



ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТОВ ПАЛЛИАТИВНОГО ПРОФИЛЯ

Соколова Л.Б., к.м.н., врач-пульмонолог ГБУЗ “Московский многопрофильный центр паллиативной помощи ДЗМ”

Кондратьева Н.Е., к.м.н., специалист по учебно-методической работе ГБУЗ “Московский многопрофильный центр паллиативной помощи ДЗМ”, заместитель директора АНО “Научно-образовательный центр Евразийская онкологическая программа ЕАФО”, Евразийская Федерация онкологии

Москва, 2020 г.

ПНЕВМОНИЯ – ЭТО ОПАСНО



ПНЕВМОНИЯ – ЭТО ОПАСНО

- Около **45%** случаев внебольничной пневмонии приходится на пациентов старше 65 лет ^{1, 2}
- Общая смертность от внутрибольничной пневмонии может достигать **30%**, а в гериатрической практике – до **70%** ⁵
- Частота внутрибольничной пневмонии встречается в 5–20 случаев на 1000 госпитализированных ^{1,2,3,4}
- Самые высокие показатели у пациентов хирургического профиля, у пациентов с ослабленным иммунитетом и пожилых пациентов

1 American Thoracic Society, Infectious Diseases Society of America. Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia. Am J Respir Crit Care Med 2005; 171: 388–416.

2 Cillóniz C, Rodríguez-Hurtado D, Torres A. Characteristics and Management of Community-Acquired Pneumonia in the Era of Global Aging. Med Sci (Basel). 2018;6(2):35. Published 2018 Apr 30. doi:10.3390/medsci6020035

3«О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2018 году»

4Новиков Ю.К. https://www.rmj.ru/articles/pulmonologiya/Gospitalnye_pnevmonii/#ixzz60ioEDVSc

5 Ярыгин В.Н. Клиническая гериатрия, 2013

**ПОЧЕМУ ПАЦИЕНТЫ
ПАЛЛИАТИВНОГО ПРОФИЛЯ
ЧАСТО БОЛЕЮТ
ПНЕВМОНИЯМИ**



ПОЧЕМУ ПАЦИЕНТЫ ПАЛЛИАТИВНОГО ПРОФИЛЯ ЧАСТО БОЛЕЮТ ПНЕВМОНИЯМИ

ПОЖИЛОЙ ВОЗРАСТ

Уильям Ослер "Пневмония – друг пожилых людей"

- **возрастные изменения дыхательной системы "сенильное легкое":**
 - снижение мукоцилиарного клиренса с увеличением количества слизистых клеток и уменьшения реснитчатых клеток;
 - уменьшение количества эластических волокон;
 - снижение активности сурфактанта;
 - атрофические изменения слизистой и паренхимы легких;
 - повышение микробной колонизации респираторного тракта
- **изменения костно-мышечного скелета с уменьшением подвижности сочленений между ребрами и позвонками**

**ПОЧЕМУ ПАЦИЕНТЫ ПАЛЛИАТИВНОГО ПРОФИЛЯ ЧАСТО БОЛЕЮТ
ПНЕВМОНИЯМИ**

**МАЛАЯ МОБИЛЬНОСТЬ
ПАЦИЕНТОВ,
ГИПОДИНАМИЯ**

ПОЧЕМУ ПАЦИЕНТЫ ПАЛЛИАТИВНОГО ПРОФИЛЯ ЧАСТО БОЛЕЮТ ПНЕВМОНИЯМИ

ВЫСОКИЙ РИСК АСПИРАЦИИ

Высокий риск аспирации содержимого желудка и/или микроаспирации содержимого верхних дыхательных путей:

- дисфагия
- состояния с угнетением уровня сознания:
инсульт, судороги, медикаментозная седация

ПОЧЕМУ ПАЦИЕНТЫ ПАЛЛИАТИВНОГО ПРОФИЛЯ ЧАСТО БОЛЕЮТ ПНЕВМОНИЯМИ

СНИЖЕНИЕ ИММУНИТЕТА

- предшествующее комплексное лечение, химиотерапия, лучевая терапия, кортикостероиды
- онкологические заболевания
- повторные частые госпитализации в стационары
- сахарный диабет
- ВИЧ
- инволютивные изменения вилочковой железы

ПОЧЕМУ ПАЦИЕНТЫ ПАЛЛИАТИВНОГО ПРОФИЛЯ ЧАСТО БОЛЕЮТ ПНЕВМОНИЯМИ

СНИЖЕНИЕ КАШЛЕВОГО РЕФЛЕКСА

- возрастные изменения, «сенильное легкое»
- нейродегенеративные заболевания нервной системы
- передозировка лекарственными средствами, угнетающими дыхательный центр, например наркотические анальгетики, седативные, барбитураты

ПОЧЕМУ ПАЦИЕНТЫ ПАЛЛИАТИВНОГО ПРОФИЛЯ ЧАСТО БОЛЕЮТ ПНЕВМОНИЯМИ

НАРУШЕНИЯ «САМООЧИЩЕНИЯ» ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

- ХОБЛ
- бронхоэктазы
- рак легкого
- отек легкого
- нейромышечные заболевания
- деформации грудной клетки

**ПОЧЕМУ ПАЦИЕНТЫ ПАЛЛИАТИВНОГО ПРОФИЛЯ ЧАСТО БОЛЕЮТ
ПНЕВМОНИЯМИ**

ИНВАЗИВНЫЕ УСТРОЙСТВА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

- интубация
- трахеостомия

ПОЧЕМУ ПАЦИЕНТЫ ПАЛЛИАТИВНОГО ПРОФИЛЯ ЧАСТО БОЛЕЮТ ПНЕВМОНИЯМИ

НАЛИЧИЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ

- застойная сердечная недостаточность в сочетании с ХОБЛ

ПОЧЕМУ ПАЦИЕНТЫ ПАЛЛИАТИВНОГО ПРОФИЛЯ ЧАСТО БОЛЕЮТ ПНЕВМОНИЯМИ

ПОЛИРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПАТОГЕНОВ

- полирезистентные микроорганизмы выделяются чаще от пациентов с тяжелыми хроническими заболеваниями
- длительность госпитализации ≥ 5 дней
- антибактериальная терапия в предыдущие 90 дней

