

УДК 616.24-002-07-08-053.2

Рахимова Камола Махмудовна

Кафедра онкологии и медицинской радиологии

Андижанский государственный медицинский институт

**КРИТЕРИИ ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ
ПНЕВМОНИИ В АНДИЖАНЕ В НЕОТЛОЖНЫХ МЕДИЦИНСКИХ
ЦЕНТРАХ**

Резюме: Пневмония – острое инфекционное заболевания, которое вызывают бактерии, вирусы, грибы или простейшие, протекающее с поражением тканей легкого. Пневмонии необходимо отличать от заболеваний легких, не связанных с воздействием инфекционных агентов (например, постлучевой пневмонит, эозинофильная пневмония вследствие контакта с химическими факторами, инфаркт-пневмония вследствие тромбоэмболии легочных артерий).

Для назначений адекватной терапии также необходимо дифференцировать внебольничную пневмонию, которая развивается до поступления человека в стационар, и внутрибольничную (нозокомиальную) пневмонию, которая развивается не менее чем через 48 часов после поступления пациента в стационар.

Ключевые слова: пневмония, тактика лечения, диагностика, профилактика, критерия, неотложная помощь.

Rakhimova Kamola Makhmudovna

Department of Oncology and Medical Radiology

Andijan State Medical Institute

**CRITERIA FOR THE PREVENTION, DIAGNOSIS, AND
TREATMENT OF PNEUMONIA IN ANDIJAN IN EMERGENCY
MEDICAL CENTERS**

Resume: Pneumonia is an acute infectious disease caused by bacteria, viruses, fungi or protozoa, occurring with damage to lung tissues. Pneumonia

should be distinguished from lung diseases that are not associated with exposure to infectious agents (for example, post-radiation pneumonitis, eosinophilic pneumonia due to contact with chemical factors, infarction-pneumonia due to pulmonary embolism).

To prescribe adequate therapy, it is also necessary to differentiate community-acquired pneumonia, which develops before a person is admitted to the hospital, and nosocomial pneumonia, which develops at least 48 hours after the patient is admitted to the hospital.

Keywords: pneumonia, treatment tactics, diagnosis, prevention, criteria, emergency care.

Введение. Пневмония развивается только при попадании в организм человека какого-либо инфекционного агента (бактерии, вирусы, грибы или простейшие). Эпизоды переохлаждения самостоятельно не могут вызвать заболевание, но могут обеспечить предрасположенность к его развитию. Основными механизмами развития пневмонии являются:

- аспирация секрета ротоглотки – самый распространенный механизм, приводящий к развитию пневмонии. В норме ротоглотка человека нестерильна и в ней постоянно существуют бактерии, которые в верхних дыхательных путях не вызывают развития заболеваний[3]. При этом нижние дыхательные пути должны всегда оставаться стерильными и это обеспечивается за счет мукоцилиарного клиренса (физическое удаление различных патогенов из нижних дыхательных путей за счет движения ресничек цилиарных клеток, расположенных на слизистой дыхательных путей), кашлевого рефлекса, антибактериальной активности клеток нижних дыхательных путей (макрофагов)[5]. Если же стерильность нижних дыхательных путей нарушается из-за нарушения работы одного или нескольких механизмов или из-за проникновения в них большого количества инфекционных агентов, то это приводит к развитию пневмонии.

Вдыхание аэрозоля, содержащего микробные клетки – несколько более редкий механизм заражения нижних легочных путей, которые связан с вдыханием или большого количества бактериальных или вирусных частиц или с их значительной патогенностью и вирулентностью[4].

Распространение микроорганизмов из очагов инфекции, которые находятся вне легких, происходящее гематогенным путем (то есть связанное с током крови) – характерно для длительно существующих локальных инфекций, по поводу которых не проводится специфическая терапия (например, антибактериальная), что приводит к бактериемии (выходу бактерий из очага инфекции в кровоток).

Пневмония является одним из самых распространенных инфекционных заболеваний, которому подвержены все группы населения[1]. Существует ряд факторов, которые увеличивает риск развития заболевания: младенческий и пожилой возраст, наличие хронических заболеваний (особенно хронических заболеваний легких бронхиальной астмы или ХОБЛ), снижение иммунитета на фоне приема некоторых групп лекарств (глюкокортикоиды, иммуносупрессоры) или при наличии ВИЧ-инфекции, контакты с кондиционерами, душевыми, бойлерами и медицинским оборудованием (небулайзеры, кислородные концентраторы) при их некачественном обслуживании[2].

Цель исследования. На основании комплексного анализа клинико-лабораторных данных разработать дорентгенологические критерии верификации пневмонии у больных для улучшения ранней диагностики заболевания на догоспитальном этапе и снижения риска неблагоприятных исходов.

Материалы и методы исследования. Для подтверждения диагноза пневмонии необходим осмотр врача и проведение лабораторных и рентгенологических исследований.

Результаты исследования. При верификации пневмонии по данным опроса, осмотра, оценки лабораторных и рентгенологических методов исследований необходимо начать лечение как можно скорее. Правильную тактику лечения, с учетом тяжести заболевания, сопутствующих болезней, возраста пациента может подобрать только врач.

По имеющимся данным врач принимает решение о том, где возможно лечить пациента – амбулаторно или в условиях круглосуточного стационара. В зависимости от того, как протекает заболевание, врач назначает определённые группы препаратов: антибиотики, муколитики (средства для разжижения мокроты), бронхолитики (средства для улучшения отхождения мокроты).

