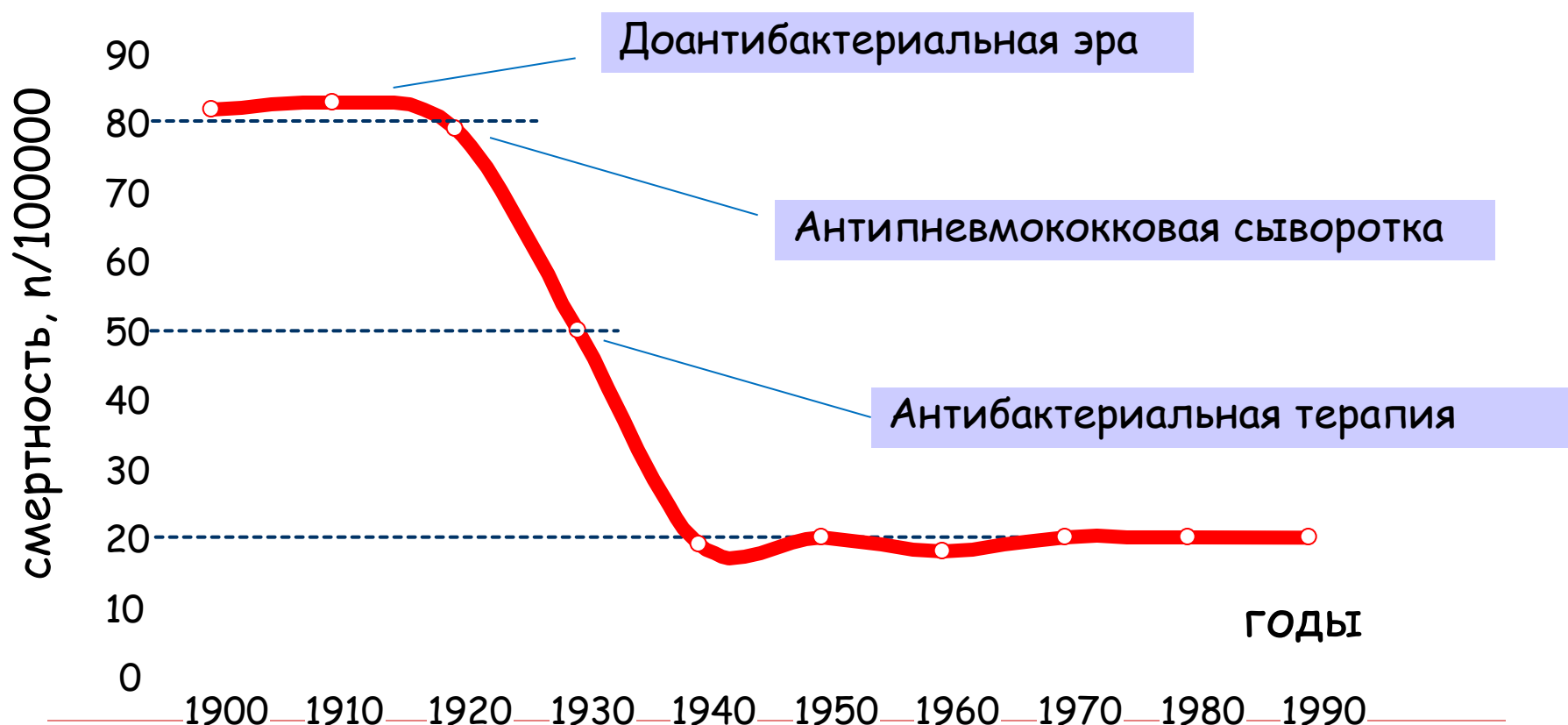


«... Войдя в палату, мы услышали горячее прерывистое дыхание больного, метавшегося в жару. На свинцовом лице мужчины ярко проступали странные красные пятна. Рот был широко открыт, глаза выкатились. Он был без сознания. Руки больного непрерывно, как пауки, сновали по одеялу. Это был единственный звук, нарушавший тишину. У кровати сидела сестра и читала. Когда Жоффе вошел, она отложила книгу и поднялась. Он посмотрел на температурный лист, показывавший сплошь сорок градусов, и покачал головой: Двустороннее воспаление легких, плюс плеврит. Вот уже неделю борется со смертью, как бык. Жена и четверо детей. **Безнадежен.**»

«Три товарища» (*Drei Kameraden*), 1936

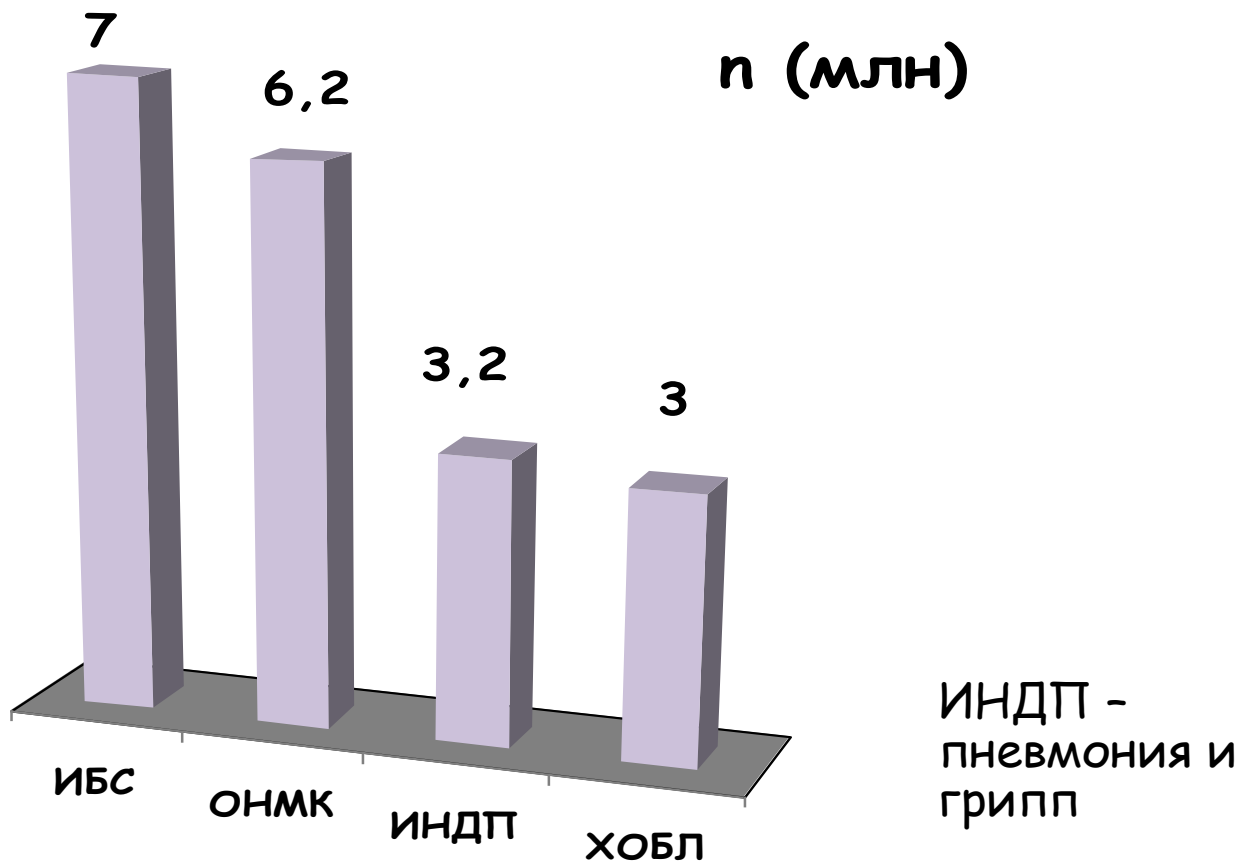
Динамика смертности при пневмонии*

* пневмококковая пневмония с бактериемией



Gilbert K, Fine MJ. Semin Respir Infect 1994; 9: 140-152

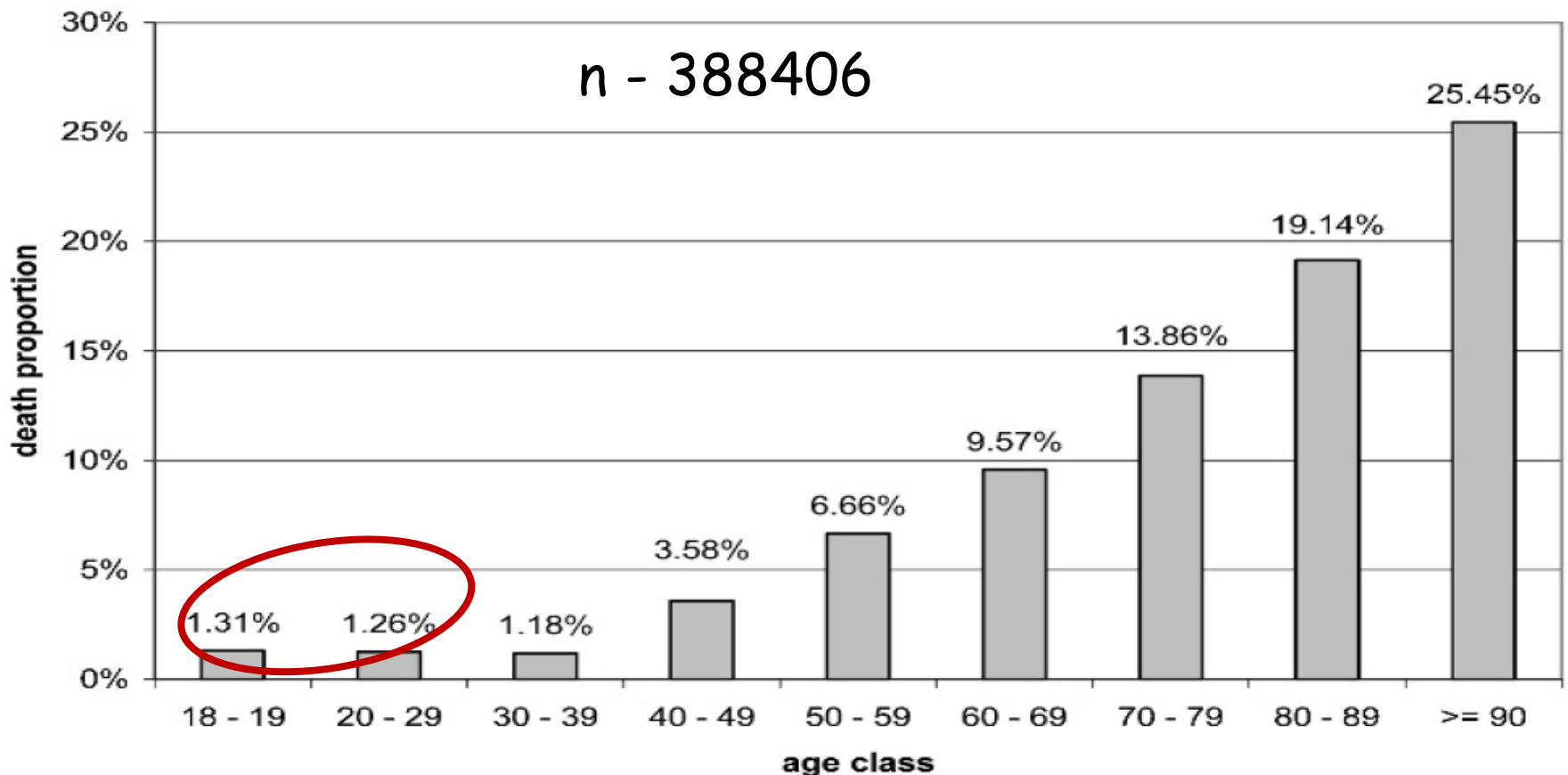
Ведущие причины смерти



Летальность при ВП в России

<u>Лечилось</u> в стационарах в 2012 году	<u>Умерло</u> от пневмонии в 2012 году	Расхождение кл. диагноза
В России		
400 081	13 244 (3,3%)	12,6% (1280 из 10133 умерших)
В Москве		
19 365	792 (4,08%)	18,7% (102 из 543 умерших)