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТОВ ПАЛЛИАТИВНОГО ПРОФИЛЯ

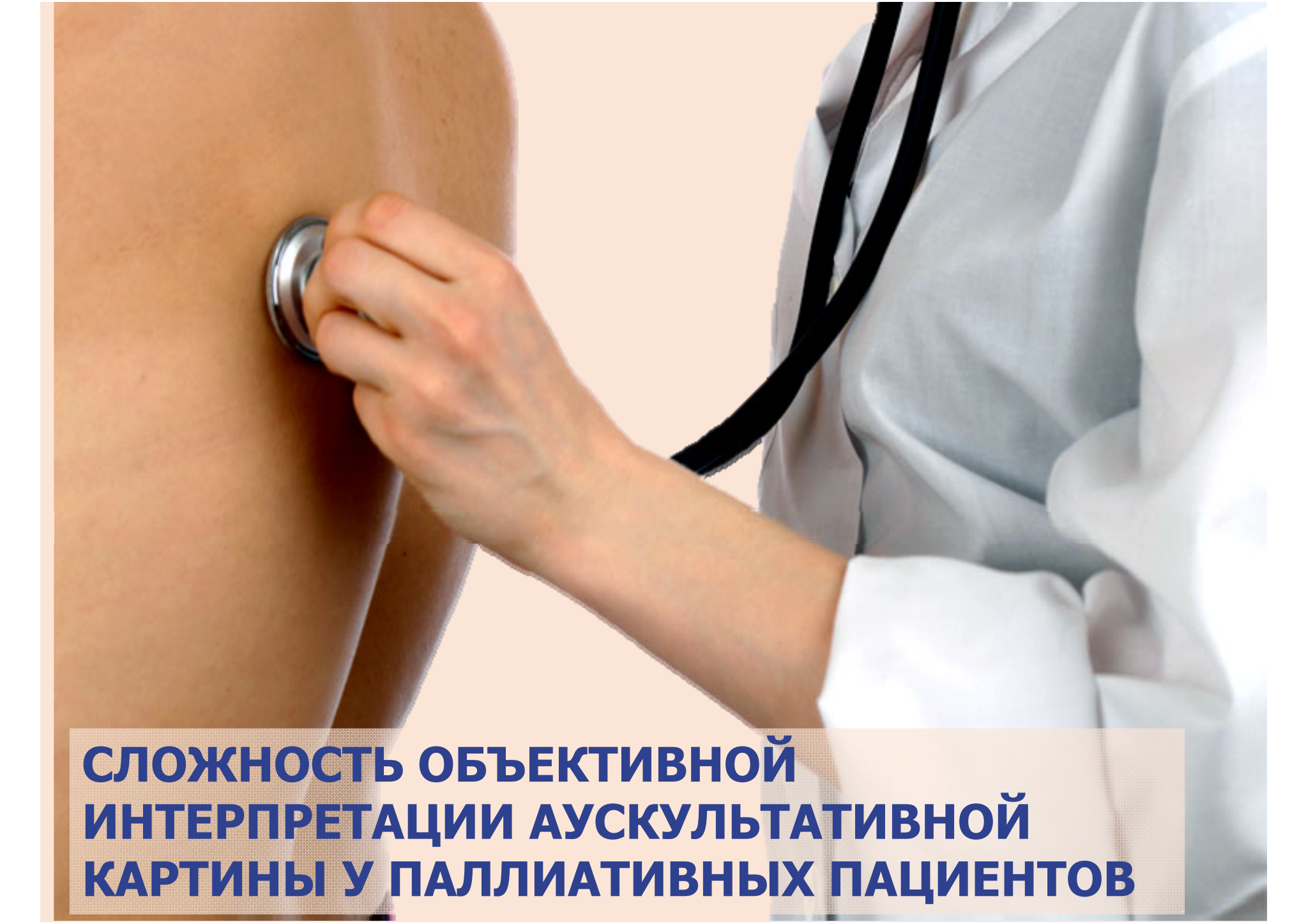
АТИПИЧНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- скудные клинические проявления без кашля и продукции мокроты, часто с отсутствием острого начала заболевания
- преобладание симптомов психоневрологической сферы (астения, изменение уровня сознания, спутанность, когнитивные расстройства, развитие возбуждения вплоть до делирия, снижение физической активности, нарушение чередования сна и бодрствования)
- неадекватный лихорадочный ответ (часто нормотермия, субфебрилитет)
- снижение или отсутствие аппетита, отказ от пищи, диспепсические расстройства
- недержание мочи
- декомпенсация и активация сопутствующих заболеваний (застойные изменения, аритмии, заболевания почек и др.)



ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ!

Спутанность сознания или другие нарушения со стороны психической сферы **в сочетании с тахипноэ** могут быть **единственными ранними признаками пневмонии у паллиативных пациентов**

A close-up photograph of a doctor's hand holding a stethoscope against a patient's bare back. The doctor is wearing a white lab coat, and the stethoscope has black tubing. The background is a solid light orange color.

**СЛОЖНОСТЬ ОБЪЕКТИВНОЙ
ИНТЕРПРЕТАЦИИ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ
КАРТИНЫ У ПАЛЛИАТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ**

СЛОЖНОСТИ ИНТЕРПРЕТАЦИИ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ КАРТИНЫ

- сложности выполнения аускультации легких у тяжелых пациентов (например с нарушенным сознанием, наличием трахеостом, на аппаратах респираторной поддержки)
- скудная аускультативная картина
- ошибочная интерпретация аускультативных данных при имеющейся сопутствующей фоновой патологии (ХОБЛ, бронхоэктазы, легочные фиброзы, левожелудочковая недостаточность)





ДЕЛАТЬ ЛИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ?

ЗА



Возможное подтверждение
диагноза

ПРОТИВ



- Сложности транспортировки на исследование
- Риск ухудшения состояния пациента при транспортировке и при проведении исследования
- Заранее прогнозируемое низкое качество исследования



ДЕЛАТЬ ЛИ ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ КРОВИ И МОЧИ?

ЗА



- Выявление воспалительных маркеров пневмонии
- Оценка функции почек для титрования дозы антибактериальной терапии
- Психологический комфорт семьи и самого пациента, в случае их настойчивой просьбы в проведении обследования

ПРОТИВ



- Сложности технического забора крови при затрудненном венозном доступе
- Неприятные ощущения у пациента – ухудшение его комфорта
- Полученные результаты не приведут к изменению нашей тактики и не повлияют на жизненный прогноз пациента



Так ЗА или ПРОТИВ?



ЗА ИЛИ ПРОТИВ

ИНДИВИДУАЛЬНО В КАЖДОМ СЛУЧАЕ

- **Каков прогноз жизни пациента:** если короткий, скорее всего против
- **Тяжесть состояния пациента:** при крайне тяжелом и нестабильно тяжелом, скорее против
- **Наличие риска транспортировки:** если есть, скорее всего против
- **Настрой семьи:** если семья настроена, скорее всего за



ВСЕГДА!

- **Думать о качестве жизни пациента**
- **Думать об облегчении страданий пациента**
- **Помнить, что семья пациента тоже является объектом нашей работы**

КЛАССИФИКАЦИЯ ПНЕВМОНИЙ



КЛАССИФИКАЦИЯ ПНЕВМОНИЙ



Амбулаторный этап

Внебольничная пневмония

- *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *S. aureus*
- *Legionella* spp, *M. pneumoniae*, *C. pneumoniae*
- Вирусы: грипп, другие респираторные вирусы



Стационарный этап

Внутрибольничная пневмония

≥ 48 часов в стационаре

- *S. aureus*
- *E. coli*, *K. pneumoniae*, *Enterobacter* spp, *P. aeruginosa*, *Acinetobacter* spp.

ИВЛ-ассоциированная пневмония

≥ 48 часов после интубации

Аспирационная пневмония

S. aureus, грамотрицательные палочки ± анаэробы

Пневмонии при иммунодефицитных состояниях

В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПРАКТИКЕ ВАЖНО ВЫДЕЛЯТЬ ВТОРИЧНЫЕ ПНЕВМОНИИ

Связанные с аспирацией и сдавлением бронхов

**Аспирационная
пневмония
J 69.0**

**Параканкротическая
пневмония**

- пневмония при болезнях, квалифицируемых в других рубриках J 17.0
- пневмония без уточнения возбудителя J 18.0

В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПРАКТИКЕ ВАЖНО ВЫДЕЛЯТЬ ВТОРИЧНЫЕ ПНЕВМОНИИ

Связанные с циркуляторными расстройствами

**Застойная
(гипостатическая)
пневмония
J 18.2**

гипостатическая пневмония
неуточненная

**Инфаркт –
пневмония
I 26.9**

АСПИРАЦИОННАЯ ПНЕВМОНИЯ

Впервые аспирационную пневмонию описал Гиппократ, и до 19 века этот недуг относился к «грудным болезням, сопровождающимся лихорадкой»

ОТ АСПИРАЦИОННОЙ ПНЕВМОНИИ УМИРАЕТ ДО ТРЕТИ ГОСПИТАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ

От 13 до 37%

Но аспирационную
пневмонию
МОЖНО
предотвратить!

216

Болезни и возбудители

С.Н. Авдеев. Аспирационная пневмония

УДК

Аспирационная пневмония

С.Н. Авдеев

НИИ Пульмонологии, Москва, Россия

Аспирация определяется как случайное попадание орофарингеального или желудочного содержимого (эндогенные субстанции) или жидкости и твердых частиц (экзогенные субстанции) в нижние дыхательные пути. Клинический ответ на аспирацию зависит от характера аспирированного материала и факторов защиты больного. Аспирационные синдромы включают в себя три вида состояний, которые различаются клинически и морфологически: (1) аспирационный пневмонит; (2) механическая обструкция дыхательных путей инородными телами; (3) аспирационная пневмония. Состояния, которые predispose к развитию аспирации, включают: снижение уровня сознания, неврологические заболевания, нарушение глотания, болезни пищевода, зондовое питание, интубация трахеи, плохое гигиеническое состояние полости рта и др. Микробиология аспирационной пневмо-

нии тесно связана с анаэробной флорой, обитающей в полости рта. Недавно проведенные исследования продемонстрировали также роль более вирулентных аэробов у больных отделений интенсивной терапии, что говорит о том, что у тяжелых больных причины аспирационной пневмонии могут быть иными. Выбор антибактериальной терапии аспирационных пневмоний зависит от тяжести заболевания, его формы (вне- или внутрибольничная), наличия факторов риска колонизации грамотрицательными микроорганизмами. Препаратами выбора при аспирационной пневмонии являются «защищенные» бета-лактамы, карбапенемы, бета-лактамы в комбинации с клиндамицином или метронидазолом, моксифлоксацин.

