ЛЕКЦИЯ: Сестринская помощь при пневмонии

Пневмонии – группа различных по этиологии, патогенезу, морфологической характеристике острых инфекционных (преимущественно бактериальных) заболеваний, характеризующихся очаговым поражением респираторных отделов легких с обязательным наличием внутриальвеолярной экссудации.

Классификация пневмоний:

- *внебольничные* (внегоспитальная, домашняя, амбулаторная) пневмонии (первичные); Под ВП следует понимать острое заболевание, возникшее во внебольничных условиях (то есть вне стационара или позднее 4 недель после выписки из него, или диагностированное в первые 48 ч от момента госпитализации)

- *нозокомиальные пневмонии* (госпитальная, внутрибольничная), т.е. приобретенные в лечебном учреждении;

- *пневмонии у лиц с тяжелыми нарушениями иммунитета* (врожденный иммунодефицит, ВИЧ-инфекция);

*- аспирационная пневмония*.

По тяжести пневмонии делятся на не тяжелые и тяжелые.

Этиология:

Описано более ста микроорганизмов (бактерии, вирусы, грибы, простейшие), которые при определенных условиях могут являться возбудителями пневмонии.

* К числу наиболее “типичных” бактериальных возбудителей относятся пневмококк (Streptococcus pneumoniae) – 30-50% случаев заболевания.
* К атипичным возбудителям, на долю которых в сумме приходится от 8 до 30% случ случаев заболевания относятся:

Chlamydophila pneumoniae

Mycoplasma pneumoniae

Legionella pneumophila. :

* К редким (3-5%) возбудителям относятся: Haemophilus influenzae Staphylococcus aureus Klebsiella pneumoniae, еще реже – другие энтеробактерии.
* 

Нередко выявляется смешанная или ко-инфекция. Среди других возбудителей пневмонии упоминаются респираторные вирусы (вирусы гриппа типа А и B, парагриппа, аденовирус и респираторный синцитиальный вирус).

Клинические проявления

Подозрение на пневмонию возникает при наличии у пациента лихорадки с температурой до 38-390С в сочетании с жалобами на кашель, одышку, отделение мокроты и/или боли в грудной клетке, немотивированную слабость, утомляемость, сильное потоотделение по ночам.

Жалобы и данные осмотра зависят от степени тяжести заболевания, распространенности пневмонической инфильтрации, возраста и наличия сопутствующих заболеваний.

Классическими объективными признаками являются укорочение (притупление) перкуторного звука над пораженным участком легкого, локально выслушиваемое бронхиальное дыхание, звучные мелкопузырчатые хрипы или крепитация, усиление бронхофонии и голосового дрожания. У 20% пациентов объективные признаки пневмонии могут отличаться от типичных или отсутствовать совсем.

ОСЛОЖНЕНИЯ

К числу осложнений пневмонии относятся:

1) Легочные

а) плеврит;

б) абсцесс ;

в) острая дыхательная недостаточность;

2) Внелегочные

а) бактериально-токсический шок;

б) сепсис,

в) перикардит, миокардит;

г) нефрит.

Диагностика

К обязательным исследованиям при пневмонии относятся: крупнокадровая флюорография или цифровая флюорография или рентгенография органов грудной полости в передней прямой и боковой проекциях; развернутый общий анализ крови с определением уровня эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов, лейкоцитарной формулы; электрокардиографическое исследование; микробиологическое исследование мокроты (окраска мазка мокроты по Граму); бакпосев мокроты, анализ мокроты на чувствительность микрофлоры к антибиотикам.

Рентгенологическое исследование проводится в начале заболевания и не ранее чем через 14 дней после начала антибактериального лечения. Основным рентгенологическим признаком пневмонии является локальное уплотнение (затенение, инфильтрация) легочной ткани.

Лейкоцитоз более 10-12х109 г/л указывает на высокую вероятность бактериальной инфекции; лейкопения ниже 3х109 г/л или лейкоцитоз выше 25х109 г/л являются неблагоприятными прогностическими признаками.

ЛЕЧЕНИЕ

При нетяжелой пневмонии пациенты могут лечиться амбулаторно (стационар на дому), при тяжелой- госпитализация в терапевтическое отделение.

Диета: ВБД по 330 приказу, обильное витаминизированное питье (клюквенный и брусничный морсы, отвар шиповника, чай с лимоном).

*Этиотропная (антибактериальная) терапия* пневмонии:

Препаратами выбора для лечения пневмококковой пневмонии являются β-лактамы – бензилпенициллин, аминопенициллины (амоксициллин – внутрь, ампициллин – парентерально), в том числе ингибиторозащищенные (амоксициллин/клавуланат, амоксициллин/сульбактам) и цефалоспорины III поколения (цефотаксим, цефтриаксон).

Макролидные антибиотики (эритромицин, азитромицин, кларитромицин) являются альтернативными препаратами при аллергии на β-лактамы, а также они действуют не только на типичную флору, но и на атипичные возбудители. Высокой эффективностью обладают респираторные фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин, гемифлоксацин), ванкомицин и линезолид. Высокой активностью при стафилококковой пневмонии обладают амоксициллин/клавуланат, амоксициллин/сульбактам, цефалоспорины III-IV поколений, карбапенемы , фторхинолоны.

При тяжелой пневмонии применяют комбинации β-лактамов и макролидов, β-лактамов и фторхинолонов.

При необходимости назначают симптоматическую терапию: отхаркивающие препараты (лазолван), бронхолитики , при тяжелом течении дезинтоксикационную терапию.

После перенесенной пневмонии пациенты берутся на "Д"-учет терапевтом сроком на 1 год.

ПРОФИЛАКТИКА

В настоящее время с целью профилактики пневмоний используются пневмококковая (пневмо-23) и гриппозная вакцины. Целесообразность применения пневмококковой вакцины объясняется, прежде всего, тем, что и сегодня S. pneumoniae остается ведущим возбудителем пневмонии .