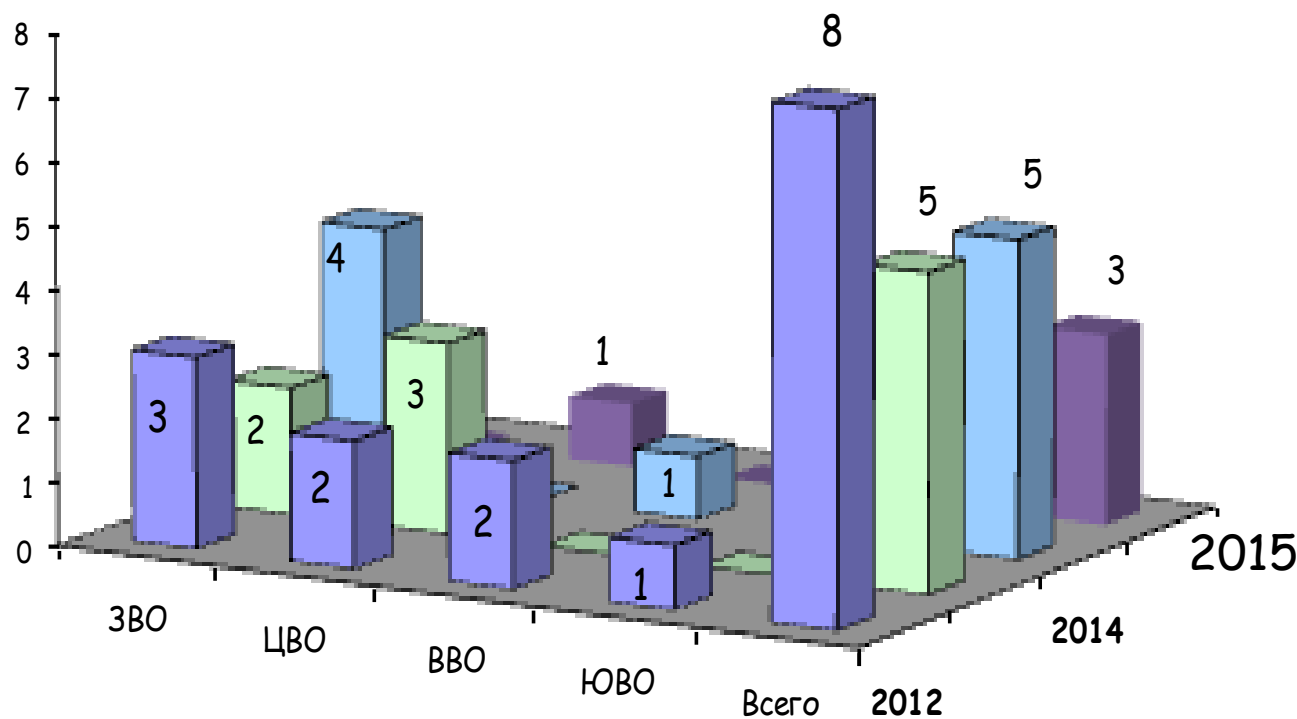
Госпитальная летальность при ВП



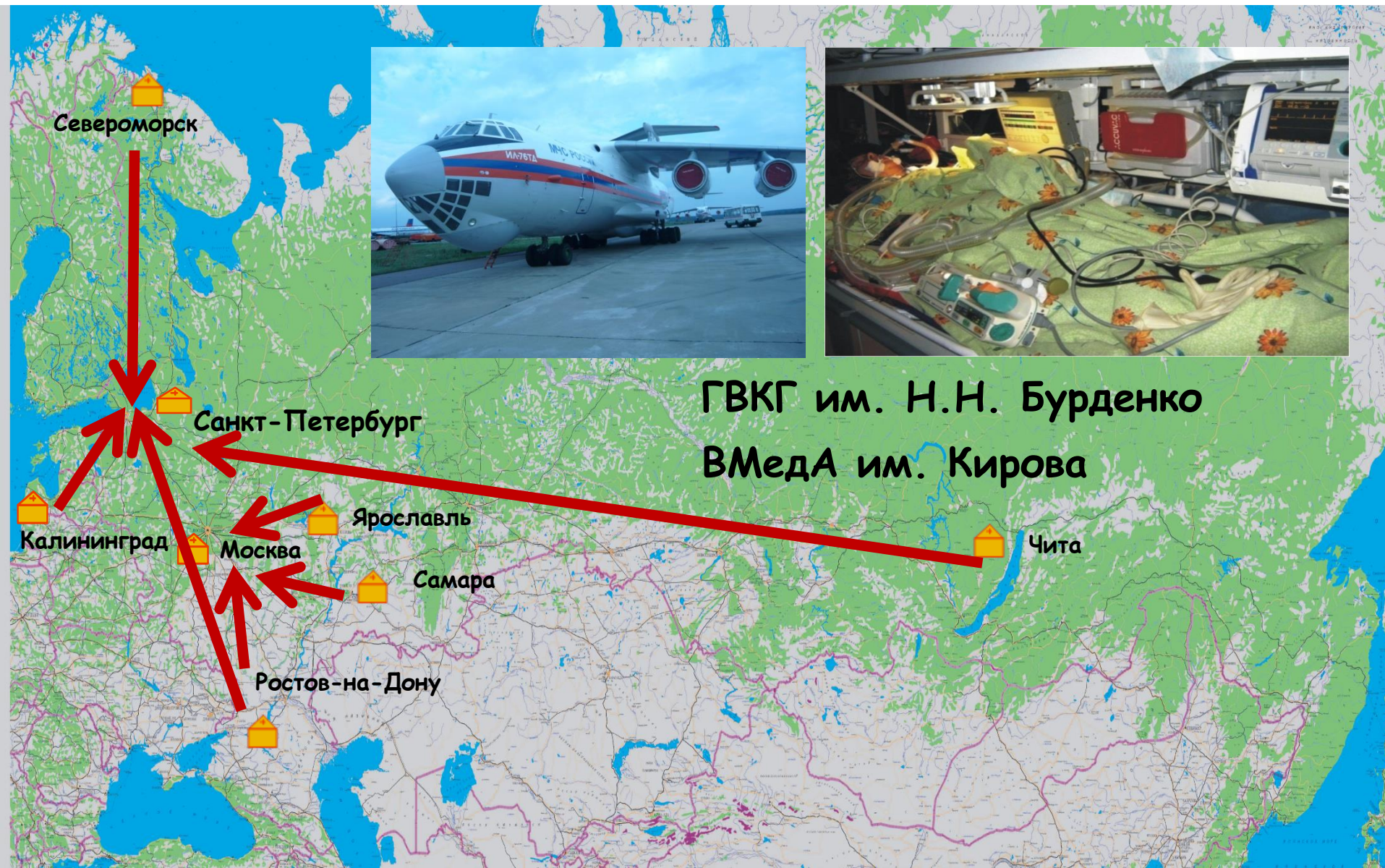
*www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/
Ewig S., et al. Thorax 2009; 64: 1062-69*

ВТ у военнослужащих. Летальные исходы в 2012-2015 гг.

по призыву, абс



Эвакуация тяжелобольных военнослужащих в центральные лечебные учреждения в 2015 г.



Затраты на лечение одного пациента с тяжелой ВП в ОРИТ ГВКГ

Лечебные мероприятия	Стоимость (руб)
Стоимость одного койко-дня в реанимационном отделении - Методы диагностики:	10 000
Автомобильный транспорт (реанимобиль) -	75 - 600 р/км
Авиационный транспорт Вертолет - Самолет -	40 000 - 70 000 р/час от 400 000 - 900 000
Симптоматическое лечение -	6000
Организация питания -	400
Трудозатраты персонала -	5500
ИТОГО -	37600 р/дн.

ВП: факторы риска летального исхода

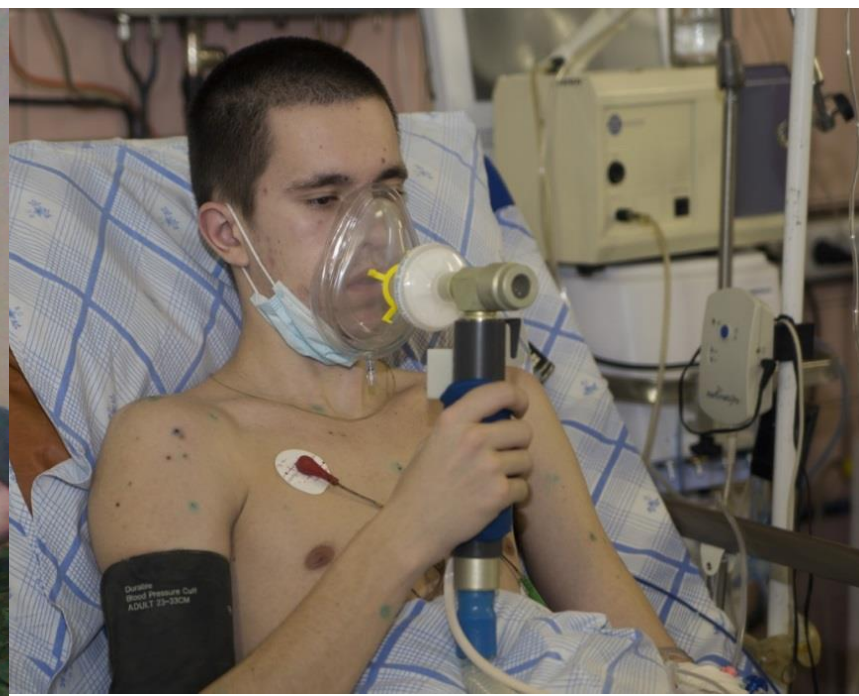
2647 больных; 30-дневная летальность - 6,3%

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 (\leq .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

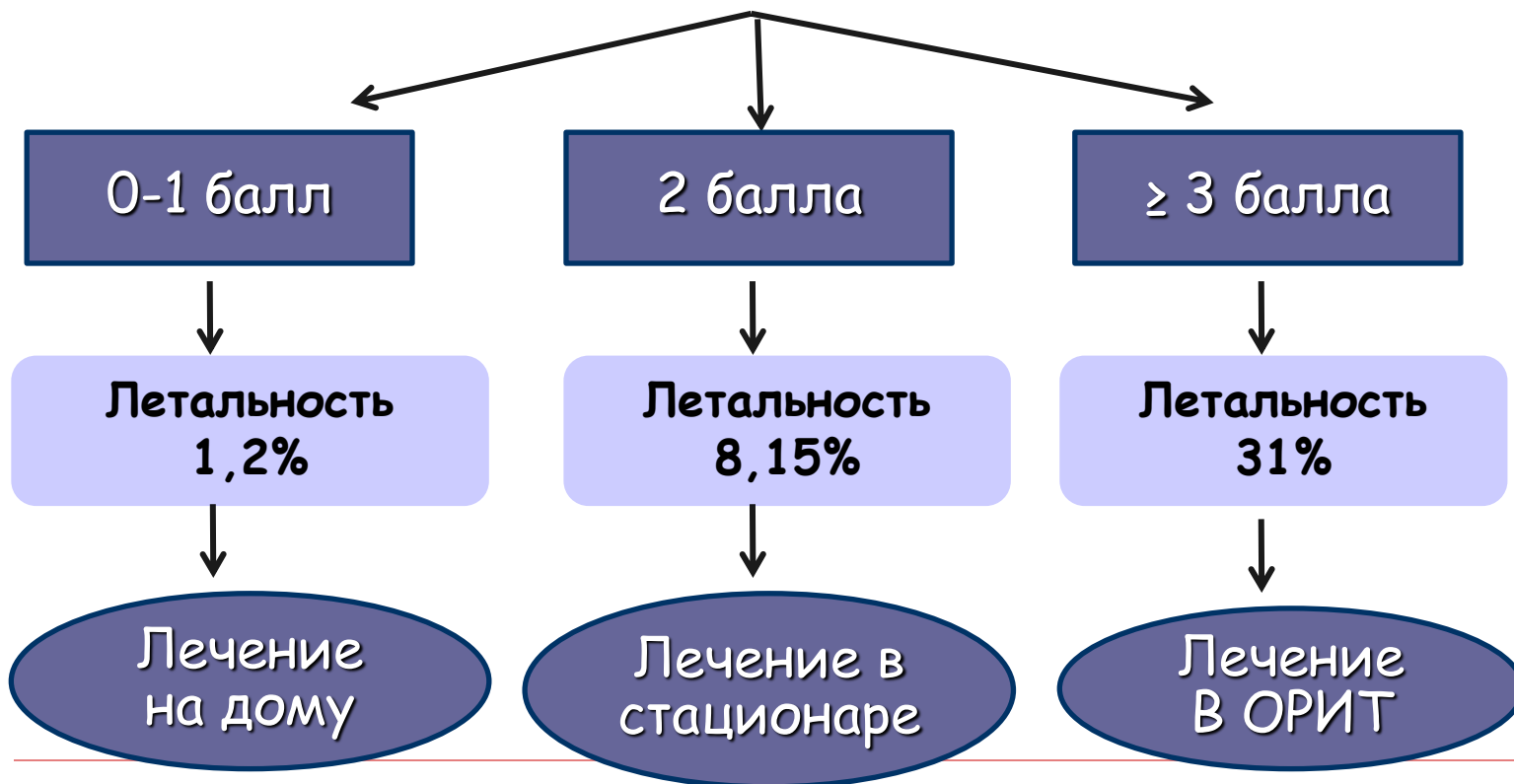
ВП: кого лечить в стационаре, в ОРИТ?

PSI ?; CURB-65 / CRB-65 ?
SMART-COP / SMRT-CO ?



CRB-65

- C** Нарушение сознания
- U** Азот мочевины крови > 7 ммоль/л
- R** Частота дыхания ≥ 30 /мин
- B** Систолическое АД < 90 или диастолическое АД ≤ 60 мм рт. ст.
Возраст ≥ 65 лет (65)



Шкалы SMART-COP и SMRT-CO

Показатель	Балл
Систолическое артериальное давление < 90 мм	2
Мультилобарная инфильтрация	1
Альбумин < 3,5 г/л*	1
Respiratory rate (частота дыхания) <ul style="list-style-type: none"> ▪ ≤ 50 лет ≥ 25/min ▪ >50 лет ≥ 30/min 	1
Тахикардия ≥ 125/min	1
Confusion (нарушения сознания)	1
Оксигенация <ul style="list-style-type: none"> ▪ ≤ 50 лет SaO₂ < 94%; > 50 лет SaO₂ < 90% или ▪ ≤ 50 лет PaO₂ < 70%; > 50 лет PaO₂ < 60% 	2
pH < 7,35*	

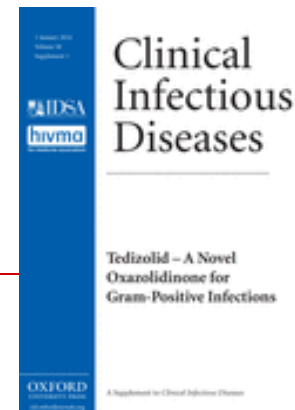
Примечание: * - параметры, отсутствующие в шкале SMRT-CO

Charles P., et al., 2008

Ограничения CURB / CRB-65

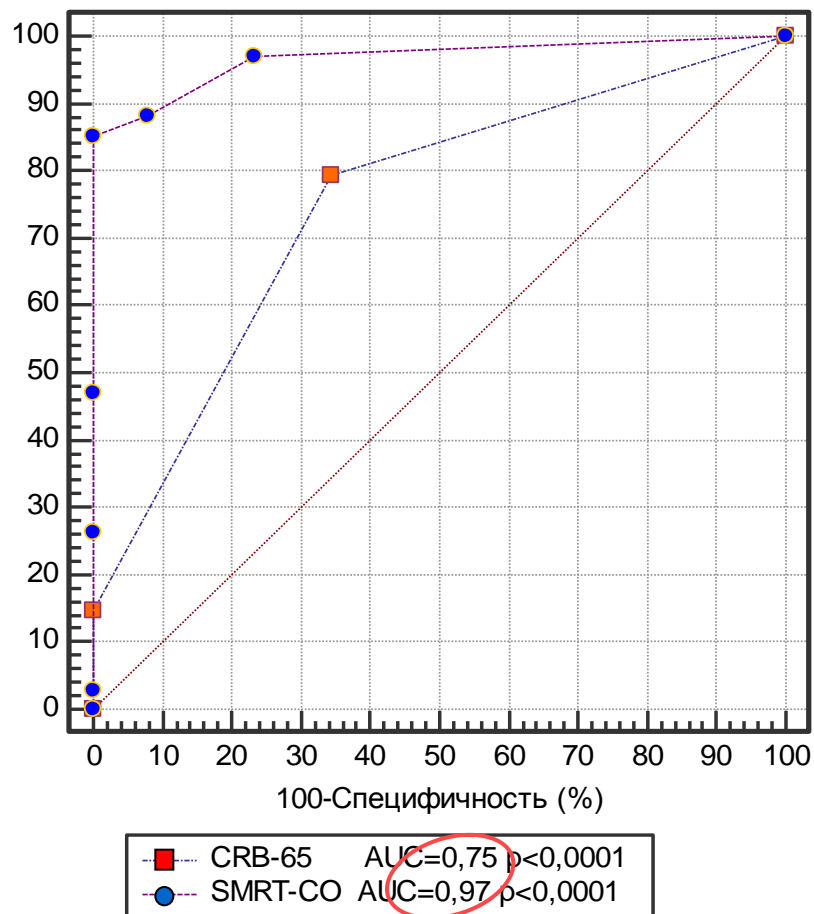
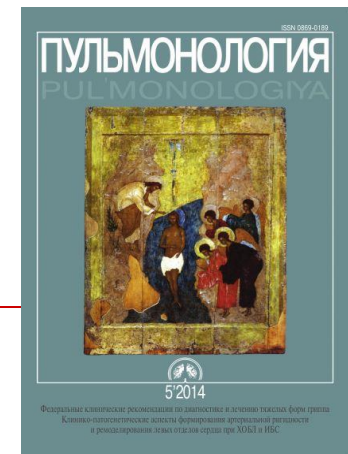
- недостаточная эффективность по выделению случаев тяжелой ВП, требующих госпитализации в ОРИТ
 - недооценка тяжести состояния у лиц в возрасте до 65 лет, страдающих сопутствующей патологией
 - недостаточная информативность в оценке прогноза заболевания у пациентов молодого возраста
-