Ключевые слова: аспирационная пневмония, анаэробная инфекция, обзор.

ИНТЕРЕСНО, ЧТО...

Аспирация содержимым рта и носоглотки часто происходит и у здоровых людей, например, в ночное время

НО!

Аспирация не всегда вызывает пневмонию, в том числе и у паллиативных больных

ПОЧЕМУ?

УСЛОВИЯ РАЗВИТИЯ АСПИРАЦИОННОЙ ПНЕВМОНИИ

- Патологический характер аспирационного материала (повышенная кислотность, снижение кислотности на фоне приема H₂-блокаторов и ингибиторов протонной помпы, большое количество микроорганизмов и их вирулентность)
- Большой объем и характер аспирируемого материала (более 25 мл, крупные частицы в аспирате)
- Снижение факторов местной защиты дыхательных путей

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АСПИРАЦИИ

КАКИЕ	НАПРИМЕР
Снижение уровня сознания	• Судороги • Инсульт • Приём ЛС, угнетающих ЦНС (опиоиды, нейролептики, транквилизаторы) • Травма головы • Алкоголизм • Интоксикационный синдром
Дисфагия	• Заболевания нервной системы острое нарушение мозгового кровообращения, рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, миастения, бульбарный и псевдобульбарный паралич • Заболевания пищевода стриктура пищевода, рак, дивертикул, трахеоезофагеальная фистула, недостаточность кардиального сфинктера • Рак головы и шеи

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АСПИРАЦИИ

КАКИЕ	НАПРИМЕР
Ятрогенные факторы	• Наличие назогастрального зонда • Наличие эндотрахеальной трубки, трахеостомия • Эндоскопия желудка • Бронхоскопия
Другие	• Положение лежа на спине • Рвота • Недостаточный уход за полостью рта • Обструкция выходного отдела желудка



КОГДА МЫ МОЖЕМ ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ АСПИРАЦИОННОЙ ПНЕВМОНИИ?

- Если есть документировано подтвержденный эпизод массивной аспирации (протокол бронхоскопии)
- У больных, имеющих факторы риска развития аспирации

АСПИРАЦИОННАЯ ПНЕВМОНИЯ НЕ ВСЕГДА ИМЕЕТ МОЛНИЕНОСНОЕ ТЕЧЕНИЕ

Скорость развития пневмонии и
вариабельность клинических проявлений
зависит от характера материала,
аспирированного в дыхательные пути

ОСНОВНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ АСПИРАЦИИ

- **Механическая обструкция дыхательных путей**
- **Химический (аспирационный) пневмонит**
неинфекционное повреждение легких, связанное с «прямым» действием желудочного сока
- **Бактериальная пневмония**

ОСЛОЖНЕНИЯ АСПИРАЦИОННОЙ ПНЕВМОНИИ

- **Некротизирующая пневмония**

Формирование очагов деструкции размерами менее 1 см, без уровней жидкости

- **Абсцесс легкого**

одинокые или множественные полости размерами более 2 см

- **Эмпиема плевры**

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ АСПИРАЦИОННОЙ ПНЕВМОНИИ



ВАЖНО: ранняя антибактериальная терапия

- Рекомендуемая длительность терапии без инфекционных осложнений 14 дней
- Предпочтительно парентеральное введение антибактериальных препаратов
- При наличии гнойных осложнений лихорадка сохраняется длительно (5-10 дней), несмотря на адекватно подобранную эмпирическую антибактериальную терапию
- Поэтому оценка эффективности проводится не через 72 часа, а позже на 5-10 день, и терапия продолжается в течение всего этого времени
- При достижении клинического эффекта возможен перевод на пероральные формы (ступенчатая терапия)



ЭМПИРИЧЕСКАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ АСПИРАЦИОННОЙ ПНЕВМОНИИ



Выбор препаратов антибактериальной терапии зависит от тяжести пневмонии и условий, в которых возникла пневмония

Внебольничная пневмония

Возбудители анаэробы, аэробные
Гр+кокки, энтеробактерии

Монотерапия

Ингибиторозащищенные В-лактамы
-амоксициллин/клавулат
-цефеперазон/сульбактам

Комбинированная терапия

-В-лактамный антибиотик+метронидазол
-Респираторные фторхинолоны,
карбапенемы – препараты резерва



метронидазол в монотерапии
не назначается

Внутрибольничная пневмония

Высокий риск полирезистентных штаммов
аэробных Гр- бактерий

Ассоциация: анаэробы + аэробы

Комбинированная терапия:

Цефепим + метронидазол

Или

Цефтазидим + метронидазол

Монотерапия

-пиперациллин/тазобактам

-цефеперазон/сульбактам

-клиндамицином, фторхинолоны (резерв)

При резистентном течении (MRSA)+
гликопептиды (ванкомицин)

ПРОФИЛАКТИКА АСПИРАЦИОННОЙ ПНЕВМОНИИ

- Минимизировать положение «лежа на спине»
- Чаще изменять положение тела, придавать больному полусидячее положение
- Плановая, а не экстренная гастростомия (при дисфагии): момент установки гастростомы определяется индивидуально
- Коррекция седативной терапии, если она приводит к нарушению сознания
- Тщательная гигиена полости рта

ПРОФИЛАКТИКА АСПИРАЦИОННОЙ ПНЕВМОНИИ

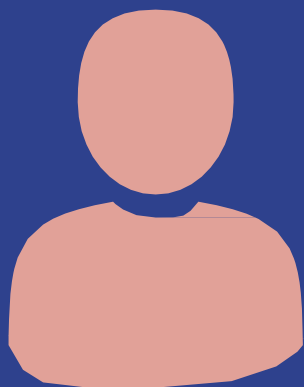
Соблюдение правил кормления у больных с дисфагией

- Изголовье кровати должно быть приподнято на 45° при кормлении
- Медленное капельное введение смеси, а не болюсное
- Соблюдение правил ухода при установленном назогастральном зонде



ЧТО ОБЪЯСНЯТЬ РОДСТВЕННИКАМ И ЧЕМУ ОБУЧАТЬ

- Соблюдение правил кормления
- Положение пациента в кровати во время еды и сна
- Важность регулярной и тщательной гигиены полости рта
- Важность плановой гастростомии
- Следить за функцией глотания, обращать внимание на поперхивание, трудности при глотании, своевременно обращаться к медицинскому персоналу



КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 1

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 1

Пациентка С., 54 года

Из анамнеза: Страдает рассеянным склерозом около 20 лет с постепенным прогрессированием заболевания с ограничением двигательной активности, утратой навыков самообслуживания, нарастанием когнитивных расстройств, снижением критики к себе, появлением дисфагии в течение последнего года

В декабрь 2018г. – госпитализация для проведения симптоматической терапии.

Кормление пациентки осуществлялось медицинским персоналом и родственником

Перед плановой выпиской прогрессивное ухудшение состояния с нарастанием респираторной симптоматики, субфебрилитет

По дежурству – назначение антибактериальной терапии цефалоспорином 3 поколения. Нарастание ДН, фебрильная лихорадка, отек легких. По дежурству – вызов реанимационной бригады, интубация, перевод в реанимационное отделение ГKB №40

При поступлении в стационар ГKB №40 – состояние крайне тяжелое, угнетение сознания до комы, дыхательная недостаточность, интоксикация, нарастание неврологического дефицита

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 1

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Фибробронхоскопия

- гнойный эндо-трахеобронхит 2 степени
- при санации трахеобронхиального дерева аспирация пищевых масс

Рентгенологические исследования

(рентгенография + МСКТ органов грудной клетки)

Двусторонняя пневмония: нижнедолевая справа, полисегментарная слева, минимальный правосторонний гидроторакс

Общий анализ крови

Лейкоциты 20×10^9 , нейтрофильный сдвиг 85%

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 1

ЛЕЧЕНИЕ

- Санационная бронхоскопия
- Антибактериальная терапия (меропенем, ванкомицин)
- Антикоагулянтная терапия

Особенности клинического случая

- Бурное развитие тяжелой пневмонии с отеком легких
- Клинико-рентгенологическое разрешение аспирационной двусторонней пневмонии тяжелого течения в короткие сроки
- Без гнойных осложнений

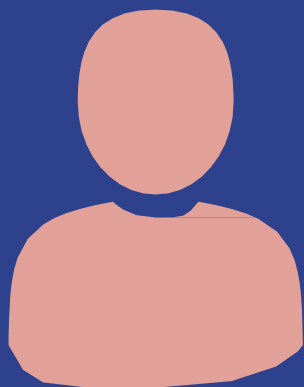
Февраль 2019г.

