Внебольничные пневмонии входят в группу ведущих причин заболеваемости, госпитализации и смертности населения Российской Федерации. Заболеваемость ВП за последние 5 лет в РФ составляет 344,9 на 100 тыс. населения. Средняя продолжительность одного случая равна 25,6 койко-дней, а трудопотери достигают ежегодно около 25,5 тысяч дней на 100 тыс. населения. Ежегодный экономический ущерб суммарных случаев при этом составляет более 15 млрд. рублей. Смертность от ВП растёт и составляет в 2011 году 27,3 на 100 тыс. населения.

По средним многолетним данным в Сибирском Федеральном округе уровень заболеваемости пневмонией выше (519,9 на 100 тыс. населения), чем в РФ (469,8 на 100 тыс. населения), а в Иркутской области показатель равен 669,1 на 100 тыс. населения, что также больше в 1,4 раза. Кроме того, в Иркутской области темп прироста количества случаев составляет 1,1%. Уровень смертности от ВП в Иркутской области стабильно высокий на протяжении ряда лет – 47,6 на 100 тыс. населения, темп прироста составляет 3,8%. Внебольничная пневмония – это острое заболевание, возникшее во внебольничных условиях (вне стационара) или диагностированное в первые 48 часов от момента госпитализации, или развившееся у пациента, не находившегося в домах сестринского ухода/отделения длительного медицинского наблюдения более 14 суток, – сопровождающееся симптомами инфекции нижних отделов дыхательных путей (лихорадка, кашель, выделение мокроты, боль в грудной клетке, одышка) и рентгенологическими признаками «свежих» очагово-инфильтративных изменений в лёгких при отсутствии очевидной диагностической альтернативы.

В настоящее время в связи с ухудшением эпидемиологической обстановки по заболеваемости и смертности от ВП в РФ и формированием новых аспирационных возбудителей, большое внимание уделяется разработке и внедрению методов эпидемиологического надзора за ВП. 6

**1. ЭТАПЫ СТАНОВЛЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ВНЕБОЛЬНИЧНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ**

ВП является исторически давно регистрируемой нозологической формой, но до последнего времени учёт и регистрация осложнялись «неинфекционным» подходом к постановке диагноза. В соответствии с «Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем» 10–го пересмотра (МКБ–Х) разделение пневмоний производится строго по этиологическому принципу и включает в себя более 7 рубрик и 9 подрубрик (Приложение 1). Вследствие отсутствия данных об этиологии заболевания пневмонии шифруют под кодом J18.9 - Пневмония неуточнённая.

Действующие стандарты медицинской помощи больным пневмонией регламентируются:

1. приказом Минздравсоцразвития России от 08.06.2007 г. № 411 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с пневмонией, вызванной Streptococcus pneumoniae; пневмонией, вызванной Haemophilus influenzae [палочкой Афанасьева-Пфейффера]; бактериальной пневмонией, неклассифицированной в других рубриках; пневмонией, вызванной другими инфекционными возбудителями, неклассифицированной в других рубриках; пневмонией без уточнения возбудителя; абсцессом легкого с пневмонией (при оказании специализированной помощи)»,

2. приказом Министерства здравоохранения РФ от 24.12.2012 г. № 1437н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при пневмонии»,

3. приказом Министерства здравоохранения РФ от 29.12.2012 г. № 1658н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при пневмонии средней степени тяжести».

Согласно данным нормативным документам обязательным критерием постановки диагноза пневмония является **постановка этиологического диагноза.** Диагностика пневмонии помимо клинического лабораторного 7

минимума исследований (общий анализ крови развёрнутый, анализ крови биохимический общетерапевтический, анализ мочи общий), включает в себя выполнение рентгенографии легких, компьютерной томографии органов грудной полости, а также исследование уровня прокальцитонина и С-реактивного белка в крови, исследование pH крови, микроскопическое исследование нативного и окрашенного мазка мокроты, бактериологическое исследование мокроты на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, определение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам и другим препаратам, серологические исследования на вирусы респираторных инфекций, определение антител класса A, M, G (IgA, IgM, IgG) к Chlamidia pneumonia, определение антител класса A, M, G (IgA, IgM, IgG) к Mycoplasma pneumonia, определение антигена Legionella pneumophila в моче.