Predicting the Need for Mechanical Ventilation and/or Inotropic Support for Young Adults Admitted to the Hospital with Community-Acquired Pneumonia



	Чувствительность, %	Специфичность, %	AUC (95%)
CURB-65 (≥ 3 баллов)	54,5	89,6	0,81 (0,76-0,86)
PSI (класс риска ≥ 4)	54,5	82,8	0,80 (0,75-0,84)
SMART-COP (> 2 баллов)	84,8	82,1	0,87 (0,83-0,91)

Прогностическая ценность CRB-65 и SMRT-CO у молодых пациентов с ВП



n-274

Клиническое наблюдение

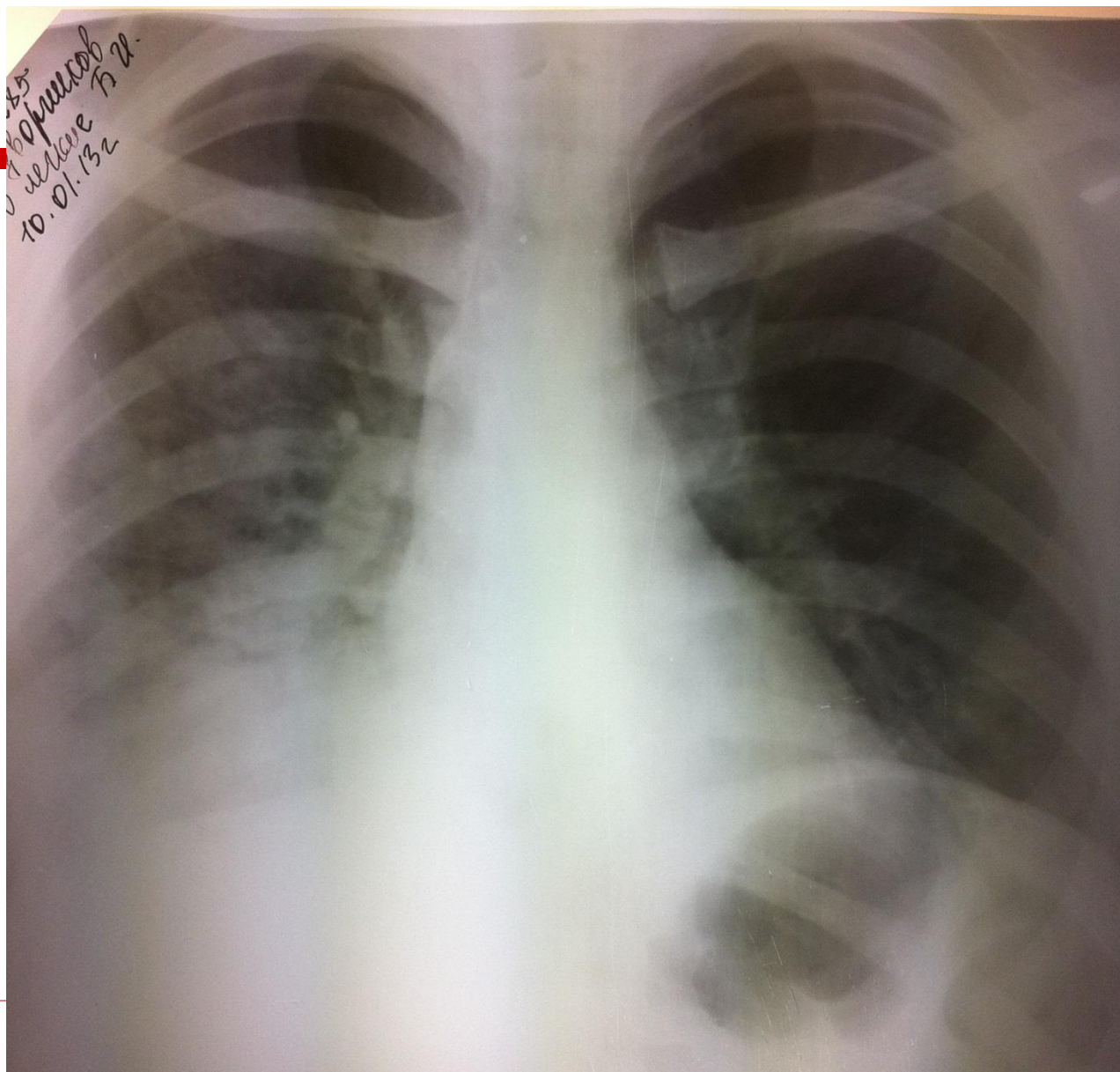
Больной З., 23 года

Жалобы на одышку при небольшой физической нагрузке, малопродуктивный кашель, общую слабость.

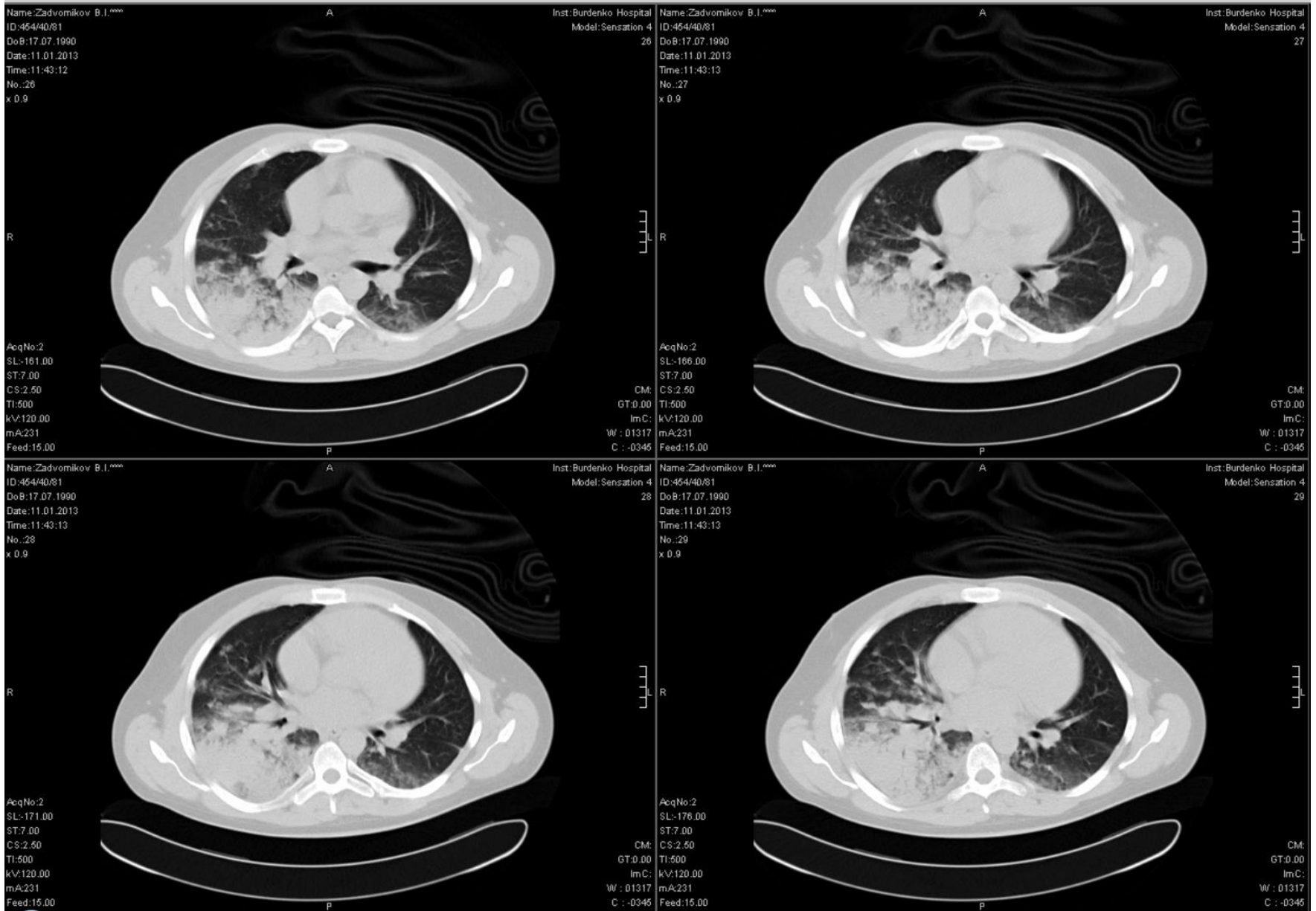
В сознании, адекватен. Температура тела - $39,4^{\circ}\text{C}$. Аускультативно в задне-базальных отделах выслушивается крепитация. ЧДД - 24-26 в мин. При кашле дренируется обильная слизисто-гнойная мокрота с прожилками крови. Пульс = 99 в мин, ритмичный. АД 130/80 мм рт. ст.

CRB-65 - 0 баллов → амбулаторное лечение ???

Клиническое наблюдение



Клиническое наблюдение



Клиническое наблюдение

Больной З., 23 года

Жалобы на одышку при минимальной физической нагрузке, малопродуктивный кашель, общую слабость.

В сознании, адекватен. Температура тела - 39,4°C. Аускультативно в задне-базальных отделах выслушивается крепитация. ЧДД - 24-26 в мин. При кашле дренируется обильная слизисто-гнойная мокрота с прожилками крови. Пульс = 99 в мин, ритмичный. АД 130/80 мм рт. ст.

SaO₂ - 92%;

газы артериальной крови: PO₂ - 42,1 мм рт. ст.;
насыщение O₂ - 83,4%

SMRT-CO - 4 балла - лечение в условиях ОРИТ

Неэффективность антибактериальной терапии ВП. Причины

- Задержка с началом антибиотикотерапии
 - Несоответствие стартовой терапии национальным рекомендациям
 - Недооценка факторов риска антибиотикорезистентных микроорганизмов
 - Альтернативный диагноз
-

Летальность у госпитализированных пациентов с ВП (%)

	N	Рекомендации	АБТ согласно реком.	Несоотв. АБТ реком.	ОШ*
Menendez et al., 2005	1288	SEPAR	5,4	8,9**	-
Bodi et al., 2005	529	IDSA	24,2	33,2**	-
Mortensen et al., 2006	787	IDSA / ATS	-	-	0,37**
Dean et al., 2006	17728	ATS	-	-	0,89**
Blasi et al., 2008	2847	FADOI	-	-	0,77**

* ОШ - отношение шансов ** различия достоверны ($p < .05$)

Ведение больных ВП в ОРИТ (пациенты без факторов риска *P. aeruginosa* и аспирации)

Клинические рекомендации
по диагностике, лечению
и профилактике тяжелой
внебольничной пневмонии
у взрослых

Отделение
интенсивной
терапии

Препараты выбора

Цефотаксим
Цефтриаксон
Амокси-/клавуланат
Эртапенем

+ кларитромицин, *
азитромицин

или

Новый ФХ + цефалоспорин III
поколения

* в РФ парентеральная форма кларитромицина зарегистрирована под торговым названием Клацид®

Комбинированная АБТ ВП vs. монотерапия бета-лактамом

Ретроспективные исследования

Авторы	Характеристика, n	β -Л + М лучше β -Л*
Gleason, 1999	≥ 65 лет; 12945	ДА**
Burgess, 2000	≥ 18 лет; 213	НЕТ
Houck, 2001	≥ 65 лет; 10069	ДА***
Waterer, 2001	≥ 18 лет, пневмококковая ВП с бактериемией; 225	ДА (у пациентов с PSI > 90 баллов)
Brown, 2003	≥ 18 лет; 44814	ДА
Metersky, 2007	ВП с бактериемией; 2209	ДА****
Tessmer, 2009	1854	ДА*****

* - госпитальная летальность (14- и/или 30-дневная летальность)