- плановое наложение гастростомы
- наблюдение патронажной службы

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 1

ВЫВОДЫ

- ✓ Были нарушены правила кормления пациентки с дисфагией
- ✓ Выбрана правильная тактика дежурным врачом о вызове реанимационной бригады и экстренном переводе пациентки с хорошим жизненным прогнозом в реанимационное отделение многопрофильного стационара
- ✓ Своевременно оказана экстренная медицинская помощь реанимационной бригадой и дежурным врачом
- ✓ Назначена адекватная стартовая эмпирическая антибактериальная терапия
- ⓘ Необходимо как можно раньше обсуждать с пациентом и его родственниками вопрос своевременной постановке гастростомы



КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 2

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 2

Пациент Б., 45 лет

Из анамнеза: Страдает рассеянным склерозом около 15 лет с постепенным прогрессированием заболевания и инвалидизацией

С 2019г. – полная утрата навыков самообслуживания, потеря в весе, нарастание когнитивных нарушений

В октябре 2019 года появились трудности при глотании твердой пищи, частое поперхивание, периодически кашель

25 ноября 2019 года госпитализация в ЦПП

28 ноября 2019 года эпизод аспирации во время приёма пищи

29 ноября 2019 года отрицательная динамика с появлением респираторной симптоматики, одышки, гипертермии, интоксикационных симптомов, снижением сатурации до 88%, гипотония

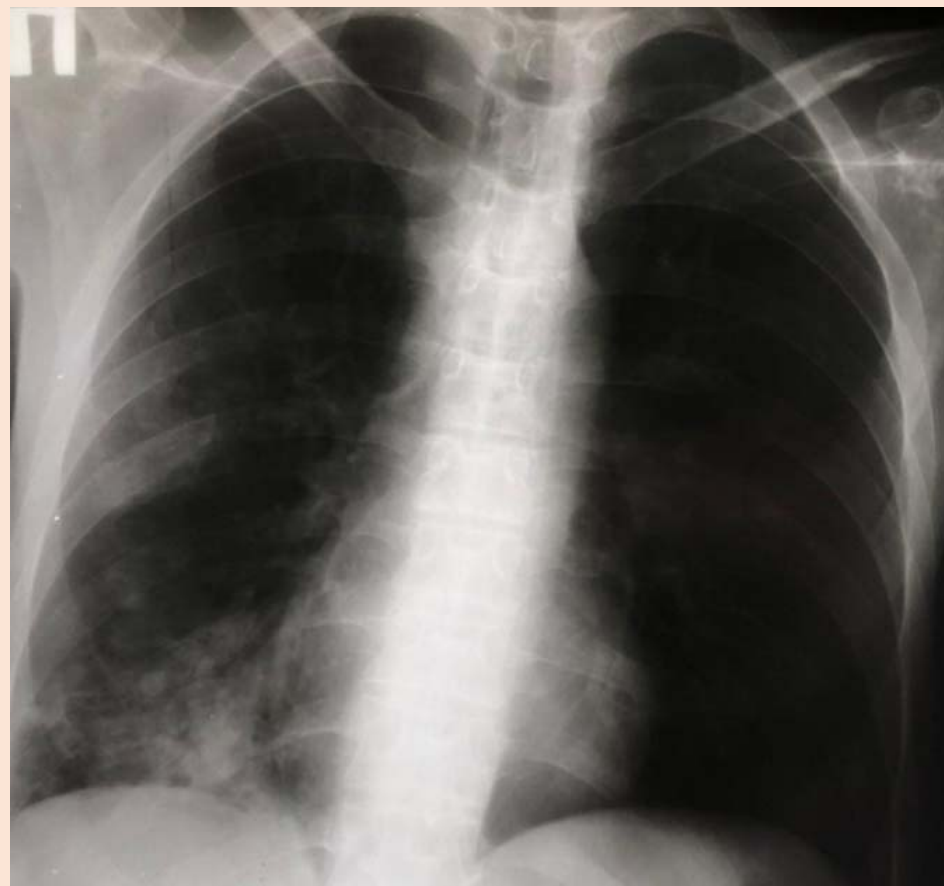
КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 2

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Рентгенография грудной клетки –
полисегментарная пневмония в
нижней доле правого легкого

Клинический анализ крови –
воспалительные изменения
(лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг,
повышение СОЭ)

Установлен диагноз
аспирационной пневмонии



КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 2

ЛЕЧЕНИЕ

Стартовая эмпирическая антибактериальная терапия (цефепим + метронидазол)

Муколитики

Оксигенотерапия

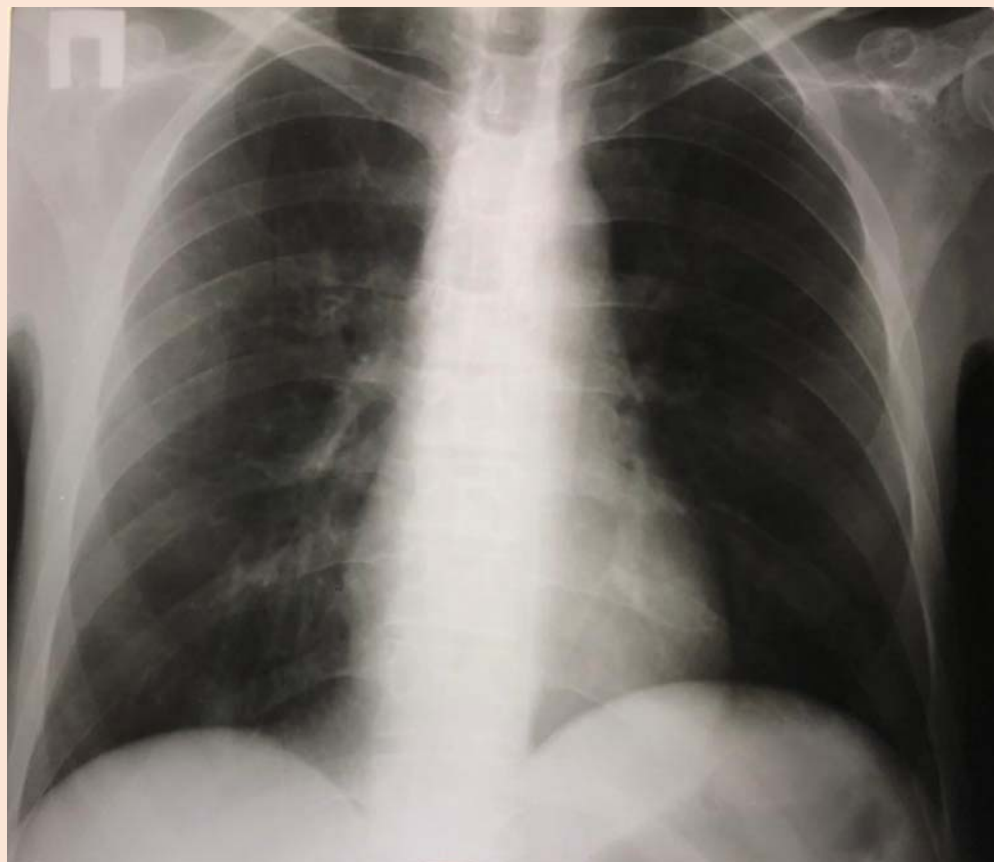
Диета ОВД протертая со строгим соблюдением правил кормления пациентов с дисфагией

Беседа с родственниками по поводу соблюдения правил кормления и проведения плановой гастростомии