До этого и в настоящее время учёт и регистрация пневмонии ведётся по ф. № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебно-профилактического учреждения» (утверждена приказом Росстата от 29.07.2009 г. № 154). Согласно данной учётной формы, под рубрикой «Пневмония» регистрируют все нозологические формы суммарно (j12-j18), распределяют больных только по возрастным группам «дети до 14 лет», «дети 15-17 лет включительно» и «взрослые 18 лет и старше», что не предполагает эпидемиологическое наблюдение эпидемического очага ВП как инфекционного заболевания, затрудняет эпидемиологический анализ и приводит к отсроченному эпидемиологическому расследованию и запаздыванию или отсутствию санитарно-противоэпидемических мероприятий при возникновении эпидемического очага (Приложение 2).

Эпидемиологический надзор за ВП был внедрён на территории РФ в 2009 году как необходимость на фоне распространения нового высокопатогенного вируса гриппа (письмо Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 26.10.2009 г № 01/15981-9-23 «Об оптимизации работы в условиях эпидемиологического неблагополучия по 8

инфекциям верхних и нижних дыхательных путей»), так как все тяжёлые случаи гриппа фиксировались в медицинских документах именно как ВП, а не как грипп.

С 2011 года Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзором) ВП включены в ежемесячные и ежегодные формы отраслевого и государственного статистического наблюдения ф-1 и ф-2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях» (Приложение 3, 4), что позволило выделить ВП от нозокомиальной пневмонии, как отдельную форму, имеющую принципиально другие эпидемиологические особенности, включающие спектр возбудителей, факторы эпидемического процесса и другие меры профилактики. ВП по ф-1 и ф-2 подразделяют на вирусные и бактериальные, в т.ч. пневмококковые.

В РФ 10.01.2013 г. были утверждены и впервые введены в действие методические указания МУ 3.1.2.3047-13 «Эпидемиологический надзор за внебольничными пневмониями».

**2. СТРУКТУРА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ**

**2.1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ**

Эпидемиологический надзор за ВП – это система мониторинга за динамикой эпидемического процесса, факторами и условиями, влияющими на его распространение, анализ и обобщение полученной информации для разработки научно обоснованной системы профилактических мер.

**Эпидемиологический надзор за ВП включает:**

 мониторинг заболеваемости,

9

 микробиологический мониторинг (слежение за циркуляцией и распространением возбудителей),

 изучение эффективности иммунизации населения против гриппа, пневмококковой инфекции и гемофильной инфекции в целях профилактики ВП,

 эпидемиологическую диагностику,

 прогнозирование,

 оценку эффективности проводимых мероприятий.

**Целью** эпидемиологического надзора за ВП является оценка эпидемиологической ситуации, тенденций развития эпидемического процесса для принятия управленческих решений и разработки адекватных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на предупреждение возникновения случаев ВП, формирования очагов с групповыми заболеваниями и летальных исходов.

Для описания и изучения причин и условий возникновения, течения и прекращения эпидемического процесса используется эпидемиологический анализ (ретроспективный и оперативный).

**Задачи эпидемиологического надзора за ВП:**

 постоянная и объективная оценка масштабов, характера распространенности и социально-экономической значимости инфекции;

 выявление тенденций эпидемического процесса;

 выявление регионов, областей, населенных пунктов и организаций с высоким уровнем заболеваемости и риском инфицирования;

 изучение этиологической структуры ВП, составление характеристики возбудителей и выявление наиболее значимых этиологических агентов в целом и на отдельных территориях в конкретное время;

 выявление контингентов, наиболее подверженных риску развития заболевания;

10

 выявление причин и условий, определяющих уровень и структуру заболеваемости ВП на территории;

 контроль и обоснованная оценка масштабов, качества и эффективности осуществляемых профилактических и противоэпидемических мероприятий для их оптимальной корректировки, планирование последовательности и сроков их реализации;

 изучение и оценка результатов иммунизации населения против гриппа, пневмококковой и гемофильной инфекций;

 изучение эффективности средств специфической, неспецифической и экстренной профилактики, применяемой в эпидемических очагах ВП;

 разработка периодических прогнозов эпидемиологической ситуации.

Эпидемиологический надзор за ВП проводится органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор в соответствии с нормативными методическими документами.

**2.2. УЧЁТ И РЕГИСТРАЦИЯ СЛУЧАЕВ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ**

Выявление больных ВП осуществляют специалисты ЛПО, независимо от организационно-правовых форм, при всех видах оказания медицинской помощи.

Информация о регистрации случая ВП направляется ЛПО, выявившей больного, в территориальные органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Диагноз ВП считается определенным при наличии у больного рентгенологически подтвержденной очаговой инфильтрации легочной ткани и, по крайней мере, двух клинических признаков: острая лихорадка в начале заболевания (более 38ºС), кашель с мокротой, физикальные признаки (фокус крепитации и (или) мелкопузырчатые хрипы, жёсткое бронхиальное дыхание, укорочение перкуторного звука). 11

Окончательный диагноз заболевания, протекающего с симптомокомплексом ВП, выставляется с учетом клинико-лабораторного обследования и анамнеза больного.