Через 72 часа от начала приема антибиотиков температура снизится до 37.5 и менее, что говорит об ответе на лечение, но не является показанием к прекращению терапии. Курс лечения необходимо проходить в полном объеме, чтобы избежать у бактерий развития устойчивости к антибиотикам. Если в течение 72 часов от начала терапии сохраняется повышение температуры, а выраженность жалоб остается прежней или нарастает, то врач повторно осматривает пациента, оценивает его состояние и принимает решение о смене терапии, назначении контрольных анализов или госпитализации пациента в стационар. По завершению курса терапии врач повторно осматривает пациента, назначает контрольные анализы и рентгенографию грудной клетки для оценки эффективности лечения.

В процессе ретроспективного исследования историй болезни проводился анализ анамнестических сведений, физикальных, лабораторных и инструментальных данных, а также тактики ведения больных и ее соответствия областному клинико-организационному руководству по ВП.

У пациентов второй группы также осуществлялась оценка данных анамнеза, физикальных и лабораторных показателей на момент поступления в стационар; совместно с врачами-реаниматологами обсуждалась тактика ведения больных в соответствии с областным клинико-организационным руководством по ВП.

В каждом клиническом случае оценивался ряд социальных, демографических (пол, возраст), клинико-анамнестических показателей. При анализе анамнестических данных обращалось внимание на социальный статус пациентов, наличие алкоголизма в анамнезе, присутствие фоновой патологии, сроки и место обращения больных за медицинской помощью (скорая медицинская помощь (СМП), поликлиника, приемное отделение больницы), сроки госпитализации. В объективном статусе акцентировалось внимание на основных показателях, которые могут рассматриваться в контексте факторов риска неблагоприятного исхода при ВП: уровне сознания, температуре тела, частоте дыхательных движений (ЧДД), частоте сердечных сокращений (ЧСС), уровне артериального давления (АД), объеме поражения легочной ткани, лабораторных данных (лейкоциты крови, в том числе палочкоядерные формы, мочевина, билирубин, насыщение гемоглобина кислородом артериальной крови — SpO₂).

Из исследования исключались пациенты, которым требовалось проведение дифференциальной диагностики с туберкулезом легких, опухолевым поражением органов дыхания, и больные с госпитальной пневмонией.

При анализе тактики ведения больных особое внимание уделялось срокам госпитализации в отделения реанимации и интенсивной терапии, времени от момента поступления до введения первой дозы антибиотика, схемам стартовой антибактериальной терапии (АБТ), их соответствуя областному клинико-организационному руководству по ВП [3].

Для профилактики развития пневмоний (особенно у людей, которые входят в группы риска развития пневмоний и их тяжелого течения) необходимо: регулярное наблюдение и лечение по поводу хронических заболеваний во избежание их обострений, исключение факторов риска (контакта с кондиционерами, бойлерами, медицинским оборудованием без должной обработки), проведение профилактической вакцинации (сезонная вакцинация против вируса гриппа, вакцинация против пневмококка – Пневмо 23 или Превенар 13, вакцинация по поводу новой коронавирусной инфекции).

Вывод. В результате исследования среди известных факторов риска развития ВП у детей первого года жизни установлены наиболее значимые анамнестические факторы (проживание в неблагоприятных социально-бытовых условиях, отягощённый преморбидный фон — недоношенность и ППЦНС гипоксически-ишемического генеза). Среди объективных данных с наибольшей вероятностью о наличии ВП у ребёнка первого года жизни с респираторными симптомами в первые три дня болезни свидетельствуют: бледность кожных покровов, цианоз носогубного треугольника, локальные мелкопузырчатые хрипы, характерными жалобами являются: отказ от еды и сухой кашель.

Определение уровня сатурации кислорода, легко осуществляемое на догоспитальном этапе, учет возраста ребенка и частоты дыхания значимо дополняют респираторную клиническую симптоматику и повышают точность раннего прогнозирования наличия пневмонии у детей первого года жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Геппе Н.А., Розинова Н.Н., Волков И.К., Мизерницкий Ю.Л. Современная классификация клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей. //Педиатрия 2010; 89 (4): 6-15.

2. Манеров Ф.К., Андриянова О.И, Шеметов А.В., Лютина Е.И. Спорные вопросы антибактериальной терапии внебольничной пневмонии у детей. Пульмонология детского возраста. Под ред. Ю.Л. Мизерницкого, А.Д. Царегородцева. Выпуск 13. 2013. С138-145.
3. Таточенко В.К. Болезни органов дыхания у детей. Практическое руководство. Москва. Издательство «ПедиатрЪ», 2012 . С. 209-271.
4. Doern GV. Antimicrobial resistance with *Streptococcus pneumoniae* in the United States. Sem Resp Crit Med 2020; 21 (4): 273- 84 28. Breiman RF, Spika JS, Navarro VJ, Darden PM, Darby CP. Pneumococcal bacteremia in Charleston County, South Carolina: a decade later. Arch Intern Med 2010;150:1401-5.
5. Shuetz P.,Christ-Crain M.,Thomann R et all.; ProHOSP Study Group. Effect of procalcitonin-based guidelines vs standart guidelines on antibiotic use in lower respiratory tract infections: the ProHOSP randomized controlled trial//JAMA.2009;302(10):1059- 1066.