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 2

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

- Быстрое развитие пневмонии с выраженным интоксикационным синдромом и дыхательной недостаточностью
- Сохранение лихорадки (6 дней) при положительной клинической динамике на фоне антибактериальной терапии
- Без гнойных осложнений
- Продолжительность антибактериальной терапии 14 дней



Клинико-рентгенологическое разрешение пневмонии на 14 день

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 2

ВЫВОДЫ

- ✓ Были нарушены правила кормления пациента с дисфагией
- ✓ Назначена адекватная стартовая эмпирическая антибактериальная терапия
- ✓ Длительность антибактериальной терапии 14 дней
- ✓ Без инфекционных осложнений
- ✓ Необходимо информировать и обсуждать с пациентом и его родственниками возможность развития дисфагии, ее симптомов на фоне основного заболевания
- ✓ Обучать родственников правилам кормления при дисфагии
- ✓ Необходимо своевременно решать вопрос о необходимости плановой гастростомии

**ПНЕВМОНИЯ У ПАЦИЕНТОВ
С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
(параканкротная)**

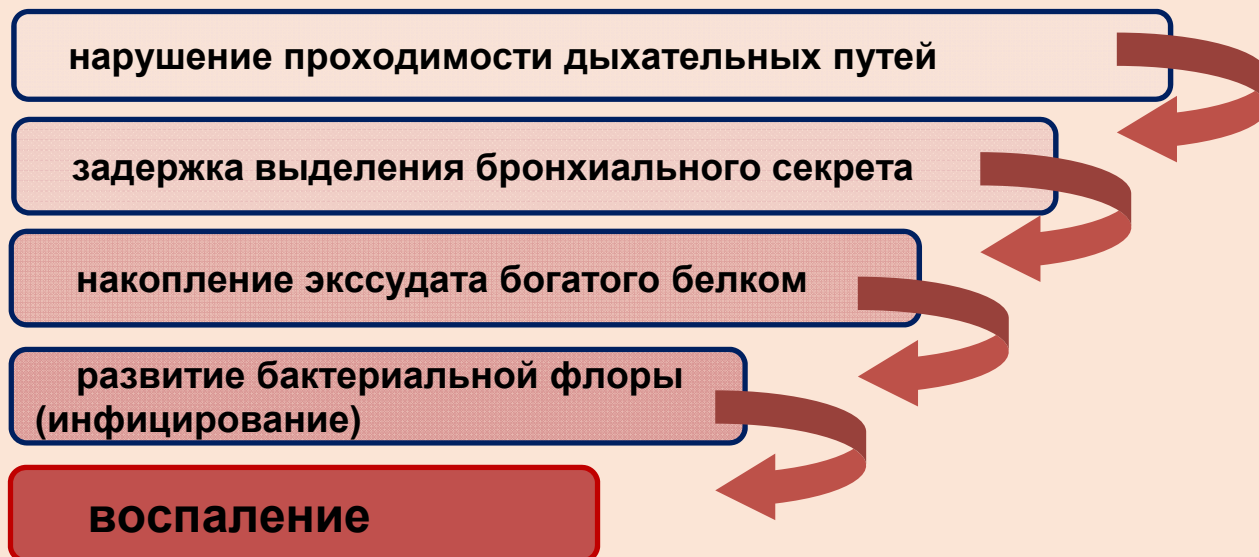
ПАРАКАНКРОЗНАЯ ПНЕВМОНИЯ



Инфекционное воспаление легочной ткани в месте локализации злокачественной опухоли

ПАРАКАНКРОЗНАЯ ПНЕВМОНИЯ

МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ



ПАРАКАНКРОЗНАЯ ПНЕВМОНИЯ

В ЧЕМ ТРУДНОСТЬ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ПАРАКАНКРОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ?

- Специфические симптомы отсутствуют
- Клиническая картина маскируется проявлениями основного заболевания

**длительный
упорный
кашель**

**может быть
кровохарканье**

**болевого
синдром**

**астенический
синдром**

Если пациент с раком легкого задохнулся, стали нарастать респираторные симптомы, мы предполагаем развитие параканкротической пневмонии

ПАРАКАНКРОЗНАЯ ПНЕВМОНИЯ

При лечении параканкротической пневмонии антибиотиками часто выявляется резистентность или очень кратковременный эффект

НУЖНА ЛИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ?

Ответ на вопрос определяет индивидуальный подход к каждому пациенту с оценкой:

- состояния пациента
- длительности жизненного прогноза
- выраженности прогрессирования основного заболевания
- наличия сопутствующей патологии



ПАРАКАНКРОЗНАЯ ПНЕВМОНИЯ

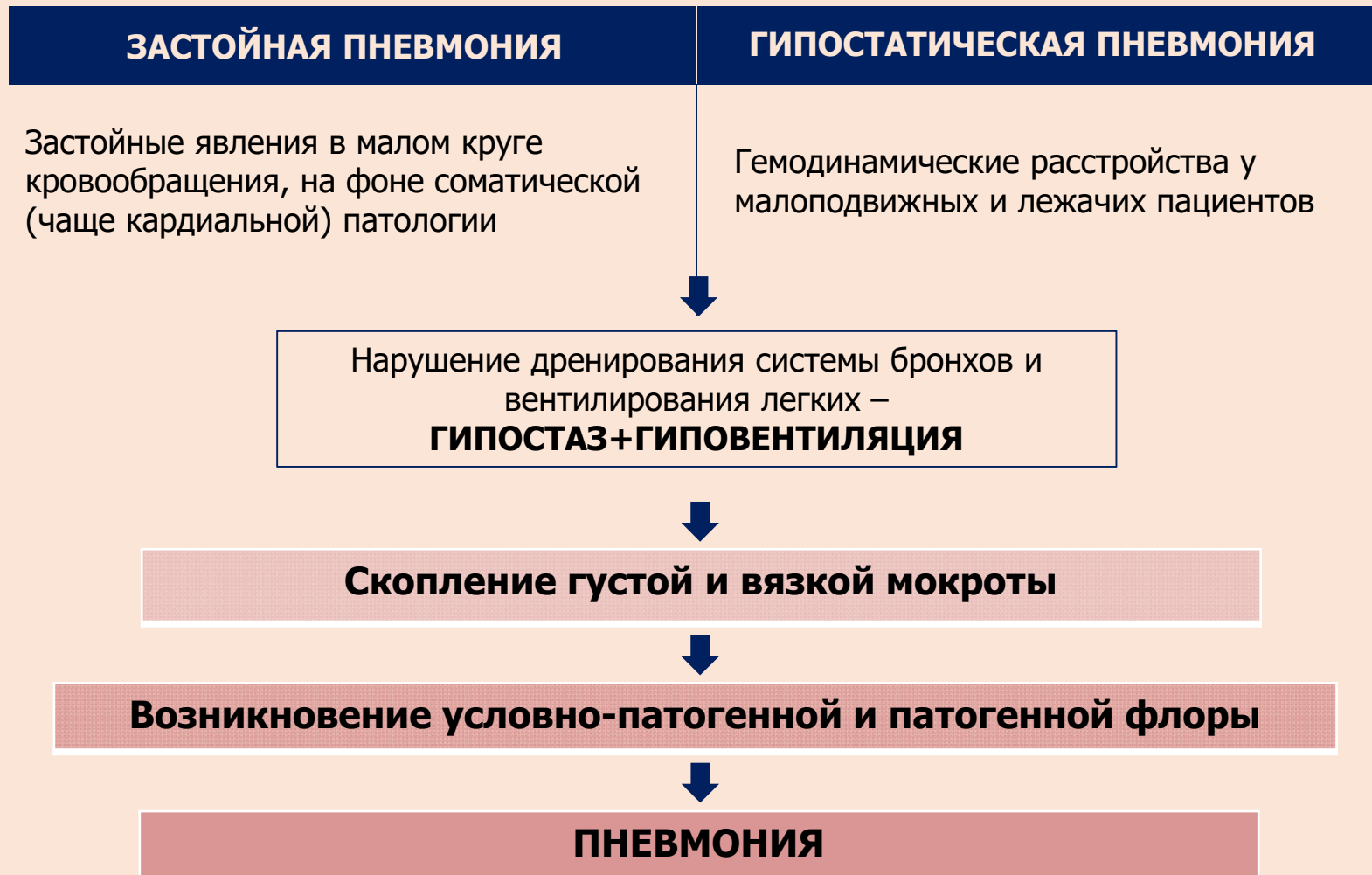
НО МЫ МОЖЕМ ОБЛЕГЧИТЬ СИМПТОМЫ!