Решение о госпитализации больных с подтвержденным диагнозом ВП принимает лечащий врач в соответствии со стандартами медицинской помощи.

Также, решение об изоляции и госпитализации больных может быть принято на основании эпидемиологического анамнеза и по рекомендации специалистов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

О каждом случае заболевания ВП врачи всех медицинских организаций, независимо от организационно-правовых форм, в установленном порядке в течение 12 часов посылают экстренное извещение по установленной форме (ф.058/у) в территориальную организацию Роспотребнадзора по месту выявления заболевания, указав диагноз и результаты исследования, на основании которых диагноз установлен. После уточнения диагноза ЛПО предоставляется дополнительная информация.

**3. ПРОВЕДЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО РАССЛЕДОВАНИЯ В ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ОЧАГЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ**

При регистрации эпидемических очагов ВП специалистами органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводится эпидемиологическое расследование.

**Эпидемиологическое расследование проводится в случае:**

 выявления эпидемических очагов ВП с групповой заболеваемостью в организованных коллективах детей и взрослых от 5 случаев в течение от 1-й до 3-х недель;

12

 регистрации тяжёлых форм ВП среди населения (более 10 случаев ВП с тяжёлым течением в течение от 1-й до 3-х недель);

 роста заболеваемости ВП среди населения муниципальных образований (отдельных населенных пунктов) более, чем на 50% по сравнению со среднемноголетними данными в течение от 1-й до 3-х недель;

 регистрации 2 и более случаев ВП в неспециализированных отделениях стационаров медицинских организаций, учреждениях социального обеспечения, интернатах, детских учреждениях отдыха и оздоровления в течение от 1-й до 3-х недель.

Эпидемиологическое расследование проводится с целью постановки эпидемиологического диагноза, определения прогноза и проведения адекватных санитарно-противоэпидемических мероприятий по локализации и ликвидации очага.

По окончанию эпидемиологического расследования специалистами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор, готовится **акт эпидемиологического расследования** с установлением причинно-следственной связи формирования очага инфекционной и паразитарной болезни в соответствии с действующими нормативными методическими документами.

Работа специалиста, осуществляющего эпидемиологическое расследование (эпидемиолога) в очаге ВП складывается из обязательных последовательных этапов:

1) эпидемиологическое обследование очага;

2) выработка рабочей гипотезы;

3) разработка и организация адекватных противоэпидемических мероприятий;

4) оценка эффективности проводимых мероприятий;

5) прогнозирование.

Эпидемиологическое обследование очага **-** это комплекс мероприятий, направленный на выявление источника инфекции, путей и факторов его 13

передачи, оценки состояния восприимчивых организмов, а также выявление лиц, подвергшихся риску заражения. Целью эпидемиологического обследования является определение характера и объема противоэпидемических мероприятий.

**Эпидемиологическое обследование очага ВП включает:**

1) определение границ очага во времени и территории;

2) определение наиболее пораженных контингентов по возрасту, полу, профессии, социальному положению, месту жительства (в организованных коллективах – возрастные группы, классы, цеха и другие);

3) оценка санитарно-гигиенических условий:

а) размещения лиц в организованном коллективе (соответствие нормам площадей, переуплотнение, скученность, режим проветривания и влажной уборки, функционирование вентиляционной системы и другое);

б) состояние параметров микроклимата (температура, влажность воздуха в помещении, движение ветра и другое);

в) организации питания (содержание пищеблока, ассортимент блюд, соблюдение технологических требований и другое);

г) организации режима дня (пребывание на свежем воздухе, наличие фактов переохлаждения, психо-эмоциональные нагрузки и другое);

4) выявление общих источников водопользования, кондиционирования, действия производственных факторов, связанных с образованием водного аэрозоля (для исключения легионеллеза);

5) установление связи с общественными (массовыми) мероприятиями, аварийными ситуациями, ремонтными или строительными работами, особенностями технологического процесса, путешествиями, пребыванием в ЛПО;

6) выявление корреляции между регистрируемыми пневмониями и заболеваемостью ОРВИ и других инфекций верхних дыхательных путей (тонзиллиты, синуситы, отиты и другое). 14

**Основными инструментами эпидемиологического обследования эпидемического очага являются:**

 опрос заболевших и окружающих лиц

 изучение документов

 оценка данных ретроспективного и оперативного анализа

 осмотр эпидемического очага