** - превосходство ЦII-III + М над ЦIII, но не ампициллина/сульб. + М над Ц III

*** - переменное превосходство (год от года)

**** - превосходство в случае β -Л+М, но не β -Л+тетрациклин или ФХ

***** - превосходство у пациентов с CRB65 \geq 2

Комбинированная АБТ ВПТ vs. монотерапия бета-лактамом

Проспективные исследования

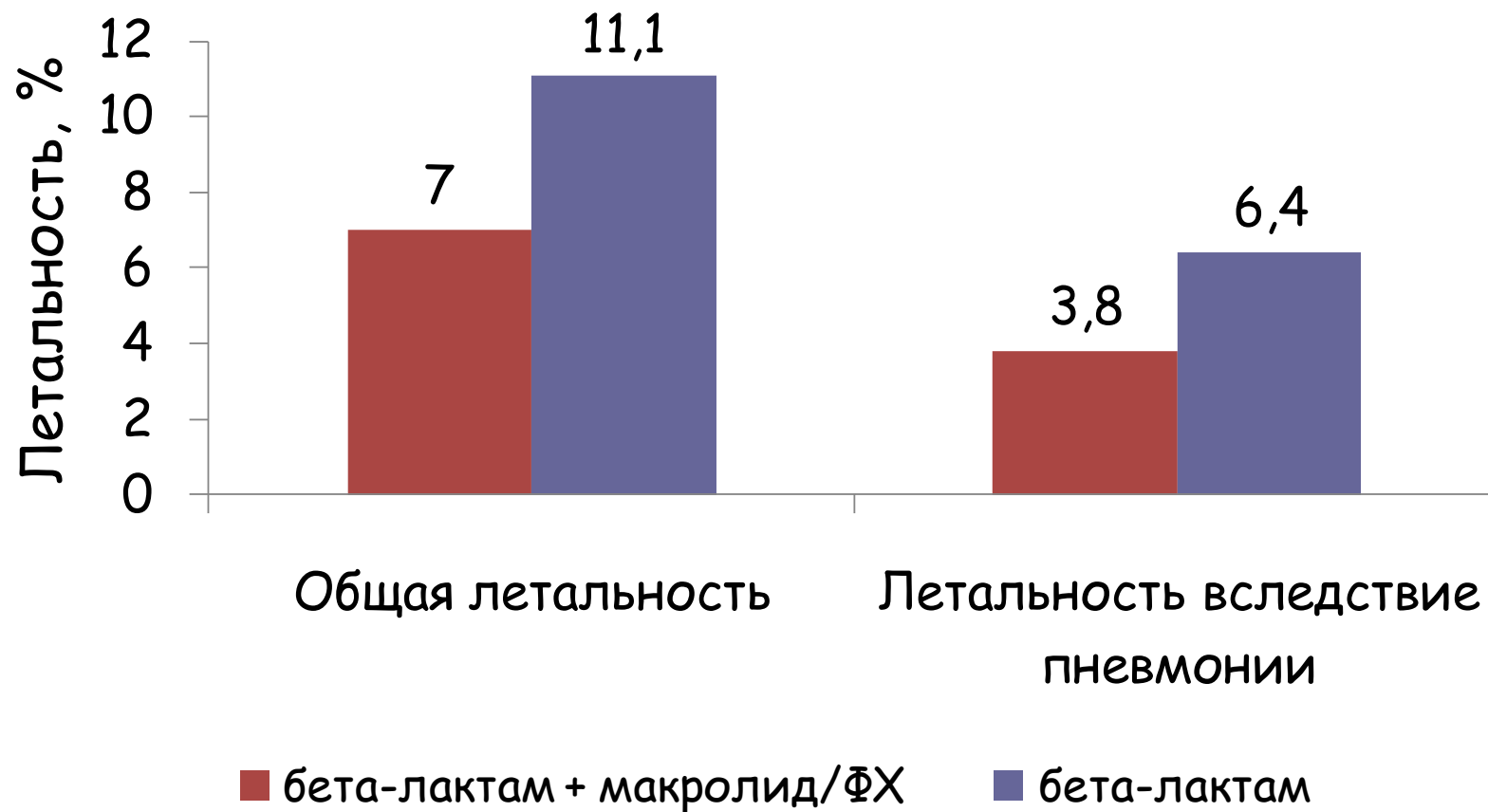
Авторы	Характеристика, n	β -Л + М лучше β -Л*
Dudas, 2000	≥ 18 лет; 2963	ДА**
Martinez, 2003	Пневмококковая ВПТ с бактериемией ; 409	ДА
Baddour, 2004	≥ 15 лет; пневмококковая ВПТ с бактериемией; 582	ДА***
Garcia, 2005	> 14 лет, 1188	ДА

* - госпитальная летальность (14- и / или 30-дневная летальность)

** - включая больных в палатных отделениях и в ОИТ

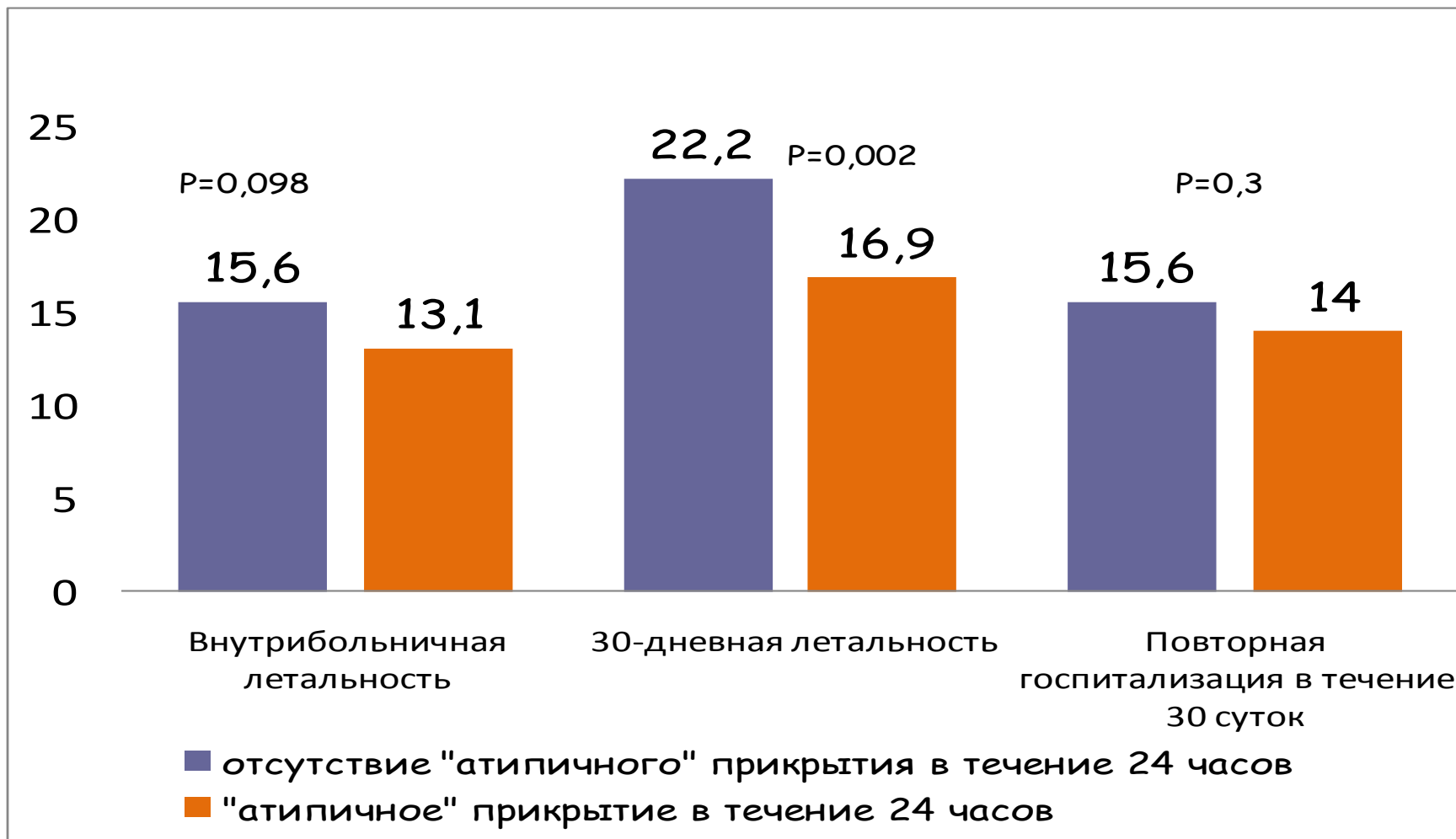
*** - больные в ОИТ

Преимущества комбинированной АБТ ВП

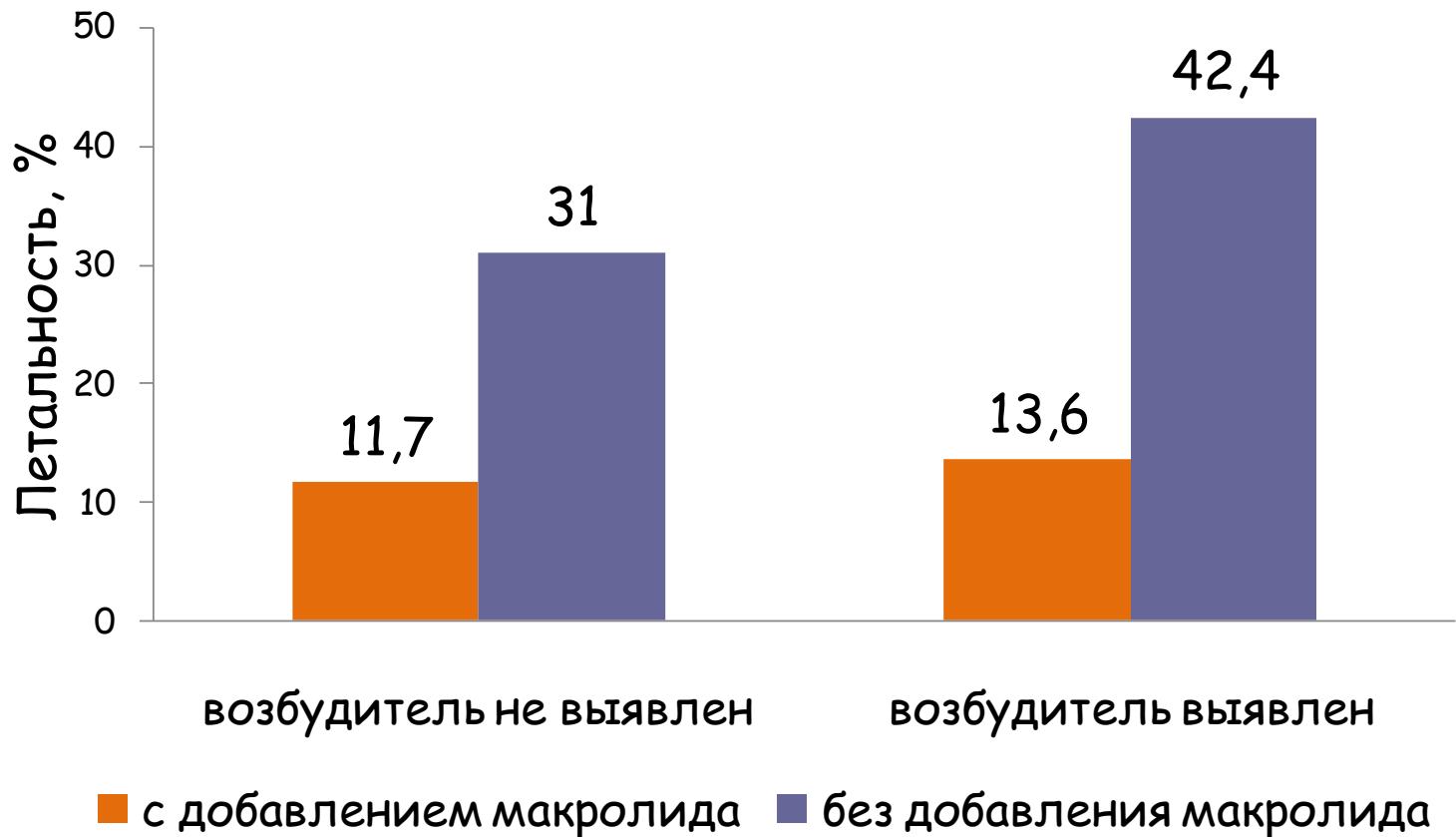


Arnold F. et al. Am J Respir Crit Care Med. 2007; 175(10): 1086-93.

Преимущества комбинированной АБТ ВП



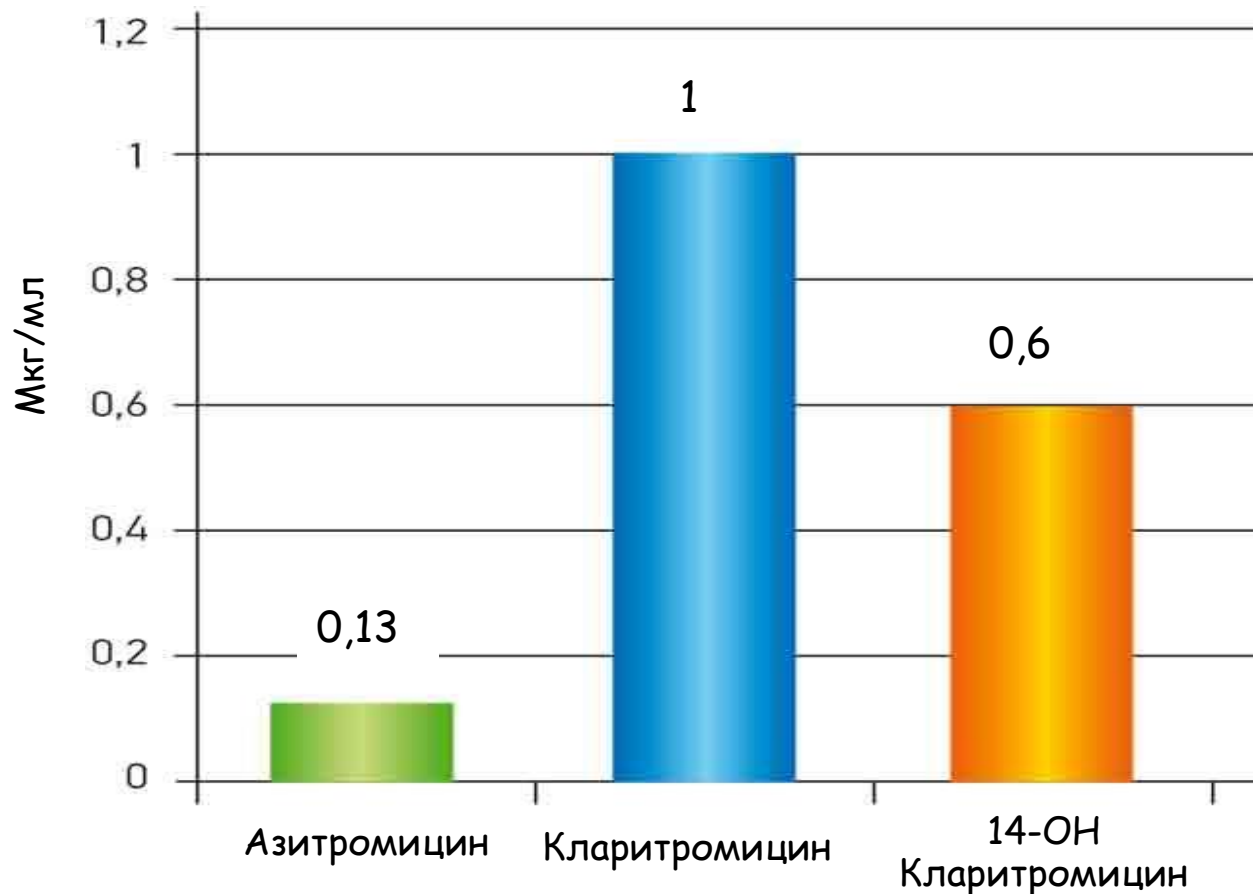
Преимущества комбинированной АБТ при ВП + СЕПСИС



Превосходство комбинированной АБТ ВП: возможные объяснения

- Активность в отношении типичных и «атипичных» возбудителей (распространенность микст-инфекции)
 - Потенциальный синергизм антибиотиков различных классов (различные точки приложения: β -лактамы \rightarrow нарушение синтеза стенки бактериальной клетки; макролиды \rightarrow ингибирование синтеза белка микробной клеткой \rightarrow снижение продукции факторов вирулентности)
 - Противовоспалительный эффект макролидов
-

Концентрация в плазме антимикробных препаратов через 6 часов



Этиологическая структура ВП, %

Возбудители	Амбул. больные	Госпитал. больные (не в ОИТ)	Госпитал. больные (в ОИТ)
<i>S. pneumoniae</i>	38	27	28
<i>M. pneumoniae</i>	8	5	2
<i>H. influenzae</i>	13	6	7
<i>C. pneumoniae</i>	21	11	4
<i>S. aureus</i>	1,5	3	9
<i>Enterobacteriaceae</i>	0	4	9
<i>P. aeruginosa</i>	1	3	4
<i>Legionella spp.</i>	0	5	12
<i>RS-virus</i>	17	12	3
???	50	41	45

Нужны ли нам «новые» режимы АБТ ВПТ?