- Улучшение дренажной функции бронхов (муколитики, бронхолитики, отхаркивающие средства)
- Дезинтоксикационная терапия
- Купирование болевого синдрома
- Жаропонижающая терапия
- Противокашлевые препараты (при упорном мучительном кашле)

ЗАСТОЙНАЯ И ГИПОСТАТИЧЕСКАЯ ПНЕВМОНИЯ

ЗАСТОЙНАЯ И ГИПОСТАТИЧЕСКАЯ ПНЕВМОНИЯ

ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ



ФАКТОРЫ РИСКА ЗАСТОЙНОЙ (ГИПОСТАТИЧЕСКОЙ) ПНЕВМОНИЙ

- Сердечно-сосудистые заболевания (ПИКС, ИБС, аритмии, пороки сердца, ХСН и др.)
- Травмы опорно-двигательной системы, ЧМТ
- Деформация грудной клетки или искривления позвоночника
- Онкологические заболевания, особенно у пациентов после ПХТ и лучевой терапии
- Послеоперационный реабилитационный период
- Нескорректированная седативная терапия

ВАЖНО ПОМНИТЬ!

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЗАСТОЙНОЙ (ГИПОСТАТИЧЕСКОЙ) ПНЕВМОНИИ

- “Неадекватный” лихорадочный ответ
- Ранняя застойная пневмония (первые 2-3 дня) может маскироваться симптоматикой основного заболевания
- Часто проявляется нарушением сознания, дезориентацией, эмоциональной нестабильностью, стрессовыми состояниями, необъяснимыми падениями, непроизвольным мочеиспусканием)
- Кашель часто невыраженный

ВАЖНО ПОМНИТЬ!

ТРАКТОВКА ФИЗИКАЛЬНЫХ ДАННЫХ ПНЕВМОНИИ НЕОДНОЗНАЧНАЯ

ГИПОДИАГНОСТИКА

отсутствие типичных
аускультативных данных

ГИПЕРДИАГНОСТИКА

наличии влажных хрипов,
крепитации на фоне другой
легочной патологии (легочный
фиброз, бронхоэктазы и др.)



НАЛИЧИЕ ВЛАЖНЫХ ХРИПОВ НЕ всегда говорит о наличии пневмонии

ОТСУТСТВИЕ ВЛАЖНЫХ ХРИПОВ НЕ всегда означает, что пневмонии нет

ЗАСТОЙНАЯ И ГИПОСТАТИЧЕСКАЯ ПНЕВМОНИЯ

Профилактика застойной и гипостатической пневмоний направлена на улучшение вентиляционной и дренажной функции легких

- По возможности, придавать сидячее положение, возможность вертикализации, максимально пользоваться функциональной кроватью
- По возможности, выполнение активных движений с подъемом верхних конечностей вверх и вниз
- Дыхательная гимнастика
- Проведение перкуссионного массажа грудной клетки
- Прогулки на свежем воздухе
- Увлажнение сухого воздуха в палате
- Проветривание помещений

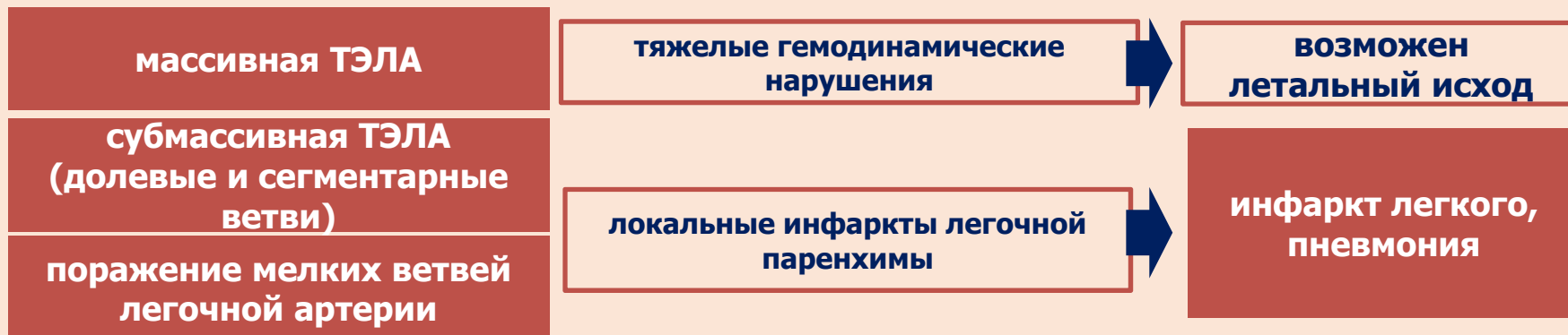


Не забывайте своевременно корректировать сопутствующую патологию

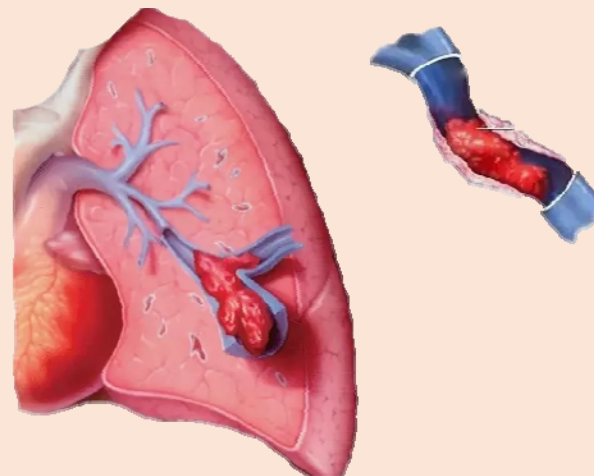
ИНФАРКТ-ПНЕВМОНИЯ

ИНФАРКТ-ПНЕВМОНИЯ

Вторичная пневмония на фоне локального стойкого нарушения кровообращения в легочной ткани вследствие тромбоэмболии ветвей легочной артерии



Установлено, что ТЭЛА является причиной около 10% случаев госпитальной смерти среди лиц старшего возраста¹



ИНФАРКТ-ПНЕВМОНИЯ

ПОЧЕМУ У ПАЛЛИАТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ ВОЗНИКАЮТ ИНФАРКТ-ПНЕВМОНИИ?

ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ЛЕГОЧНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ

- Тромбозы глубоких вен нижних конечностей
- Тромбофлебиты, флебиты
- Тромбоз в системе нижней полой вены
- Болезни сердечно-сосудистой системы: ИБС, пороки сердца, инфекционный эндокардит, фибрилляция предсердий, хроническая сердечная недостаточность
- Онкологические заболевания
- Гиперкоагуляция
- Сепсис

ИНФАРКТ-ПНЕВМОНИЯ

ПОЧЕМУ У ПАЛЛИАТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ ВОЗНИКАЮТ ИНФАРКТ-ПНЕВМОНИИ?

ЛЕГОЧНАЯ ТРОМБОЭМБОЛИЯ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ У ПАЦИЕНТОВ С..

ФАКТОРАМИ РИСКА

- Лежачие больные и гиподинамия
- Пожилой возраст (полиморбидность, полипрагмазия, повышенный прокоагулянтный статус)
- Длительная терапия глюкокортикоидами
- Ослабление мышц
- Варикозное расширение вен нижних конечностей
- Избыточный вес
- Интенсивная диуретическая терапия
- Переломы трубчатых костей
- Системные заболевания

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ

- Острое начало заболевания
- Часто с болевым синдромом и инспираторной одышки, чувством стеснения в груди
- Часто кровохарканье
- Склонность к абсцедированию, плевриту
- Может сопровождаться гипербилирубинемией

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ у пожилых пациентов

СИМПТОМЫ ОТЛИЧАЮТСЯ

Бессимптомное течение



50% пациентов

Классическая триада



10%



необходимо обращать внимание на

- Дискомфорт в грудной клетке
- Тахипноэ, диспноэ
- Тахикардия
- Боль в грудной клетке
- Плевральный выпот, чаще геморрагический

ИНФАРКТ-ПНЕВМОНИЯ



В условиях стационара паллиативной помощи поставить диагноз ТЭЛА с инфаркт-пневмонией затруднительно

Важно понимать, что

По клиническим данным нельзя с достаточной уверенностью ни подтвердить, ни опровергнуть наличие ТЭЛА

Возможности диагностики в ЦПП ограничены

- Рентгенография органов грудной клетки
- ЭКГ, ЭХО-КГ
- Общий анализ крови
- Д-димер
- УЗДГ вен нижних конечностей

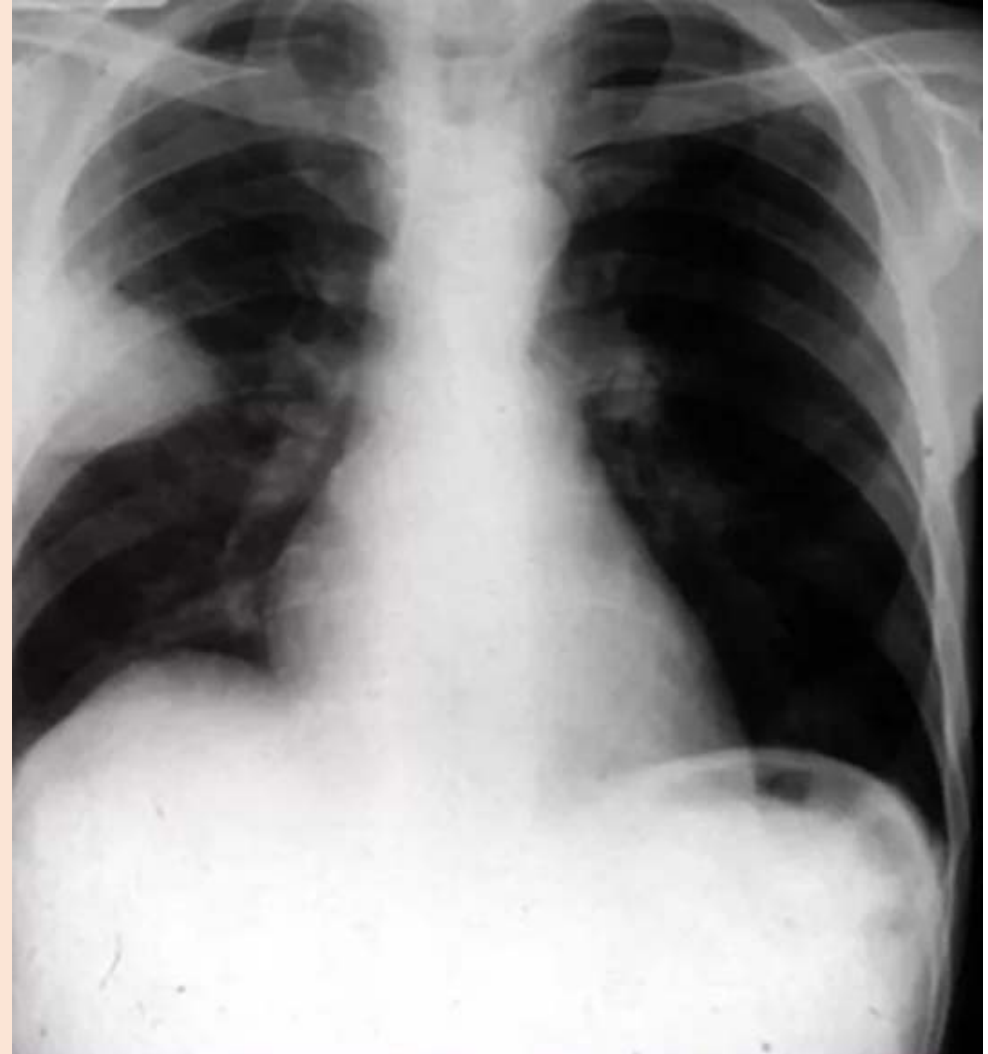
При оценки клинических проявлений, анамнеза и результатов обследования в ЦПП можно предположить развитие инфаркт-пневмонии

Золотой стандарт диагностики: КТ с ангиопульмонографией

Выбор объема обследования индивидуален для каждого пациента, с учетом всех ЗА и всех ПРОТИВ

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Затемнение легочной ткани
треугольной формы, с
основанием направленным в
сторону периферии



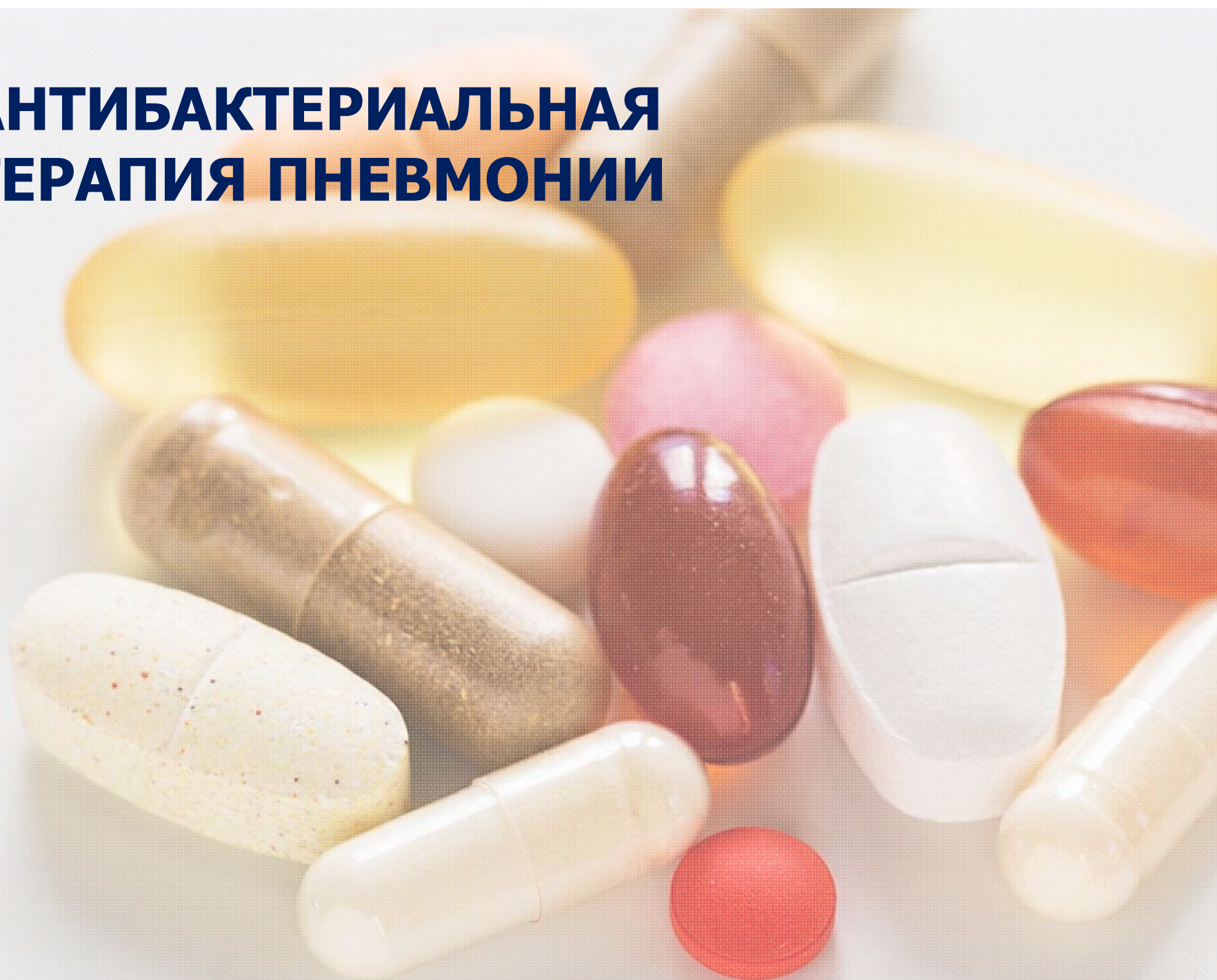
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

- Этиотропная терапия (антибактериальная)
- Антикоагулянтная терапия
- Симптоматическая терапия (купирование болевого синдрома, одышки с назначением ненаркотических и наркотических анальгетиков)
- При дыхательной недостаточности – респираторная поддержка (кислородный концентратор)
- Коррекция терапии основного заболевания