- Отсутствие эффекта эмпирической терапии у больных, госпитализированных с ВПТ, в Европе варьирует от 5 до 25% ¹
- Частота модификаций первоначального лечения у больных с ВПТ, требующих внутривенной антибиотикотерапии, высока (37%) ²
- *S. pneumoniae* с пониженной чувствительностью к пенициллину представляют собой серьезную проблему ³

¹ Woodhead M et al., 2005; ² Liu Y et al., 2009; ³ Imai S et al., 2009

Динамика антибиотикорезистентности *S. pneumoniae* В РФ (2011-2012 гг.)

Наименование АБ препарата	2011 г. (n=159)			2012 г. (n=181)		
	Ч,%	УР,%	Р,%	Ч,%	УР,%	Р,%
Пенициллин G	91.8	6.9	1.3	91.2	5.0	3.9
Амоксициллин	95.6	3.8	0.6	93.9	3.3	2.8
Цефтриаксон	98.1	1.3	0.6	91.7	3.3	5.0
Цефтаролин	100	-	-	100	-	-
Эритромицин	69.8	1.9	28.3	68.5	1.7	29.8
Моксифлоксацин	100	0	0	100	-	-
Тетрациклин	60.4	3.1	36.5	57.5	3.9	38.7
Линезолид	100	-	-	100	-	-
Ванкомицин	96.9	-	-	100	-	-

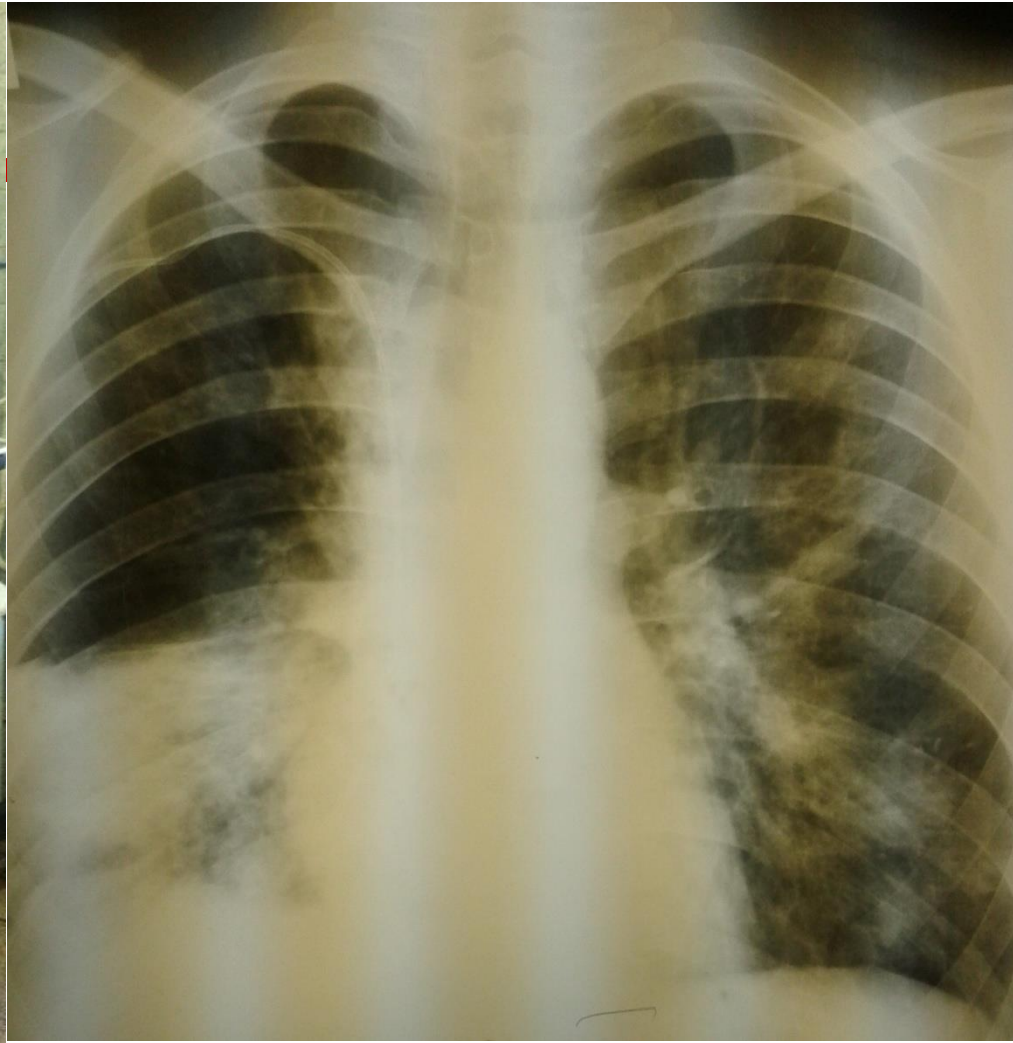
Примечание: Ч- чувствительные, УР- умереннорезистентные, Р-резистентные

Многоцентровое исследование ЦЕРБЕРУС, данные НИИАХ, 2013 г. (из доклада Рачиной С.А., 2014)

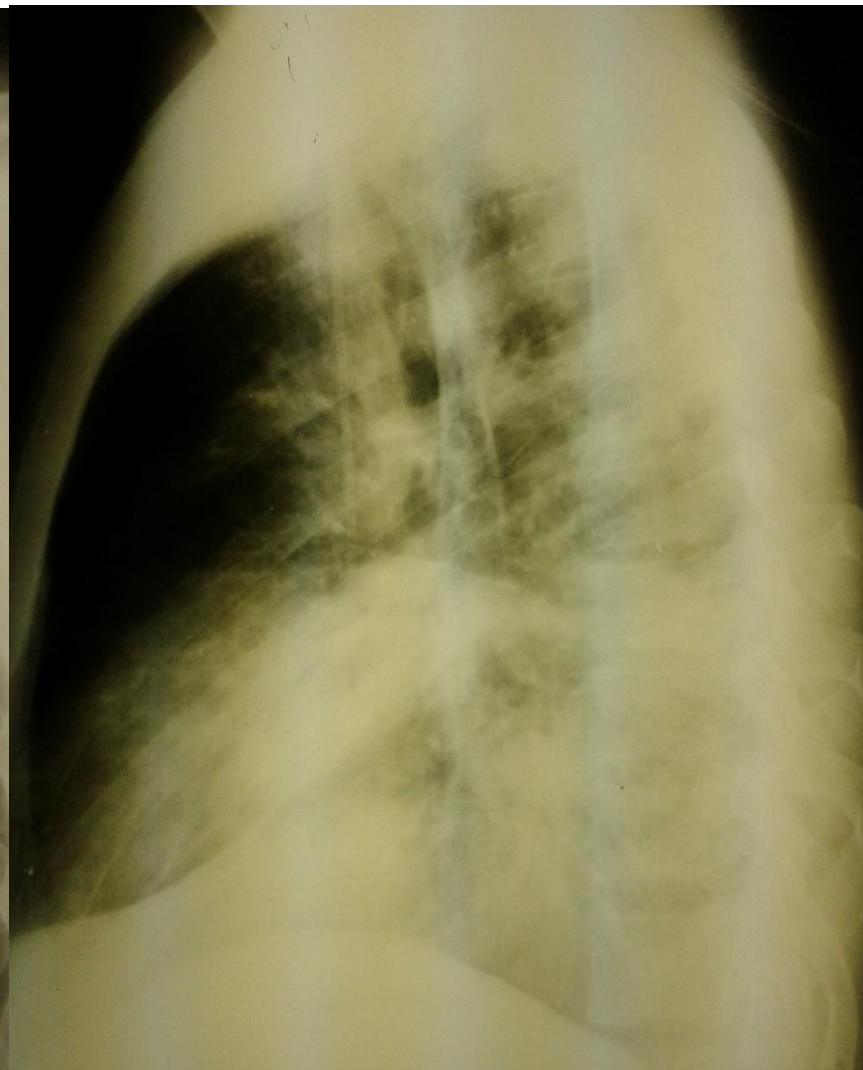
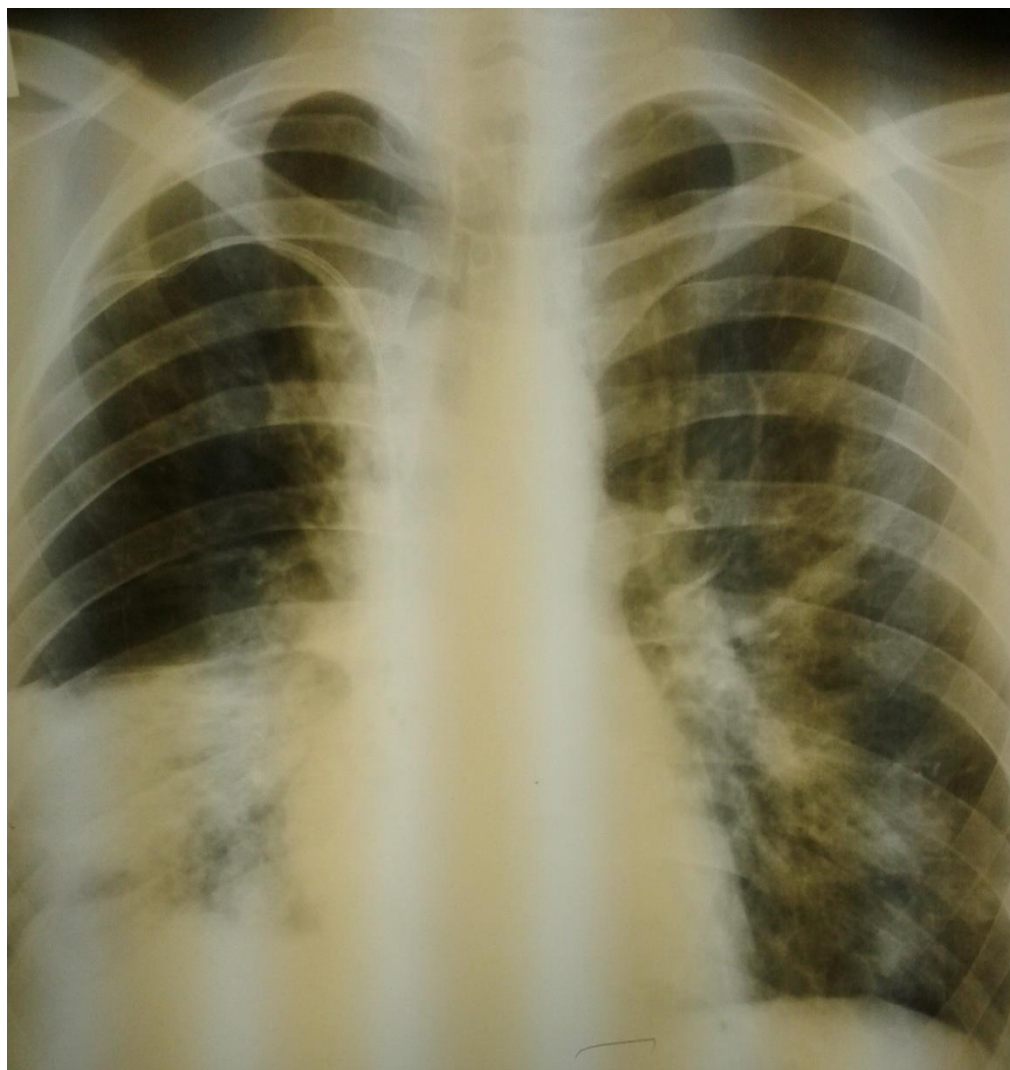
Staphylococcus aureus - актуальный возбудитель тяжелой ВП

- Рост числа ВП, вызванных *S. aureus* в последние годы
- Частота встречаемости повышается во время эпидемии гриппа, у пациентов с факторами риска (инвазивные процедуры, недавняя госпитализация, проживание в домах престарелых)
- Частота стафилококковых инфекций чрезвычайно высока в организованных коллективах (военнослужащие)

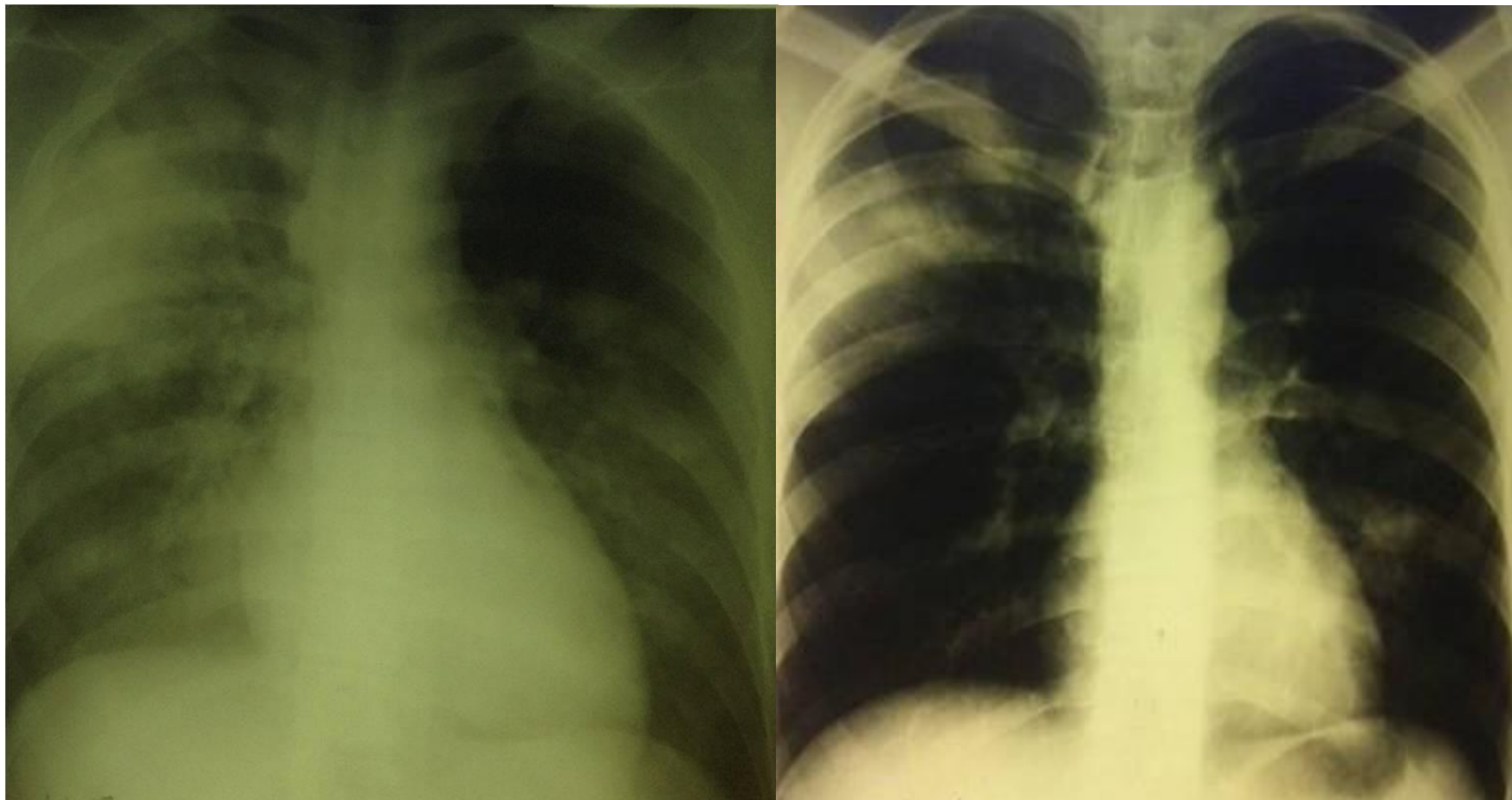
Больной Ф.



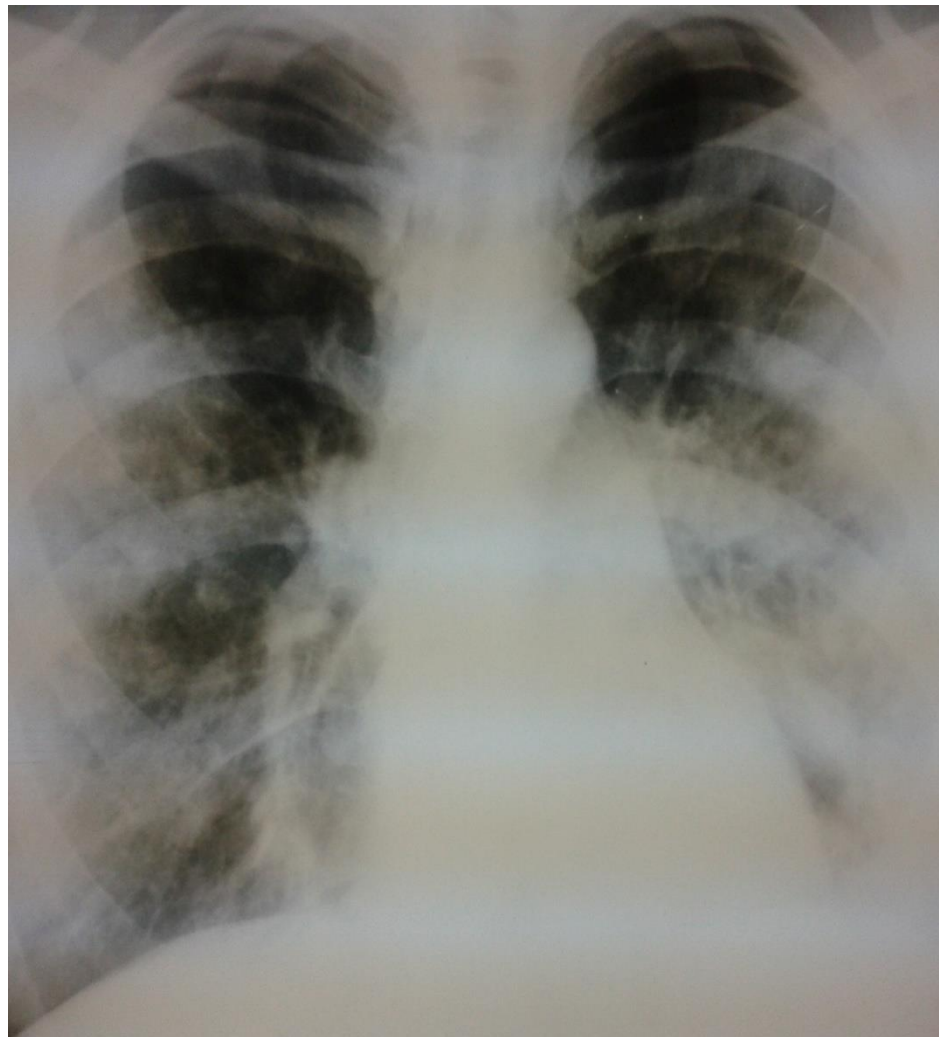
Больной Ф.



Больной В.



Больной Д.



БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРИЯ
1586 ОБКГ

Отд. 18 Пал. 442 Дата 17.11 № 630

Ф. И. О. Восирчиков Б. П.

Посев мокр. на микрофлору, определение чувствительности к антибиотикам.

- Staphylococcus aureus >10⁶
-
-

АНТИБИОТИКИ	РЕЗУЛЬТАТ		
	1	2	3
АМПИЦИЛЛИН	усит		
ГЕНТАМИЦИН			
КАНАМИЦИН			
КАРБЕНИЦИЛЛИН			
ЛЕВОМИЦЕТИН			
ЛИНКОМИЦИН			
ТЕТРАЦИКЛИН	усит		
ОКСАЦИЛЛИН	у-усит		
ПЕНИЦИЛЛИН	усит		
ПОЛИМЕКСИН			
СТРЕПТОМИЦИН			
ЭРИТРОМИЦИН	усит		
РИФАМПИЦИН	чуб		
ДОКСИЦИКЛИН			
КЛАФОРАН			
ТАРИВИД левофлоксацин	усит		
ФУЗИДИН азитромицин	усит		
ЦЕФАЛЕКСИН			
ЦЕФАЗОЛИН			
ЦЕФАТОКСИМ	у-усит		
АМИКАЦИН			
ОФЛОКСАЦИН	усит		
ЦИПРОФЛОКСАЦИН			
ЦЕФТАЗИДИМ			
ИМИПЕНЕМ	чуб		
КЛИНДАМИЦИН			
ФЛУКОНАЗОЛОМ			
ванкомицин	чуб		

« 19 » 11 2014 г.

АКМ -

БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРИЯ
1586 ОБКГ

Отд. 18 Пал. 444 Дата 28.07 № 460

Ф. И. О. Фроловцев М. В.

Посев мокр. на микрофлору, определение чувствительности к антибиотикам. 8

- Staphylococcus aureus 4-10
-
- Candida albicans

АНТИБИОТИКИ	РЕЗУЛЬТАТ		
	1	2	3
АМПИЦИЛЛИН	усит		
ГЕНТАМИЦИН			
КАНАМИЦИН			
КАРБЕНИЦИЛЛИН			
ЛЕВОМИЦЕТИН			
ЛИНКОМИЦИН			
ТЕТРАЦИКЛИН	усит		
ОКСАЦИЛЛИН	усит		
ПЕНИЦИЛЛИН	усит		
ПОЛИМЕКСИН			
СТРЕПТОМИЦИН			
ЭРИТРОМИЦИН	усит		
РИФАМПИЦИН			
ДОКСИЦИКЛИН			
КЛАФОРАН			
ТАРИВИД			
ФУЗИДИН			
ЦЕФАЛЕКСИН			
ЦЕФАЗОЛИН			
ЦЕФАТОКСИМ			
АМИКАЦИН			
ОФЛОКСАЦИН	усит		
ЦИПРОФЛОКСАЦИН	усит		
ЦЕФТАЗИДИМ	усит		
ИМИПЕНЕМ	чуб		
КЛИНДАМИЦИН			
ФЛУКОНАЗОЛОМ			

ванкомицин чуб
« 30 » 07 2014 г.

АКМ -

Отд. 20 Пал. Дата 16.11 № 13

Ф. И. О. Дрестякин П. И.

Посев мокр. на микрофлору, определение чувствительности к антибиотикам.

- Staphylococcus aureus 7-10⁶
-
- Candida albicans

АНТИБИОТИКИ	РЕЗУЛЬТАТ		
	1	2	3
АМПИЦИЛЛИН	усит		
ГЕНТАМИЦИН			
КАНАМИЦИН флуцидозин			усит
КАРБЕНИЦИЛЛИН			
ЛЕВОМИЦЕТИН	усит		
ЛИНКОМИЦИН вориноксацин			чуб
ТЕТРАЦИКЛИН	усит	063	
ОКСАЦИЛЛИН	усит		
ПЕНИЦИЛЛИН	усит		
ПОЛИМЕКСИН			
СТРЕПТОМИЦИН			
ЭРИТРОМИЦИН	усит		
РИФАМПИЦИН	усит		
ДОКСИЦИКЛИН гидрогерицин			чуб
КЛАФОРАН		mic < 0.500	
ТАРИВИД левофлоксацин	усит		
ФУЗИДИН итраконазол			чуб
ЦЕФАЛЕКСИН		mic < 0.125	
ЦЕФАЗОЛИН			
ЦЕФАТОКСИМ	усит		
АМИКАЦИН			
ОФЛОКСАЦИН	усит		
ЦИПРОФЛОКСАЦИН			
ЦЕФТАЗИДИМ			
ИМИПЕНЕМ	чуб		
КЛИНДАМИЦИН	усит		
ФЛУКОНАЗОЛОМ	mic < 1.000		чуб
ванкомицин	чуб		

« 17 » 12 2014 г.

АКМ -

Больной Гавриш Д.И., 1995 г.р (история болезни)

Из анамнеза: «...11.04.15 г. отметил припухлость V пальца левой стопы. 12.04.15г обратился к врачу в связи с появлением «дергающей» боли, палец обработан, наложена повязка с левомеколем. С 14 апреля отметил нарастание боли, повысилась температура тела до 40°C.

15 апреля отметил появление «затрудненного» дыхания, болей в правой и левой половине грудной клетке. 16.04.15 г. госпитализирован в хирургическое отделение (вскрытие гнойного очага по тыльной поверхности V пальца левой стопы)

Больной Гавриш Д.И., 1995 г.р (история болезни)

16.04.15 г. при рентгенологическом исследовании ОГК выявлена инфильтрация в нижней доле правого легкого.

Антибактериальная терапия: метронидазол, цефотаксим

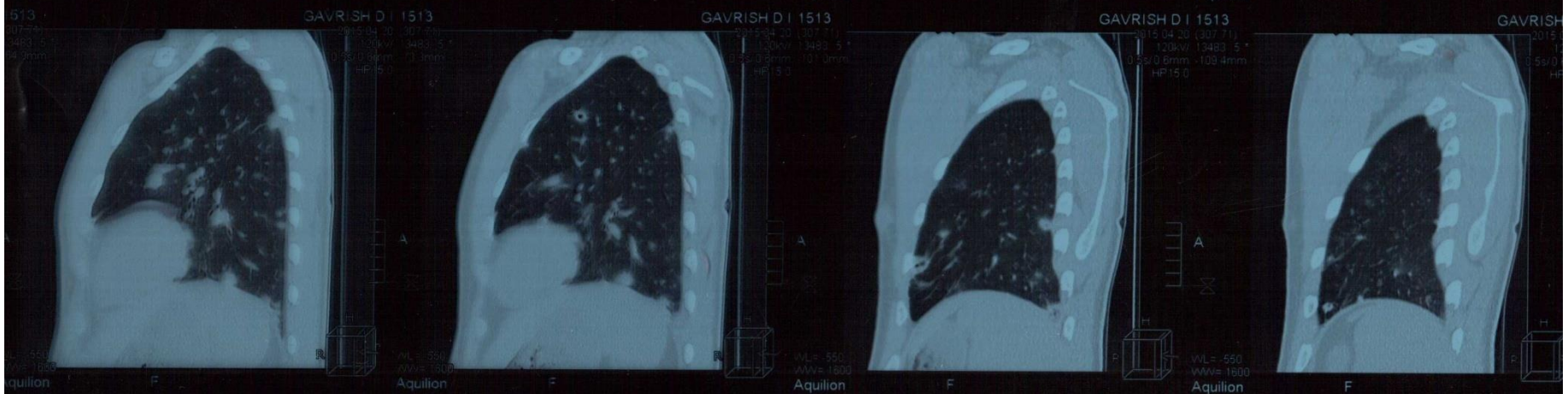
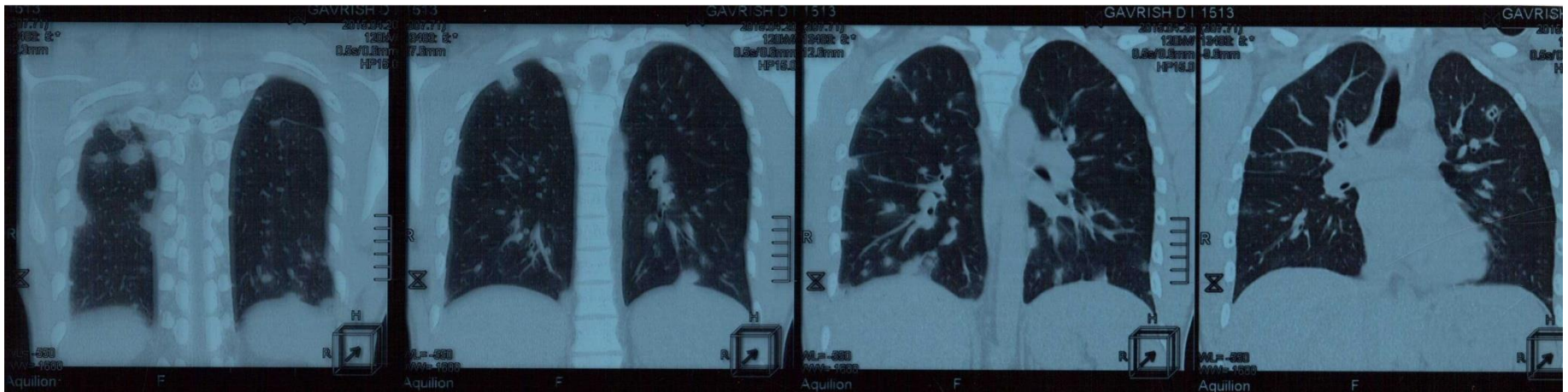
При контрольном рентгенологическом исследовании - отрицательная динамика в виде появления инфильтрации в левом легком.