ПРОФИЛАКТИКА

- Контроль за состоянием периферических вен – УЗДГ вен нижних конечностей
- Своевременное назначение антикоагулянтной терапии по показаниям
- По возможности, активизация лежачих больных
- Борьба с венозным застоем в нижних конечностях - исключение препаратов, вызывающих гиперкоагуляцию
- Своевременная коррекция терапии заболеваний с высоким риском развития ТЭЛА
- Индивидуально профилактика венозного застоя в нижних конечностях с применением компрессионных чулков, эластичного бинтования

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПНЕВМОНИИ



АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ



Эмпирическая



**Целенаправленная
(этиотропная)**

**В паллиативной практике в большинстве случаев
эмпирическая терапия**

ОСОБЕННОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ

ПОДОЗРЕНИЕ НА НОЗОКОМИАЛЬНУЮ ПНЕВМОНИЮ



стартовая эмпирическая антибактериальная терапия



монотерапия



комбинированная терапия

высокая вероятность
полирезистентных возбудителей



Предпочтительный путь введения антибактериальных препаратов – ВНУТРИВЕННЫЙ



При клиническом улучшении и нормальной функции ЖКТ переход на пероральную терапию (ступенчатая терапия)



Рутинное назначение комбинированных режимов терапии является необоснованным

ОСОБЕННОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПНЕВМОНИИ

ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ

Оценка эффективности терапии каждые 48-72 часа

ПРИ РЕЗИСТЕНТНОСТИ

- коррекция эмпирического режима антибактериальной терапии

ПРИ ЭФФЕКТИВНОСТИ

- продолжение антибактериальной терапии

Чаще назначение пероральных препаратов

Рекомендуемая длительность терапии 7-8 дней (исключение аспирационная пневмония)

ВНУТРИБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ

Оценка эффективности терапии каждые 48-72 часа

ПРИ РЕЗИСТЕНТНОСТИ

- коррекция эмпирического режима антибактериальной терапии

ПРИ ЭФФЕКТИВНОСТИ

- продолжение антибактериальной терапии

Рекомендуемая длительность терапии 14-21 день

Возможно сокращение сроков лечения до 7–8 суток без снижения клинической эффективности

За исключением:

- НИВЛ, вызванных неферментирующими микроорганизмами (*P. aeruginosa* и *Acinetobacter* spp.)
- аспирационная пневмония
- гнойные осложнения и инфекции труднодоступной локализации (эмпиема плевры, абсцедирование)

РЕШЕНИЕ СЛОЖНЫХ ВОПРОСОВ НАЗНАЧЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

НАЗНАЧЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

ЗА



Облегчение тягостных симптомов (лихорадка, одышка, интоксикация, кашель, бред) пневмонии у пациентов при условно длительном жизненном прогнозе и, как следствие, улучшение качества жизни

Улучшение психологического комфорта в семье, если семья настаивает на антибактериальной терапии: исключить чувство вины у родственников

ПРОТИВ



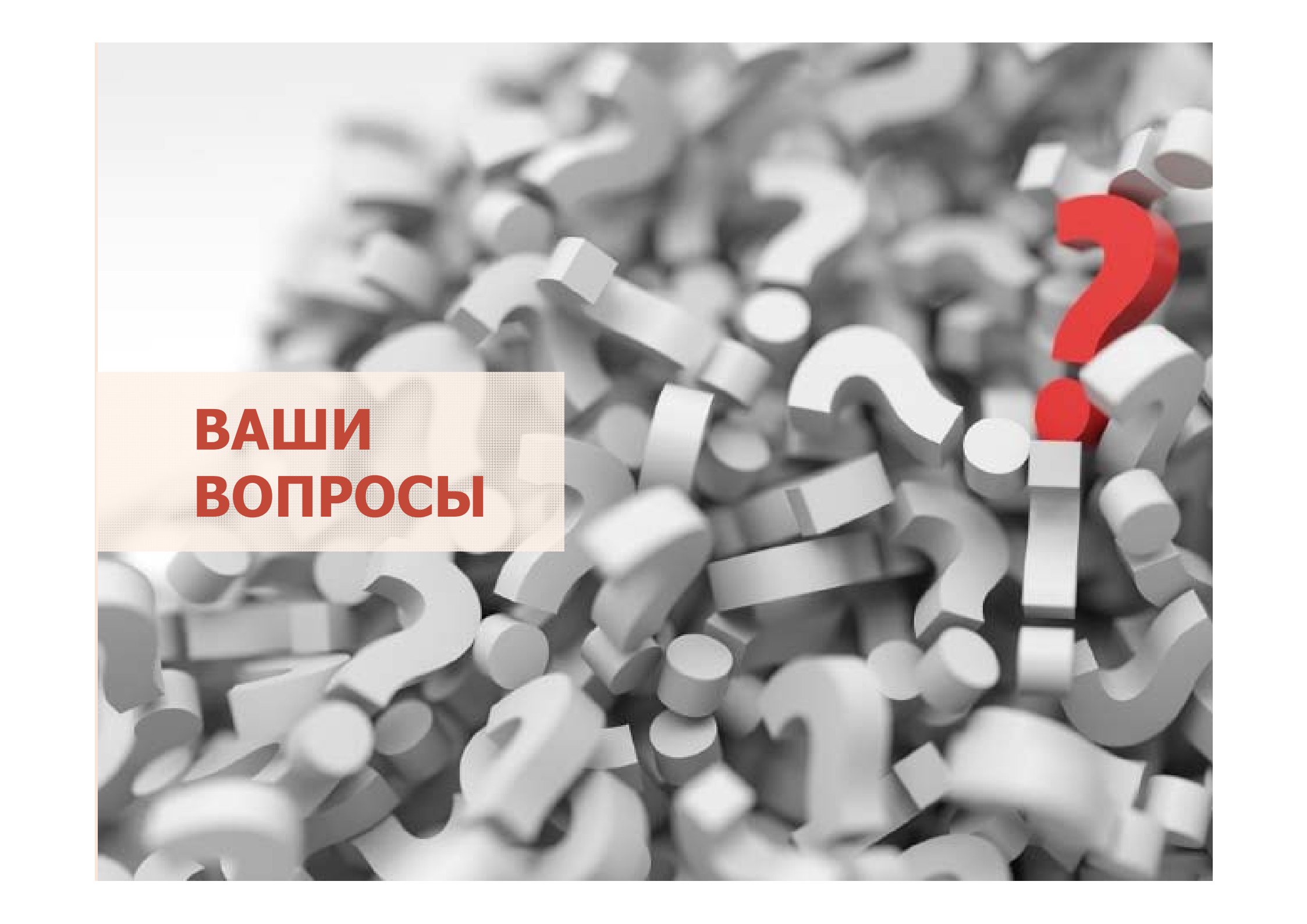
- Не удлиняет жизнь крайне тяжелого пациента
- Ухудшает качество жизни крайне тяжелого пациента (болезненные ощущения от медицинских манипуляций)
- Развитие нежелательных реакций, связанных с сосудистым доступом, флебиты, гематомы
- Нежелательные лекарственные реакции: развитие диарейного синдрома (антибиотикоассоциированная диарея, псевдомембранозный колит) и как следствие обезвоживание
- Ухудшение функции печени, почек
- Риск развития аллергических реакций
- Снижение или потеря слуха

Решения принимаются индивидуально для каждого пациента, коллегиально и совместно с родственниками и пациентом

НЕАНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ПНЕВМОНИИ

- Улучшение дренажной функции бронхов (отхаркивающие, муколитики)
- Дезинтоксикационная терапия
- Симптоматическая терапия (жаропонижающая, обезболивающая, противокашлевая)
- Глюкокортикоиды назначают только в случае сосудистых реакций (гипотония, септический шок)
- Респираторная поддержка (кислородные концентраторы)
- Купирование бронхо-обструктивного синдрома
- ЛФК (перкуSSIONный массаж грудной клетки, клэпинг, позиционирование)
- Гигиенические мероприятия (туалет ротовой полости, аспирация слизи)
- Профилактика тромбозов глубоких вен

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!



**ВАШИ
ВОПРОСЫ**