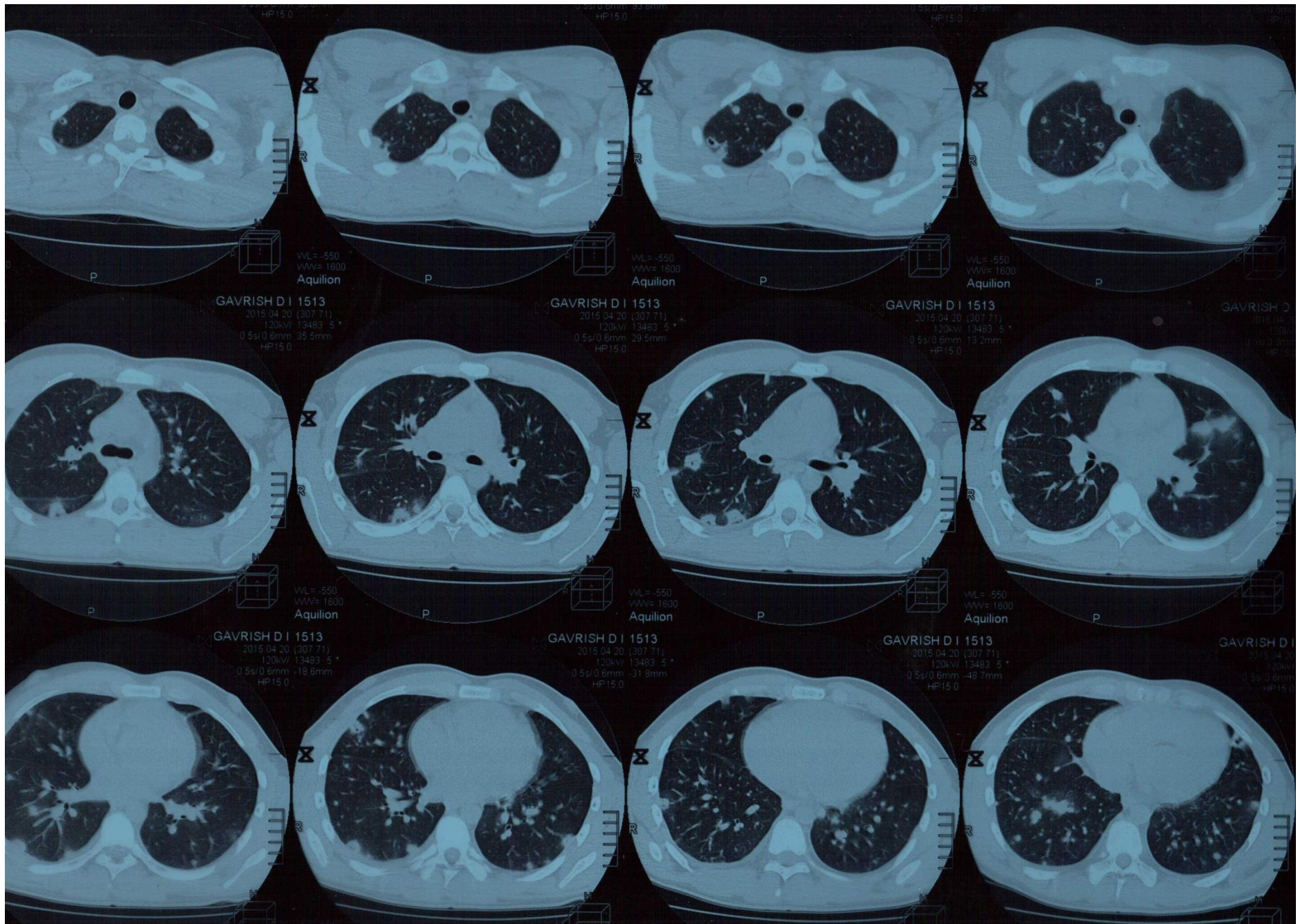
Фебрильная лихорадка

С 19.04.15 - ванкомицин 2.0 в/в, имипинем 3.0 в/в

Сохраняется фебрильная лихорадка

Переведен в ГВКГ им. Н.Н. Бурденко 24.04.15



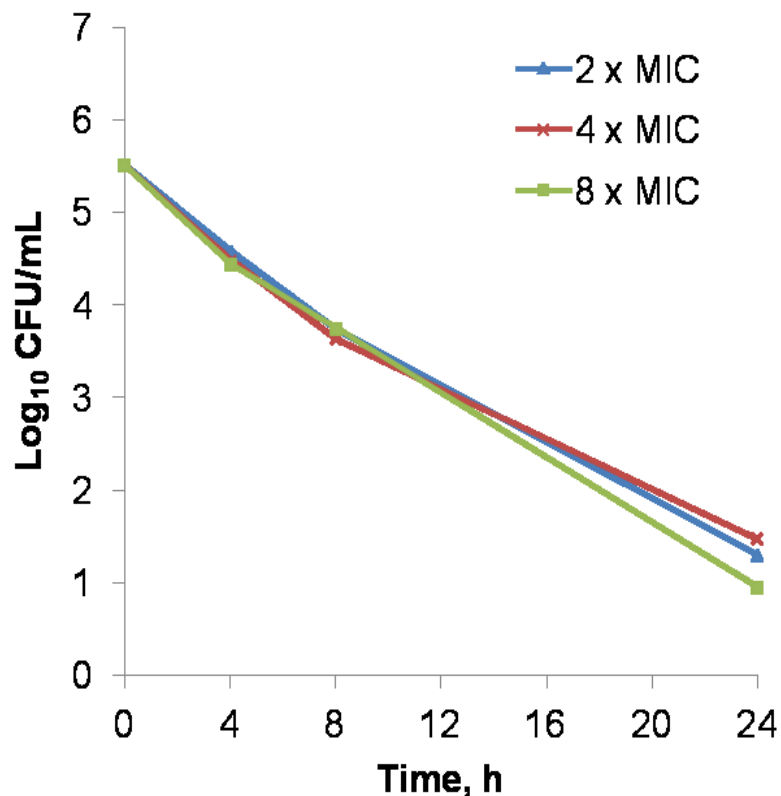


Ведение больных ВП в ОРИТ (пациенты без факторов риска *P. aeruginosa* и аспирации)

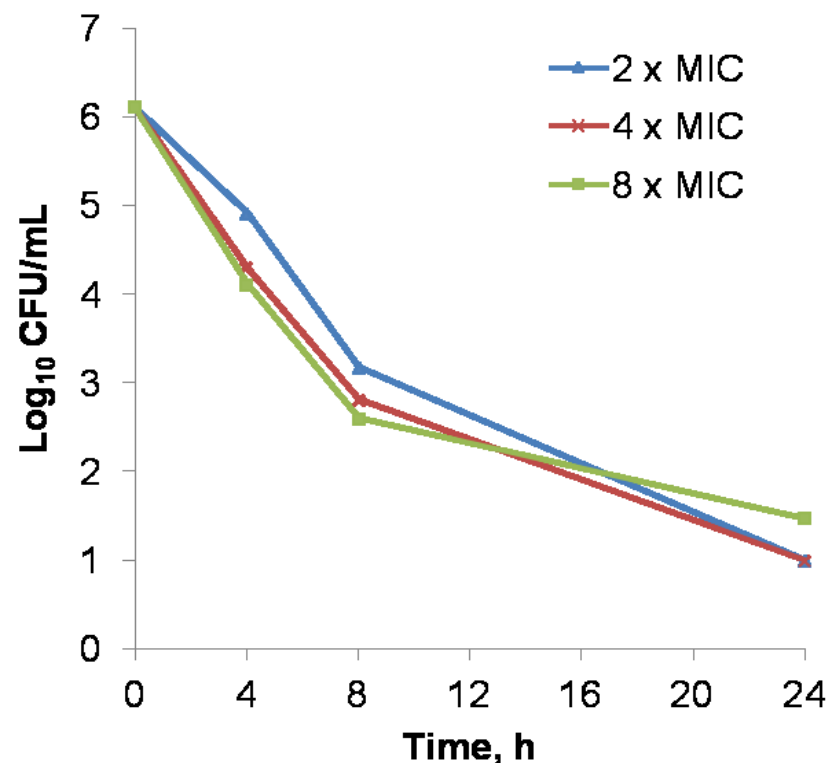
Отделение интенсивной терапии	Препараты выбора
	Амокси-/клавуланат Цефотаксим Цефтриаксон Цефтаролин Эртапенем
	+ кларитромицин, азитромицин
	или
	Новый ФХ + цефалоспориин III поколения

Цефтаролин - бактерицидное действие в отношении грамположительных микроорганизмов

Streptococcus pneumoniae



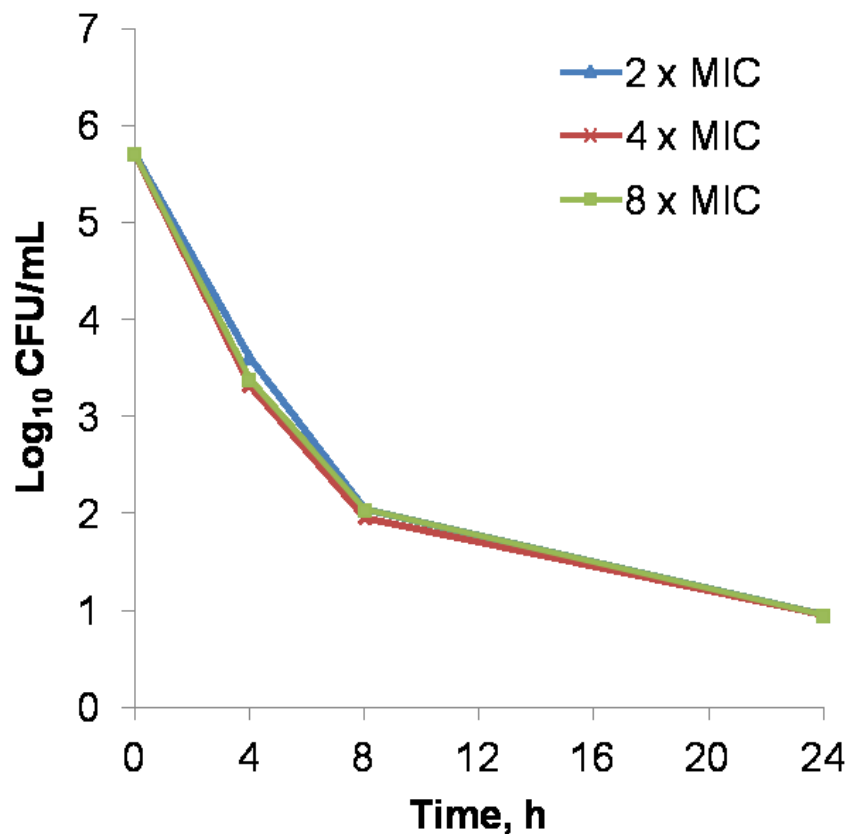
Staphylococcus aureus (MRSA)



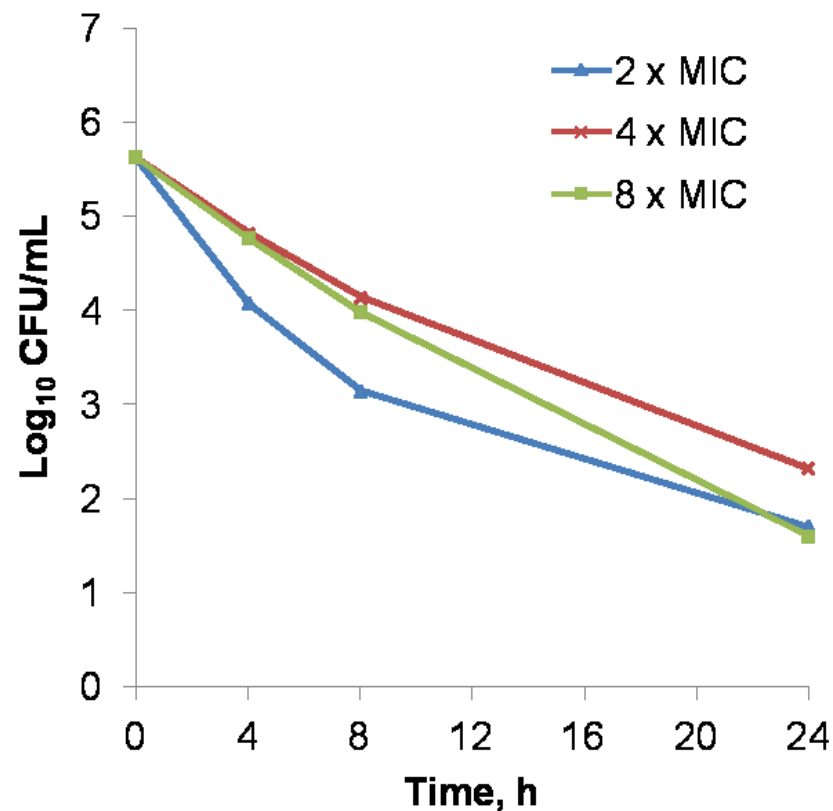
Антипневмококковая активность в 8 раз выше чем у цефтриаксона

Цефтаролин - бактерицидное действие в отношении грамотрицательных микроорганизмов

Klebsiella pneumoniae



Enterobacter cloacae



FOCUS 1&2.

Клиническая эффективность

Integrated Analysis of FOCUS 1 and FOCUS 2: Randomized, Doubled-Blinded, Multicenter Phase 3 Trials of the Efficacy and Safety of Ceftaroline Fosamil versus Ceftriaxone in Patients with Community-Acquired Pneumonia

Thomas M. File, Jr.^{1*}, Donald L. Lewis^{2*}, Paul B. Eckberg³, George H. Talbot⁴, H. David Friedman⁵, Jon Lee⁶, Lily Liaw⁷, Ian Critchley⁸ and Dirk Thye⁹
¹Northeast Ohio Veterans Affairs Medical Center, ²University of Michigan, ³University of California, ⁴University of California, ⁵University of California, ⁶University of California, ⁷University of California, ⁸University of California, ⁹University of California

	Цефтаролин, n/N (%)	Цефтриаксон 1 г, n/N (%)	Различия (95% ДИ)
Популяция MITT			
FOCUS 1	244/291 (83,8)	233/300 (77,7)	6,2 (-0,2, 12,6)
FOCUS 2	235/289 (81,3)	206/273 (75,5)	5,9 (-1,0, 12,7)
FOCUS 1 и 2	479/580 (82,6)	439/573 (76,6)	6,0 (1,4, 10,7)
Популяция CE			
FOCUS 1	194/224 (86,6)	183/234 (78,2)	8,4 (1,4, 15,4)
FOCUS 2	193/235 (82,1)	166/215 (77,2)	4,9 (-2,5, 12,5)
FOCUS 1 и 2	387/459 (84,3)	349/449 (77,7)	6,7 (1,6, 11,8)

File T.M., et al. Clin Infect Dis 2010; 51: 1395-1405

FOCUS 1&2. Эффективность в зависимости от возбудителя

Integrated Analysis of FOCUS 1 and FOCUS 2: Randomized, Doubled-Blinded, Multicenter Phase 3 Trials of the Efficacy and Safety of Ceftaroline Fosamil versus Ceftriaxone in Patients with Community-Acquired Pneumonia

Thomas M. File, Jr.^{1*}, Donald E. Low^{2*}, Paul B. Eckburg³, George H. Talbot⁴, H. David Friedman⁵, Jim Lee⁶, Lily Larson⁷, Ian Critchley⁸ and Dirk Thye⁹
 *Northwestern Ohio Veterans Affairs Medical Center, Pharmacy, Rootstown, and Eastern Health System, Akron, Ohio, *Northwestern Ohio Veterans Affairs Medical Center, Pharmacy, Rootstown, and Eastern Health System, Akron, Ohio, *Northwestern Ohio Veterans Affairs Medical Center, Pharmacy, Rootstown, and Eastern Health System, Akron, Ohio, *Northwestern Ohio Veterans Affairs Medical Center, Pharmacy, Rootstown, and Eastern Health System, Akron, Ohio, *Northwestern Ohio Veterans Affairs Medical Center, Pharmacy, Rootstown, and Eastern Health System, Akron, Ohio, *Northwestern Ohio Veterans Affairs Medical Center, Pharmacy, Rootstown, and Eastern Health System, Akron, Ohio, *Northwestern Ohio Veterans Affairs Medical Center, Pharmacy, Rootstown, and Eastern Health System, Akron, Ohio, *Northwestern Ohio Veterans Affairs Medical Center, Pharmacy, Rootstown, and Eastern Health System, Akron, Ohio, *Northwestern Ohio Veterans Affairs Medical Center, Pharmacy, Rootstown, and Eastern Health System, Akron, Ohio, *Northwestern Ohio Veterans Affairs Medical Center, Pharmacy, Rootstown, and Eastern Health System, Akron, Ohio

Исходный возбудитель [†]	Цефтаролин, n/N (%)	Цефтриаксон 1 г, n/N (%)
Грамположительные		
<i>S. pneumoniae</i>	59/69 (85,5)	48/70 (68,6)
MSSA	18/25 (72,0)	18/30 (60,0)
Грамотрицательные		
<i>H. influenzae</i>	17/20 (85,0)	20/24 (83,3)
<i>H. parainfluenzae</i>	16/17 (94,1)	15/18 (83,3)
<i>K. pneumoniae</i>	14/15 (93,3)	10/13 (76,9)
<i>E. coli</i>	10/12 (93,3)	9/13 (69,2)

Антимикробная терапия тяжелой ВП. Ключевые моменты

- У пациентов с ВП на фоне гриппа препараты выбора - ингибиторозащитные аминопенициллины, цефтаролин (↑ антистафилококковая активность)
- При наличии факторов риска инфицирования полирезистентными штаммами пневмококка, предпочтение следует отдавать цефтаролину

Больной К., 1960 г.р (история болезни)

Из анамнеза: «...болен с 04.04.15 г., когда появились недомогание, сухой кашель, слабость, повысилась температура тела до 38°C. Лечился самостоятельно

08.04.14 при Rg ОГК - инфильтрация в S4 левого легкого

Лабораторно - лейкопения до $2,5 \times 10^9$ /л

Получал АБТ - цефтриаксон 2 г/сутки

На фоне терапии сохраняется фебрильная лихорадка

При Rg ОГК от 14.04 - сохранение изменений слева, появление очагов в S3 справа

Коррекция АБТ с 14.04: + азитромицин в/в 500 мг/сутки

Больной К., 1960 г.р (история болезни)

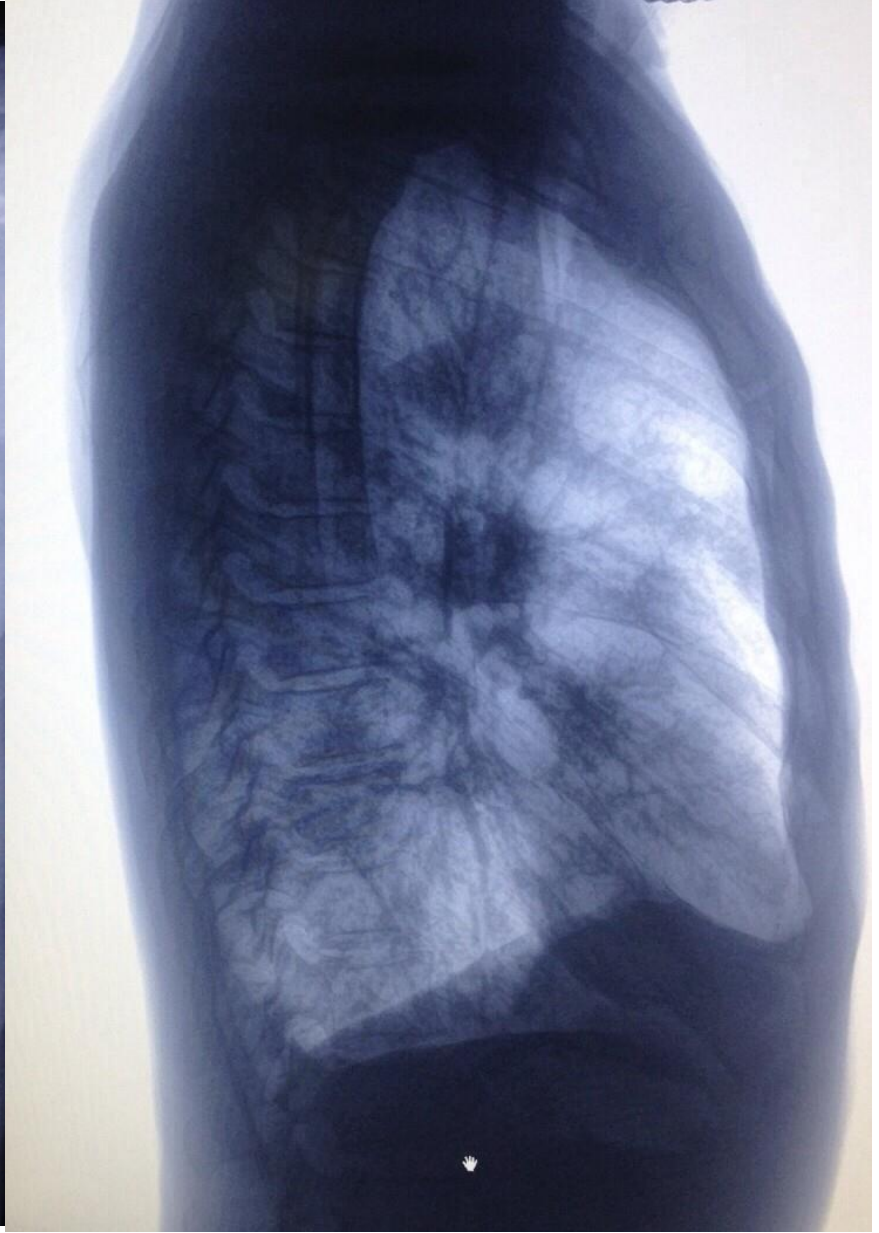
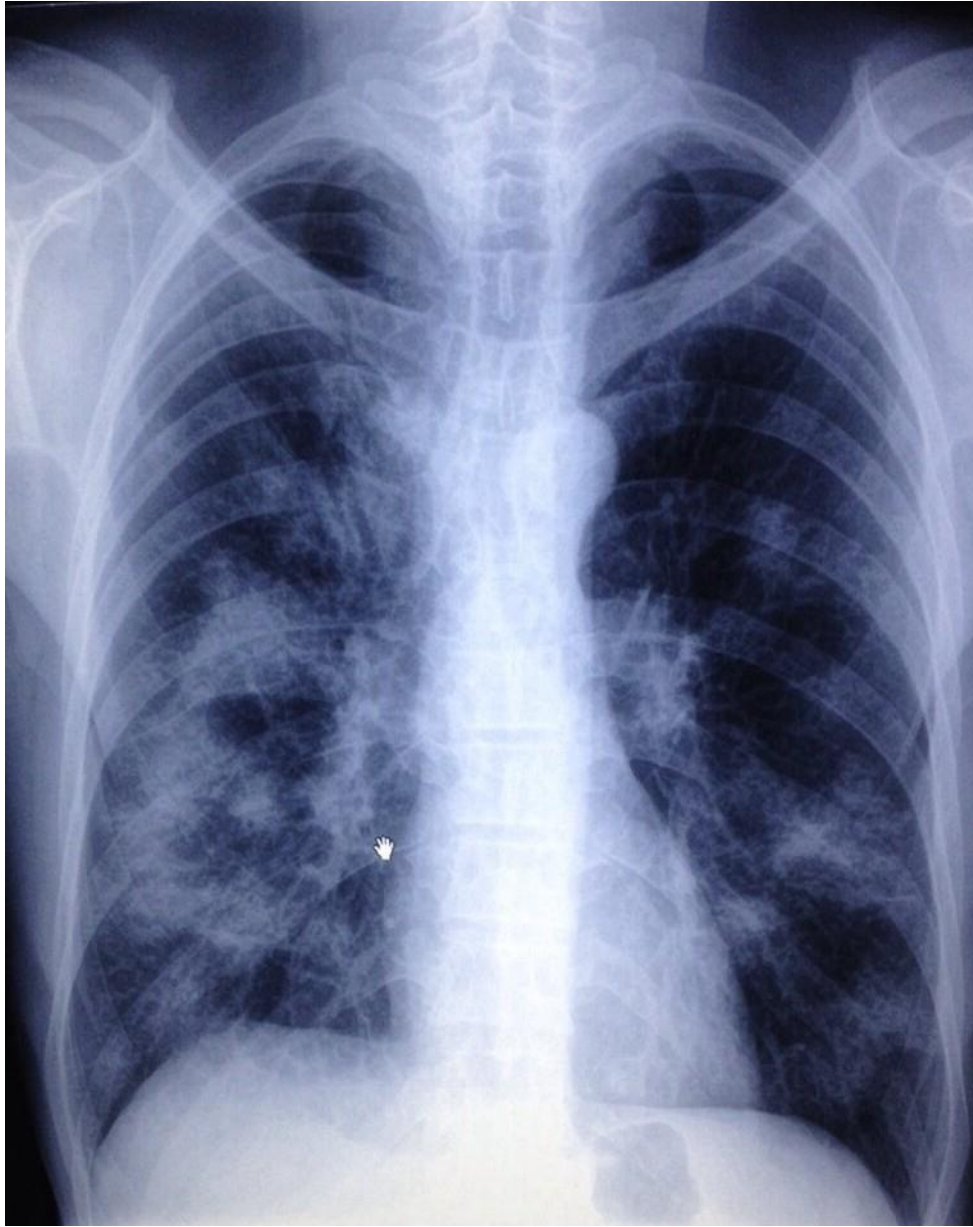
Сохраняется фебрильная лихорадка.
Лабораторно лейкопения $2,3 \times 10^9$ /л

Коррекция АБТ 18.04.15: моксифлоксацин 400 мг/сутки + ванкомицин 2 г/с

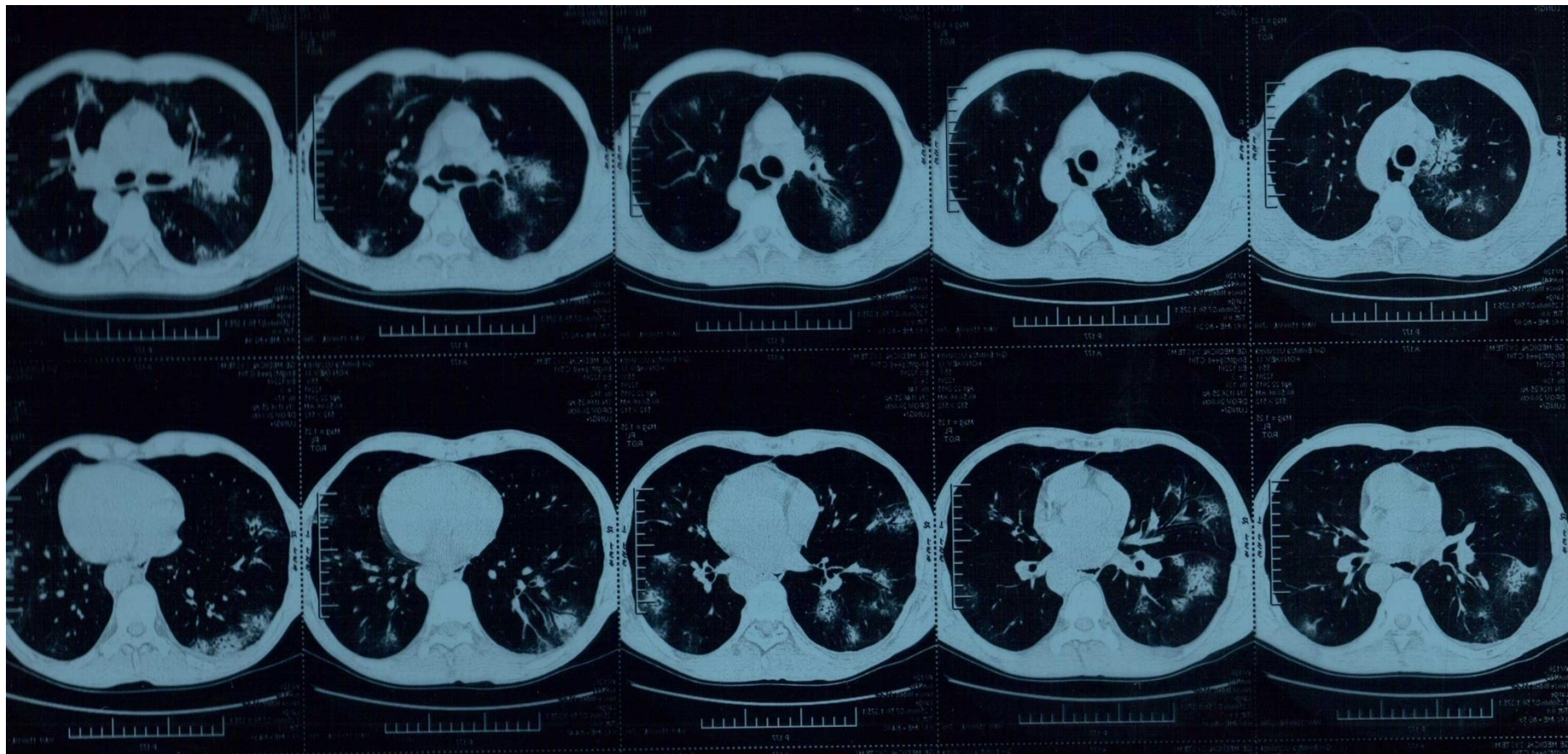
На фоне терапии характер жалоб прежний, сохраняется фебрильная лихорадка

При Rg ОГК - отрицательная динамика

Коррекция АБТ 29.04.15: левофлоксацин 500 мг/сутки + линезолид 1,2 г/с



На фоне терапии ...



ВТТ. Что нужно сделать, чтобы наши пациенты не умирали...

- Организация своевременной диагностики ВТТ (доступность Rg-обследования, внедрение определения биомаркеров - С-реактивный белок) и госпитализация при наличии показаний
- Правильная оценка тяжести и прогноза заболевания
- Рациональная антимикробная терапии (в соответствии с клиническими рекомендациями)

Благодарю за внимание!
